Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

1928

Et son
SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ
(Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Gob. 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264.

TABLE DES MATIÈRES

I

Articles Originaux. — Analyses. — Sociétés Savantes

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

II

Nouvelles. — Variétés.

Table alphabétique des Noms d'Auteurs

NDÉ EN 1873. — N° 1 LE NUMÉRO: 50 Centimes 7 JANVIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
, Rue des Écoles, PARIS (V°)
P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
c le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
abonnts partent du 1er de chaque mois.

ance et Colonies	40 fr.
diants	30 fr.
lgique	45 fr.
ranger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — *Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec*
BRÉCHOT — *Chirurgien de l'Hôpital Trousseau*
CHIFOLIAU — *Chirurgien de l'Hôpital St-Louis*
CLERC — *Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière*
CODET — *Médecin des Asiles*
JEANNIN — *Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié*
LENORMANT — *Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié*
L. LORTAT-JACOB — *Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*
PAUL-BONCOUR (G.) — *Professeur à l'Ecole d'Anthropologie*
A. PHILIBERT — *Professeur agrégé*
Félix RAMOND — *Médecin de l'Hôpital St-Antoine*
Henri VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux*

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Direction départementale d'hygiène de l'Aisne. — *Concours.* — Il est ouvert à la Préfecture de l'Aisne un concours sur titres pour un emploi de médecin-inspecteur départemental d'hygiène adjoint, chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Avantages attachés : traitements et indemnités diverses pour le début 30.000 francs pour aboutir par échelons successifs à 40.000 francs plus une indemnité de déplacement annuelle de 11.000 francs.

Adresser les demandes de candidatures à M. le Préfet de l'Aisne.

La défense sociale contre la syphilis. — En mai 1928, une Conférence internationale de langue française de défense sociale contre la syphilis aura lieu à Nancy sous les auspices de la Ligue nationale contre le péril vénérien.

A cette occasion, une exposition sera faite comportant une partie historique concernant les maladies vénériennes, une partie sociale et une partie relative à la pharmacopée.

Les organisateurs de l'exposition seraient très reconnaissants aux personnes détenant des documents anciens de les faire connaître et de leur donner la possibilité d'exposer soit des originaux, soit des productions.

Prière d'adresser toute correspondance relative à ce sujet à M. Lucien VIBOREL, secrétaire général de la Commission de propagande, Office nationale d'hygiène social, 26, Boulevard de Vaugirard, Paris (XVe).

Les rayons ultra-violets et l'exercice de la médecine. — Un masseur peut-il appliquer les rayons ultra-violets à un malade sans se rendre coupable de l'exercice illégal de la médecine ?

Telle était la question soumise à la 10e chambre correctionnelle sur les poursuites engagées contre un masseur, M. E., le syndicat des médecins s'étant constitué partie civile.

Le tribunal s'est rallié à l'avis exprimé par le docteur Balthazard, médecin légiste, qui a estimé que le traitement par le moyen des rayons ultra-violets pouvait donner lieu à des complications et était trop délicat pour être confié à un simple masseur.

Aussi le tribunal, après plaidoirie de Me Vitry, a-t il condamné le masseur poursuivi à 200 fr. d'amende et 500 fr. de dommages-intérêts envers le syndicat des médecins.

Premier Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. — Nous apprenons que le professeur PORTMANN, de Bordeaux, vient d'être désigné comme rapporteur au premier congrès international d'oto-rhino laryngologie avec MM. les professeurs MOURET, de Montpellier et WITTMAACK, de Hambourg sur « la structure anatomique de l'oreille moyenne et son influence sur le cours des suppurations de l'oreille ».

Ce congrès se tiendra sous la présidence de M. le professeur SCHENTEGHNOW à Copenhague, du 29 juillet au 1er août 1928.

Lyon. — Le prix Riboud — prix quinquennal (12.500 francs) vient d'être décerné à M. le Dr Charles GARDÈRE, médecin des hôpitaux.

Une épidémie de trachome dans les Carpathes. — Une grave épidémie de tachome sévit en ce moment dans les districts des Carpathes de la Tchéco-Slovaquie. L'épidémie a pris une grande extension, 60.000 personnes environ seraient atteintes.

La consommation en vin par tête d'habitant en Europe (1926). — D'après une statistique italienne, le Français consommait, en 1926 144 litres de vin en moyenne par an ; l'Italie, 128 ; l'Hellène, 100 ; le Portugais, 92 ; l'Espagnol, 70 ; le Suisse, 56 ; l'Autrichien, le Hongrois, le Roumain, le Serbe et le Bulgare, de 20 à 25 litres ; le Belge, 10 ; l'Allemand, 7 ; l'Anglais, 4 ; le Scandinave, 1 litre et demi.

Le certificat médical prénuptial. — A la Chambre on a distribué le rapport de M. Nicollet sur la proposition de loi de M. le professeur Pinard tendant a rendre obligatoire le certificat médical prénuptial. L'article cinique de cette proposition de loi porte : « Tout citoyen français, voulant contracter mariage, ne pourra être inscrit sur les registres de l'état civil que s'il est muni d'un certificat médical daté de la veille, attestant qu'il ne présente aucun symptôme appréciable d'une maladie contagieuse. »

L'épidémie de rougeole dans le comté de Londres. — L'épidémie de rougeole enregistrée récemment dans le comté de Londres est en recrudescence. Plus d'un millier d'enfants ont été hospitalisés pour rougeole. A Londres, au cours des trente derniers jours, le nombre de décès dûs à la rougeole a été de 82.

Médecins parisiens de Paris. — L'Assemblée générale annuelle des médecins parisiens de Paris, s'est tenue le 12 décembre 1927 dans les salons du Foyer Médical. Etaient présents à ce dîner : MM. les Drs Baillière, Bary, professeur Léon Bernard, Bernard (de Néris), Bloch (A.), Bloch (J.-C.), Blondin (Paul), Bongrand (Jules). Bouteron, Bourguignon. Blondel, Cachera, Capette, Chenet, Constensoux, Doin, Dalle, Dartigues, David, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Guillemin, Guébel, Labey, Laurent-Gérard, Lebègue, Lenormand, Leprince, Leroux, Le Savoureux, Mlle Lévy, Lobligeois, Loubier, Merville, Mlle Mircouche, Mounier, Minet, Pignot, Piot, Pitsch, Prost (Pierre), prof. Ch. Richet, Rollot, Rouhier, Schaeffer, Sée, Tarrius, Tixier, Trèves, Toupet, Vitry, et MM Benaerts, Boutet, Kauffmann, Mlle Berger, internes et externes des hôpitaux,

S'étaient fait excuser : MM. Blondin (fils), Collin, Devraigne, Giraud, Greder, Mlle Hébert, Laënnec, Lereboullet, Lotte, Luys, Marceron, Mauban, Monscourt, Perreau, Quiserne, Richet (fils), Rouget, Schreiber, Suzor, Viguerie, Watelet.

Le nombre toujours croissant des convives à chacun des dîners de cette Amicale s'explique par l'extension constante et la prospérité de cette Société. Nul doute que la grande fête annuelle qui aura lieu en février ne soit aussi brillante que les fêtes des années précédentes.

Le Bureau suivant a été élu pour 1928 : Président d'honneur : M. le Professeur Charles RICHET ; Président : M. le Dr Henri DUCLAUX ; Vice-Présidents : MM. les Drs VITRY et DUFOUR : Secrétaire général : M. le Dr PROST ; Trésorier : M. le Dr Jules BONGRAND.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général, M. le Dr P. PROST, 119, Boulevard Malesherbes, Paris-8e. (*Communiqués.*)

La section d'art médical et pharmaceutique organisée par l'office commercial pharmaceutique à la foire de Lyon 1928. — Cette année encore l'Office commercial pharmaceutique, renouvelant son effort

présentera aux médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, etc, qui visiteront ses stands situés au 2e étage dans la grande salle au-dessus de l'Atrium et dans les galeries adjacentes, une véritable encyclopédie de l'art médical et pharmaceutique : spécialités pharmaceutiques ; appareils médicaux ; instruments de chirurgie ; appareils de laboratoire ; matériel de pharmacie ; appareils d'hygiène et de désinfection ; accessoires de pharmacie, etc.

De plus, l'Office commercial pharmaceutique voulant que ses visiteurs trouvent dans ses stands le maximum de commodité, mettra à leur disposition un salon de correspondance ainsi qu'un salon de lecture avec bibliothèque pourvue des dernières publications scientifiques.

Pour remercier Messieurs les docteurs et pharmaciens de leur aimable visite, l'Office commercial pharmaceutique se propose même de remettre à chacun d'eux un cadeau souvenir.

Messieurs les docteurs, pharmaciens, dentistes, etc. qui désireraient des renseignements complémentaires peuvent écrire à l'Office commercial pharmaceutique, service de la Foire de Lyon, 71, rue du Temple, Paris (3e arr.) qui leur fera parvenir sur leur demande une carte d'acheteur leur permettant d'entrer gratuitement dans le Palais de la Foire.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Conférences du dimanche* (2e trimestre 1927-1928.) — 15 janvier, M. M. P. Weil : Rhumatisme de la ménopause. — 22 janvier, M. Rist Charlatanisme et tuberculose. — 29 janvier, M. Rouillard : Diagnostic et traitement de l'arthrite sèche coxo-fémorale — 5 février, M. Sainton : Comment diagnostiquer et traiter une encéphalite léthargique. — 12 février, M. Lortat-Jacob : Cryothérapie en dermatologie. — 19 février, M. Lesné : L'asthme infantile. — 26 février, M. Cantonnet : Quels sont les strabiques rééducables ? — 4 mars, M. Mouchet : Complications des fractures du coude chez l'enfant. Leur traitement. — 11 mars, M. Grenet : Traitement des infections broncho-pulmonaires de l'enfance. — 18 mars, M. Le Lorier : Les phlébites de la grossesse et du post-partum. Etiologie et traitement. — 25 mars, M. Leveuf : Traitement de l'ostéomyélite des adolescents.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Un cours de perfectionnement d'anatomie pathologique pratique commencera le jeudi 12 janvier 1928, à 14 heures, au laboratoire d'anatomie pathologique. Ce cours est réservé aux étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté et correspond au programme de troisième année. Il comportera 19 séances ainsi réparties :

Sept séances de technique des autopsies qui auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures, à l'Hospice Paul Brousse, 14, Avenue des Ecoles à Villejuif, sous la direction de M. Roger Leroux, agrégé, chef des travaux.

Douze séances de démonstrations pratiques de laboratoire, par M. Huguenin, préparateur, qui auront lieu tous les jours, sauf le samedi, jusqu'au 27 janvier 1928 inclus au laboratoire d'anatomie pathologique à 14 heures. Ces démonstrations comprendront chacune un exposé oral, des exercices de technique histologique et des discussions de diagnostic sur les coupes préparées par les élèves.

Programme de troisième année : anatomie pathologique générale et spéciale.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs.

5e Congrès international de l'Association de thalassothérapie. *Programme.* — 22 mai. Arrivée soit par le Simplon, soit par l'Express-Orient : Réunion aux grands bains thermaux d'Hercule ; Réception de la part du Ministère de la Santé ; Fêtes locales. — 23 mai. Arrivée le matin à Bucarest ; Séance d'ouverture du Congrès ; Visite aux Institutions, à l'Exposition nationale balnéo-climatique et touristique ; Festival ; Réception par la Ville, etc. — 24-25 mai. Excursions dans les valléss de Demhovitza et Prahova ; Fêtes locales : Visite aux palais royaux de Bran et de Sinaia Réception par les propriétaires des Grandes Mines de pétrole (Moreni) et de sel (Slänicul) ; Retour à Bucarest. — 26-27 mai: Séance du Congrès à Constantza ; Visites à la plage de Mamaïa et de la Station balnéaire et climatique marine de Tekirghiol. — 28-29 mai. Excursion en mer à Cetates alba (bouche du Nistre) et dans le Delta du Danube. — 29 mai à 11 h. du soir. Embarquement pour Constantinople où on arrivera le 30 à 8. h du matin.

Itinéraire le plus direct par le Simplon-Expres.

Les Congressistes devront descendre à la Frontière Roumaine où aura lieu la première réception aux « Bains d'Hercule ».

Visites et voyages complémentaires. — 30 mai. Arrivée par mer, à 8 h. du matin à Constantinople, où le représentant du Bureau Exprinter (2 ru Scribe à Paris) facilitera le passage à la douane et conduira aux hôtels où les places auront été réservées ; réception à déjeuner ; après-midi, première visite de Constantinople. — 31 mai. Excursion à Brousse. — 1er juin. Matinée consacrée à achever la visite de Constantinople. Après le déjeuner, départ des personnes qui voudront rentrer directement en France par l'Orient-Express. Après-midi, embarquement pour la Grèce. — 2 juin. Débarquement le soir au Pirée ; conduite à Athènes ; installation. — 3 juin. Matinée : visite à Eleusis. Après-midi : visite d'Athènes. — 4 juin. Départ pour Delphes ; visite du sanctuaire et continuation sur Patras où l'on couchera le soir. — 5 juin. Visite à Pyrgos, Olympie. — 6 juin. Embarquement pour le retour en France (Messageries Maritimes ou Compagnie Fabre).

Les Congressistes pourront également rentrer en France par mer de Constantinople à Trieste (Lloyd Triestino) durée du trajet 8 jours et de Trieste à Paris (Simplon Express).

L'Agence de voyages « Exprinter » (2, rue Scribe, à Paris) sera en mesure de fournir tous les billets, y compris ceux à prix réduits que nous espérons obtenir des Compagnies. Dans une note ultérieure le prix du voyage à forfait sera indiqué.

Pour les renseignements et adhésions s'adresser au Dr Léo, secrétaire général de l'Association de Thalassothérapie, 50 avenue du Président-Wilson, Paris (16e) ; pour les cotisations au Dr Bith 29, rue Hamelin, Paris (16e).

Conditions de l'adhésion au Congrès. — Membres titulaires : cotisation : 50 francs, réduite à 40 francs pour membres de l'association ayant payé leur cotisation annuelle ; membres adhérents : 20 francs.

Il est rappelé que la question mise à l'ordre du jour est la suivante : Le mal de Pott à la mer. Les rapports devront être envoyés au Comité de Bucarest avant le 1er février 1928.

Nécrologie. — Dr Henri Ferré, de Pau, décédé à l'âge de 73 ans. — Dr Moy, de Lannion. — Dr Romand-Monnier, de Champagnol (Jura), décédé à l'âge de 53 ans. — Dr Vieillard-Baron, chirurgien de l'hôpital d'Autin. — Dr Michel. Brocard, décédé à Langres, à l'âge de 52 ans. — Dr Ernest Quenda, de Lanslebourg. — Dr Ch. Maurice Raynaud. — Dr E. Chartres, médecin principal des troupes coloniales. — Dr Désiré Simon, médecin principal en retraite.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
DE L'HOTEL-DIEU

Les variations de la tache de Mariotte à l'état normal et à l'état pathologique

Par le Professeur F. TERRIEN

Dans nombre d'affections oculaires, en particulier dans le glaucome, l'examen de la tache de Mariotte, que nous ne faisons pas assez souvent, présente des particularités intéressantes. C'est pourquoi il m'a semblé utile d'y consacrer cette leçon et de rechercher avec vous les différentes variations qu'elle peut présenter à l'état normal ou à l'état pathologique.

La tache de Mariotte a été décrite par cetauteur en 1668. Il existe (vous le savez) dans le champ visuel, à peu près à 15 degrés en dehors du point de fixation et à 3 degrés au-dessous une tache aveugle correspondant à la projection de la papille.

L'examen de cette tache présente des particularités tout à fait intéressantes parce qu'elle peut varier même à l'état normal, mais surtout à l'état pathologique, et cet examen mériterait d'être fait plus souvent. On le néglige d'ordinaire parce qu'on n'a pas toujours le temps, mais il renseignerait d'une façon très précise sur l'existence et l'évolution de nombre d'affections.

A l'état normal, cette tache aveugle est simplement subjective. Nous ne projetons pas dans le champ visuel une tache; et ce scotome demeure négatif, mesurant en moyenne 5 à 6°. Cette tache aveugle, nous le verrons, peut présenter déjà à l'état normal des variations assez considérables. Je vous rappelle comment il faut la rechercher :

Bien souvent on se contente de la mesurer simplement avec le périmètre. Mais les dimensions qu'on obtient ne sont pas suffisantes pour apprécier des variatoins peu sensibles.

Le mieux est donc de faire cette recherche d'après le moyen conseillé par Bjerrum pour la recherche des scotomes dans le glaucome. Il conseille de se placer à un mètre ou deux du tableau noir sur lequel est fixée une croix correspondant au point de fixation. Le sujet fixe la croix et on recherche les différents scotomes, en particulier celui de Mariotte, au moyen de petits index de 1, 2, 3 ou 4 mm. placés au bout d'une règle noire, pour ne pas troubler les sensations visuelles et les maintenir au point fixé.

Ou bien encore on utilise le stéréoscope de Pigeon. On fait fixer le point central avec un œil et le point opposé se réfléchit sur le point fixé. On immobilise l'un des yeux tandis qu'on recherche l'étendue du scotome. Par ce moyen on peut obtenir des scotomes de dimensions plus considérables qu'avec le procédé dont nous avons parlé tout à l'heure. Daus ces conditions on peut mesurer l'étendue de la tache aveugle avec une grande précision.

Ses dimensions peuvent varier. On dit que cette tache mesure ordinairement 8 à 10° ; en réalité elle est un peu plus étendue. Quand on la recherche de façon précise, on peut noter jusqu'à 15 à 20° et généralement un peu plus dans le sens vertical que dans le sens horizontal. La tache aveugle se projette de manière un peu ovalaire. Elle est souvent assez irrégutière; présente quelquefois des prolongements qui résultent de la projection des vaisseaux de la papille qui donnent lieu à cet aspect irrégulier aux extrémités de la tache.

Telle est la tache aveugle de Mariotte : ce n'est pas un scotome tout à fait absolu, tout au moins dans toute son étendue ; seul le centre de la tache montre un scotome absolu ; puis en dehors de cette tache il est des zones de scotomes relatifs ; dans la première le blanc est aperçu un peu grisâtre. Puis en dehors de cette première zone scotomateuse il existe une zone de scotome absolu pour les couleurs ; celles-ci ne sont pas reconnues alors que le blanc est parfaitement différencié. Ces disposition s'expliquent par la structure même de la rétine.

La tache aveugle varie donc d'un sujet à l'autre et même d'un œil à l'autre chez un même sujet. Je vous rappelle aussi que son étendue varie également suivant le moment de l'examen. Si l'examen est pratiqué à une clarté très intense la tache est plus petite qu'avec un éclairage atténué. Ceci se comprend, car un éclairage intense rend plus sensibles les zones rétiniennes correspondant aux scotomes relatifs : de même lors de rétrécissement périphérique du champ visuel, celui-ci, nous le savons se montre d'autant plus rétréci que l'éclairage est plus atténué. On peut même par ce moyen mettre en évidence des zones de dyschromatopsie ou d'achromatopsie, qui disparaissent à un éclairage plus intense. D'où la nécessité de pratiquer ces examens périmétriques dans des conditions toujours identiques. Aussi est-il préférable de recourir à l'éclairage artificiel et déjà en 1902 nous avions préconisé pour l'examen périmétrique l'emploi d'une palette lumineuse permettant un éclairage constant et capable d'être diminué à volonté.

Je vous ai dit que les dimensions de la tache aveugle varient suivant le mode d'examen. Si, en effet on introduit le test-objet de la périphérie vers le centre on trouve des dimensions un peu moins étendues que quand on l'introduit du centre vers la périphérie. Il en est de même dans l'examen de la périphérie du champ visuel : bien souvent on a décrit un champ visuel en spirales. En effet, à mesure que se poursuit l'examen, le sujet se fatigue, si bien qu'on ne trouve plus les mêmes résultats au commencement et à la fin de cet examen. On peut par exemple trouver 80° en dehors en commençant et 70° seulement à la fin. Ce sont là des variations qu'on peut voir à l'état normal et qui, je le répète, s'expliquent par la structure même de la rétine.

Suivant le mode de terminaison à la papille des différentes couches nerveuses de la rétine« au nombre de 10 — vous le savez — on peut noter également des variations de la tache aveugle à l'état normal, et même d'un œil à l'autre chez un même sujet.

La disposition anatomique de la rétine permet de comprendre les variations rencontrées au niveau même de la tache aveugle, dans ses dimensions, et ceci est intéressant à retenir. Et si ces variations à l'état normal n'ont pas un grand intérêt clinique, il n'en est plus de même à l'état pathologique.

A l'état pathologique lesvariations sont ici beaucoup plus manifestes. C'est là une recherche intéressante, à laquelle on n'a pas assez souvent recours, car elle renseigne non seulement sur le diagnostic, mais sur l'évolution d'une affection. Parmi les affections au cours desquelles on peut rencontrer ces variations, il faut citer la *myopie*, la *stase papillaire*, toujours symptomatique d'une *hypertension intra-cranienne* lorsqu'elle est bilatérale et le *glaucome*.

La myopie. — L'une des lésions caractéristiques de la myopie est le staphylome postérieur. Autour de la papille, tout d'abord du côté temporal, on décrit souvent sous le terme de staphylome postérieur, un croissant blanchâtre plus ou moins étendu, pouvant même quelquefois faire le tour de la papille. Vous pouvez voir sur ces planches les différents aspects sous lesquels il peut se présenter. Depuis de Græfe, qui dès 1865 avait insisté sur ces faits, semblables lésions sont réunies le plus souvent sous le terme générique de sclérectasie ou de staphylomes postérieurs. En réalité on a tort de confondre staphylome et croissant, car il y a plusieurs choses à considérer dans la myopie : il y a d'abord le staphylome postérieur ; il y a le croissant myopique ; enfin il y a une troisième lésion qui est la supertraction.

Le staphylome postérieur. — On le rencontre dans presque toutes les myopies à tendance progressive. Dans toutes les myopies fortes, progressives, il y a en effet distension du segment postérieur, et peut-être bien des myopies progressives chez les sujets âgés sont-elles la conséquence d'un glaucome dont l'hypertonie n'apparaît pas du fait de la distension du segment postérieur, de la sclérectasie. Celle-ci est peut-être la conséquence d'une sclérite postérieure, mais elle est due surtout et avant tout à une prédisposition. Il existe chez les myopes un amincissement de la paroi sclérale, au niveau du segment postérieur de l'œil et celui-ci reconnaît, croyons-nous, une origine congénitale. Car, si on examine à ce point de vue, comme nous l'avons fait, lors de nos rehercches sur la persistance de l'artère hyaloïdienne (*Archives d'Ophtalmologie*, 1897) des yeux de nouveau-nés, ou de tout jeunes enfants, on constate des variations considérables dans l'épaisseur de la sclérotique, et il n'est pas douteux que celle-ci ne présente pas la même épaisseur chez tous les sujets. Chez certains elle se montre beaucoup plus mince au niveau du segment postérieur, et cette disposition vient créer une prédisposition individuelle. Et si on ne naît pas myope, on apporte tout au moins en naissant la tendance à le devenir. Chez ces sujets il se fait donc une distension du segment postérieur, de la sclérectasie postérieure.

Croissant myopique. — Le croissant myopique, ou conus, se traduit par une sorte de croissant qui coiffe la papille, d'abord du côté temporal, puis s'étend de plus en plus aves les progrès de la myopie pour arriver souvent alors à entourer complètement la papille. De coloration blanche, il est souvent associé à une sclérectasie postérieure, car la distension du segment postérieur, conséquence de la progression de la myopie, entraîne, toujours en même temps une déchirure de la lame élastique de la choroïde, d'où atrophie des couches sous-jacentes, ce qui donne ce croissant blanc, la sclérotique étant vue en ce point par transparence au travers de la rétine. On voit cependant des myopies relativement faibles, sans distension du segment postérieur, compliquées néanmoins de croissant myopique, de même qu'on peut voir des myopies assez fortes sans croissant.

Ce dernier a une importance considérable parce qu'il peut nous permettre de porter un pronostic sur le degré et surtout sur l'évolution de la myopie. Quand, chez un myope on ne constate pas de croissant il s'agit généralement de myopie faible. J'ai vu cependant des myopies de 13 ou 14 dioptries sans l'ombre de croissant. Il est bien évident que dans ces cas le pronostic est bien plus favorable que chez les sujets qui présentent un croissant avec bords estompés, indice d'une distension progressive du segment postérieur.

Ces faits sont à retenir, car en mesurant l'aire de ce croissant on obtient pour la tache aveugle des dimensions beaucoup plus grandes qu'à l'état normal. On arrivera ainsi à préciser les dimensions de cette tache, et on voit combien des examens répétés, à intervalles suffisamment éloignés, en nous montrant des variations dans l'étendue de la tache aveugle, pourront nous renseigner sur l'évolution de la myopie. Il est donc intéressant de mesurer exactement, chez tous les myopes, l'étendue du croissant et de la projection de la tache aveugle à une certaine époque. Si quelques annnées plus tard, mesurant à nouveau cette étendue, on note une extension de la tache, ceci dénote la progression de la myopie et fera porter un pronostic plus réservé.

J'insiste donc sur la nécessité de ne pas confondre la sclérectasie postérieure et le croissant myopique. On a beaucoup discuté sur la pathogénie de ce croissant myopique dont on a voulu faire une affection acquise ; or, quand on examine des yeux myopes d'un certain degré, on trouve toujours au niveau du croissant temporal de la papille une rupture de la lame élastique de la choroïde : par suite de la distension de l'œil cette lame élastique se détache et, à la suite de cette rupture, les éléments sous-jacents de la choroïde sont dissociés ; il se fait une atrophie choroïdienne, et par suite on aperçoit la sclérotique par transparence sous-jacente, d'où le nom de conus donné à cette atrophie.

Enfin, la troisième altération papillaire de l'œil myope, la supertraction, se rencontre sur presque tous les yeux atteints de myopie. Cette supertraction consiste dans la traction du nerf optique du côté temporal. Par suite de la distension du pôle postérieur, le nerf optique est attiré du côté temporal ; le segment nasal de la papille se trouve donc reporté de ce côté, ce qui donne lieu à une sorte de saillie de celui-ci vers le côté nasal. En 1906 j'avais coupé un certain nombre d'yeux myopes pour en rechercher les lésions. (*Archives d'Ophtalmologie*, décembre 1906), et vous pouvez voir sur cette coupe l'aspect rencontré en pareil cas : il existe dans l'œil myope une sorte de défléchissement des fibres nerveuses attirées du côté temporal : c'est la supertraction.

Pour bien des raisons, vous le voyez, la tache aveugle est sujette à varier et, je le répète, la constatation de ces faits a un gros intérêt clinique : elle permettra par, un examen soigneux, de prévoir l'évolution de la myopie, montrant si celle-ci reste stationnaire ou au contraire est susceptible de progresser, et ceci dans un intervalle plus ou moins éloigné.

2° Il est encore une deuxième affection dans laquelle la tache aveugle est très élargie : c'est la *stase papillaire*. Celle-ci est caractérisée, vous le savez, par un œdème considérable de la papille; quelquefois même cet œdème se traduit à l'ophtalmoscope sous forme de champignon très saillant. Mais dejà le seul élargissement de la tache aveugle pourra s'il est bilatéral laisser soupçonner une tumeur cérébrale. Ainsi il suffira au médecin de mesurer l'étendue de cette tache de rechercher si elle est élargie, et sans même recourir à l'ophtalmoscopie, il pourra, avec une très grande probabilité, soupçonner l'existence d'une stase papillaire. Ce ne sera évidemment pas suffisant et il faudra recourir à l'examen avec l'ophtalmoscope, mais déjà la recherche soigneuse de l'étendue des *deux* taches aveugles chez un sujet soupçonné atteint de tumeur cérébrale devra permettre le diagnostic de stase.

Cette modification des dimensions de la tache aveugle

se comprend facilement : à mesure que l'hypertension intra-cranienne augmente, l'œdème papillaire s'accentue, mais sans se compliquer, au début, d'inflammation, si bien qu'à ce moment l'acuité visuelle demeure normale. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, souvent très long, que celle-ci se modifie, à la suite des phénomènes inflammatoires qui surviennent et qui entraînent non seulement une diminution de l'acuité mais un rétrécissement du champ visuel. Mais au début, je le répète, il y a simplement de l'œdème de la papille. Or, cet œdème, incapable, en l'absence de phénomènes inflammatoires, de retentir sur la vision, est suffisant pour déterminer un élargissement de la tache aveugle. Cet élargissement ne donne pas lieu à un scotome absolu, mais à un scotome relatif, à la périphérie de la tache, car la rétine demeure en partie transparente. Mais à mesure que l'inflammation apparaît et devient intense, la stase papillaire fait place à la papillite ; la tache de Mariotte s'élargit, les lésions deviennent plus accentuées, et le scotome plus étendu. L'aspect même des lésions, comme vous pouvez le voir sur ces coupes, suffit à expliquer ces phénomènes : il y a refoulement du neuro-épithélium, puis formation de tissu conjonctif, et, avec l'apparition des phénomènes inflammatoires, ce tissu s'insinue dans l'épaisseur des couches de la rétine.

Donc la seule extension de la tache de Mariotte nous renseigne déjà sur la transformation de la stase papillaire en papillite. Et ceci est important car cela indique qu'il faut intervenir ; en effet la ponction lombaire dans ce cas n'est plus suffisante. On hésite souvent il est vrai à recourir à l'intervention chirurgicale, parce que stase papillaire bilatérale n'est pas toujours synonyme de tumeur cérébrale. Elle peut être la conséquence d'une épendymite, témoin l'observation récente que nous avons rapportée avec MM. Renard et Dollfus, dans laquelle un traitement mercuriel intensif suffit à entraîner la régression de tous les symptômes. Mais quand on voit la stase papillaire se transformer en papillite, quand on voit l'acuité visuelle diminuer, alors, quelle que soit l'origine présumée de la stase, il ne faut plus hésiter et il faut recourir à la trépanation. Il faut d'ailleurs intervenir, en principe, *avant* que l'acuité visuelle ait dimiuué, et même avant que la stase papillaire se soit transformée en papillite car celle-ci, abandonnée à elle-même conduit inévitablement à la cécité. Cet examen de la tache aveugle peut donc renseigner sur le moment où la transformation va se faire et ceci est un élément très important.

Névrite optique. — A côté de la stase papillaire il importe de mentionner aussi la névrite optique. Bien des névrites optiques, vous le savez, demeurent d'origine inconnue, surtout les névrites rétro-bulbaires, pour lesquelles on a justement pensé à une origine sinusienne possible. Car à la suite de l'ablation du cornet moyen, de la trépanation du sinus sphénoïdal, ou même de la simple anesthésie du cornet moyen, on a vu la névrite rétrobulbaire régresser. On a donc incriminé souvent une sinusite sphénoïdale concomitante ; aussi on a trépané bien des sinus et, voyant souvent la névrite rétro-bulbaire disparaître après l'opération, on en a conclu qu'il s'agissait bien de sinusite latente, ou chronique, non suppurative, mais suffisante pour déterminer une névrite rétrobulbaire.

Ceci est très possible. Mais il ne faut pas oublier que si le pronostic de la névrite rétro-bulbaire est quelquefois redoutable, cependant dans près de moitié des observations la névrité rétro-bulbaire disparait naturellement, avec ou sans traitement. Si on fait la trépanation du sinus, cette névrite peut saméliorer plus vite peut-être à la faveur de l'hémorragie qui suit l'intervention, mais il n'est pas prouvé que la seule aération du sinus détermine cette amélioration. Quoi qu'il en soit on ne peut nier l'origine sinusienne de certaines névrites rétro-bulbaires.

Déjà en 1899, le professeur de Lapersonne avait rapporté trois observations de papillites consécutives à des sinusites sphénoïdales et dans lesquelles l'inflammation sinusienne avait causé la névrite. Depuis on en a publié beaucoup d'autres. Certaines demeurent sujettes à caution et sont moins démonstratives. Il faut donc se garder d'exagérer. Toutefois, en présence d'une névrite rétro-bulbaire *unilatérale* qui ne s'améliore pas, si on note de la congestion du cornet moyen, avec de l'obscurité des cellules ethmoïdales postérieures décelée par la radiographie, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'ablation du cornet moyen — qui peut être suivie d'un drainage du sinus sphénoïdal. — L'opration, ne serait-ce que par l'hémorrhagie qu'elle entraîne, sera souvent capable d'amener une amélioration de la névrite.

Entre autres symptômes, ces névrites rétro-bulbaires se traduisent généralement par une exagération des dimensions de la tache aveugle, plus marquée encore s'il y a en même temps de l'œdème de la papille.

Quels sont les signes de la névrite rétro-bulbaire ? Bien souvent il n'y a pas de signes ophtalmoscopiques. Il y a un scotome central de dimensions variables, avec un champ visuel périphérique d'ordinaire normal et de la douleur du globe oculaire à la pression, Van der Hoeve a bien insisté sur ce point. Tout ceci peut permettre le diagnostic de névrite rétro-bulbaire, et s'il y a en même temps de la stase papillaire, l'examen des dimensions de la tache aveugle viendra confirmer le diagnostic.

Je n'insiste pas davantage sur cette névrite rétro-bulbaire. J'ajouterai seulement qu'il m'a été donné de suivre, à l'hôpital Beaujon, avec M. Baldenweck, un malade atteint de névrite rétro-bulbaire droite, scotome central (V = 1/20), léger rétrécissement du champ visuel périphérique. Le malade mouchait du pus en assez grande abondance, et l'examen rhinologique, pratiqué par M. Baldenweck, avait montré un cornet droit polypoïdal. Après l'ablation du cornet moyen, du pus sortit en nappe du carrefour postérieur, et on fit le cathétérisme du sinus. Deux ou trois jours après l'intervention, l'acuité visuelle était remontée de 1/10 à 1/5 ; il se produisit une amélioration progressive : trois semaines plus tard l'acuité était de 1/3 et le champ visuel normal.

La névrite rétro-bulbaire semblait donc bien ici la conséquence d'une inflammation du sinus. Il faut donc toujours penser à cette possibilité, en présence d'une névrite *unilatérale*, à condition de n'intervenir qu'après un laps de temps assez considérable, et lorsque la névrite ne présente aucune tendance à s'améliorer spontanément.

Glaucome. — Un troisième groupe d'affections capables d'entraîner des variations de la tache de Mariotte relèvent de l'*hypertension* oculaire et du *glaucome*.

Le glaucome chronique détermine à la longue, vous le savez, une excavation de la papille, excavation bien visible à l'ophtalmoscope. On comprend que cette excavation, compliquée presque toujours d'atrophie péripapillaire (halo glaucomateux), entraîne d'ordinaire, si elle est suffisamment marquée des variations dans l'étendue de la tache de Mariotte. Sans doute, dans le glaucome, cette recherche est moins intéressante, car d'autres symptômes permettent le diagnostic, et surtout, on sera, souhaitons-le pour le malade, intervenu depuis longtemps

avant l'apparition d'une semblable excavation. N'oublions pas cependant qu'une excavation, quelquefois considérable, de 1 ou 2 millimètres, est compatible avec une acuité visuelle normale ou sensiblement normale. Pour ma part j'ai vu des excavations profondes de 2 millimètres avec des acuités visuelles voisines de 1/2.

Mais par contre le champ visuel est généralement rétréci, surtout du côté nasal, et dans bien des glaucomes il existe en même temps une augmentation dans les dimensions de la tache aveugle. Ceci est la conséquence de l'excavation même qui entraîne une atrophie des fibres nerveuses, et des fibres de la rétine correspondante, d'où élargissement de la tache aveugle.

Mais tout à fait au début du glaucome, il existe des altérations plus intéressantes encore parceque très précoces sur lesquelles Bjerrum a attiré l'attention. Il est très rare que l'hypertension ne se traduise pas au début par un scotome en forme de croissant, qui, partant de la tache de Mariotte, est dirigé vers le point de fixation. C'est en somme une tache de Mariotte un peu plus étendue à ses extrémités. Ce croissant a des dimensions également variables suivant le degré et surtout suivant l'ancienneté de l'hypertension. Quelquefois, il peut arriver à entourer complètement le point de fixation et présenter une forme annulaire. Ce scotome est intéressant à retenir parce qu'on le rencontre justement au début du glaucome.

Il se présente sous divers aspects, quelquefois sous forme d'un croissant semi-lunaire, puis annulaire entourant complètement le point de fixation. Quelquefois aussi ce scotome se continue avec un rétrécissement de la périphérie du champ visuel. Or, dans le glaucome, le champ visuel est rétréci surtout du côté nasal et on peut voir quelquefois la réunion du scotome de Bjerrum au rétrécissement périphérique. Dans ce cas alors le pronostic est plus grave. D'ailleurs le pronostic du glaucome est, on le sait, d'autant plus fâcheux que le rétrécissement nasal est plus accentué.

La recherche de ces scotomes de Bjerrum est donc particulièrement intéressante ; on peut y procéder soit, comme le conseille Bjerrum en se plaçant à un ou deux mètres d'un tableau noir ou en recherchant l'étendue du scotome à l'aide du stéréoscope de Pigeon. Et quand on fait soigneusement cet examen on retrouve généralement le scotome, même dans les glaucomes chroniques tout à fait au début.

Ces scotomes ont ceci de particulier d'être améliorés par les instillations de pilocarpine, comme d'ailleurs tous les autres symptômes de glaucome. Car les instillations répétées de myotiques, dans le cas de glaucome, pourront souvent suffire non pas seulement à maintenir l acuité et le champ visuels au même degré mais souvent aussi à les améliorer.

Au début, en effet, chez les glaucomateux, les myotiques pourront non seulement prévenir la marche des lésions et maintenir l'acuité visuelle au degré où elle était au moment où on a commencé les instillations, mais ils l'améliore. On consctate un arrêt dans la marche des lésions, ou même une régression entrainant une amélioration relative de l'acuité visuelle.

De même ces instillations de pilocarpine amenant une régression de l'étendue des scotomes de Bjerrum.

Voici l'observation d'une malade de 54 ans vue le 6 mai 1926. Elle avait un glaucome absolu à droite et à gauche et une acuité visuelle normale sans limitation du champ visuel. Mais elle présentait une grosse excavation et se plaignait de la sensation de brouillards passagers.

L'examen de la tache de Mariotte montrait un scotome assez étendu. Des instillations répétées de pilocarpine amenèrent très vite la régression du scotome. Enfin, après une iridectomie, le scotome a disparu définitvement.

Ce sont là des faits intéressants sur lesquels je voulais insister car ils pourront souvent permettre non seulement le diagnostic de glaucome au début, — c'est-à-dire au moment ou les symptômes objectifs manquent le plus souvent, mais encore ils fournissent des éléments précieux au pronostic opératoire.

La régression du scotome sous l'influence des instillations de pilocarpine, comme d'une manière générale la plupart des lésions oculaires, rend le pronostic de l'intervention est plus favorable.

Si au contraire, un glaucomateux ne réagit pas à l'action de la pilocarpine, si la pupille se modifie peu ou pas, non plus que le tonus ou les scotomes, le pronostic opératoire devient beaucoup plus réservé. Or tout à fait au début, cette régression des scotomes sous l'influence de la pilocarpine sera d'un bon pronostic au point de vue de l'intervention chirurgicale.

A quoi sont dus ces scotomes ? Il est très vraisemblable qu'ils résultent de la disposition même des fibres nerveuses autour de la macula. La compression des fibres nerveuses sur le bord même de la sclérotique déterminerait une atrophie, une gêne relative, qui diminue momentanément la vision et entraîne le scotome. Mais au début, alors que la compression est légère, on comprend que les instillations de pilocarpine amènent la disparition du scotome.

On a encore incriminé d'autres causes ; on a émis entre autres hypothèses celle d'une stase lymphatique.

Vous savez combien le nerf optique est riche en vaisseaux lymphatiques. Or, il y aurait, pour certains auteurs, une imbibition lymphatique des couches nerveuses de la rétine et on peut à la rigueur supposer que cet œdème de la rétine, sous l'influence de la compression, détermine une gêne circulatoire, un trouble visuel, qui ensuite, disparait lorsque la pression est redevenue normale, de la même manière que la pression cérébrale diminue après ponction rachidienne.

Il n'est pas douteux que cette compression, qu'il s'agisse de compression par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou surtout de compression directe des fibres nerveuses du fait de l'excavation de la papille, déterminent ces scotomes de Bjerrum, de même que tous les troubles qu'on observe dans le glaucome : diminution du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle, dilatation de la pupille, trouble cornéen, douleurs névralgiques, etc.

Nous avons donc, par la recherche de la tache aveugle et des scotomes qui en dérivent, un moyen de préciser dès le début de l'affection le diagnostic, et même le pronostic de celle-ci. Nous devons recourir de plus en plus à ce mode d'examen. Il a le seul inconvénient d'être long, mais il donne des renseignements si précis qu'il m'a paru utile et intéressant de vous en entretenir aujourd'hui.

Suis-je syphilitique ? *Fréquence de la syphilis héréditaire ou acquise ignorée. Tempéraments et syphilis. Les petits malaises et les troubles graves d'origine syphilitique méconnue,* par le Dr V. Scheikevitch. Un volume in-18, 200 pages : 10 fr. Le François, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'auteur expose, avec compétence et une documentation extrêmement étendue, les rapports de la syphilis avec les troubles de la santé les plus divers.

Il montre la fréquence, très grande, de la syphilis héréditaire ou acquise ignorées et les dangers fort graves auxquels ces multiples cas de syphilis exposent les malades.

Cet ouvrage contribuera, non seulement à divulguer dans le public les signes de la syphilis, mais il sera également pour les médecins un guide précieux.

CONGRÈS DE PÉDIATRIE

tenu à Lausanne sous la Présidence de M. le Professeur TAILLENS
(29-30 *septembre et* 1er *octobre* 1927)
(*Fin*)

DEUXIÈME QUESTION : **Broncho-pneumonie. Discussion des rapports Dufourt-Sedallian et Grenet.** (*Suite.*)

MM. LESNÉ, MARQUÉZY, HÉRAUX et STIEFFEL (Paris) *comparent les* **résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la B. P. infantile par les methodes classiques et les methodes nouvelles la sérothérapie et surtout la vaccinothérapie.** Dans leur service de l'hôpital Trousseau, ils ont soigné de 1925 à 1927, 509 enfants atteints de broncho-pneumonie, il s'agissait surtout d'enfants très jeunes (77 % n'avaient pas deux ans) et dont la nutrition était souvent défectueuse. L'étiologie de ces broncho-pneumonies a été dominée par la grippe (47 %), la rougeole (29 %), la coqueluche (11 %) et la diphtérie (8 %). Chez les 222 malades traités, *suivant les règles classiques* plus de 48 heures, la mortalité a été de 82 %. La mortalité diffère peu suivant l'étiologie elle ne varie guère non plus suivant l'année. Au traitement classique les auteurs ont associé la sérothérapie et la vaccinothérapie.

Les résultats de la sérothérapie ont été très peu encourageants Avec le sérum antipneumococcique et le sérum antistreptococcique la mortalité fut au moins égale à celle des cas non injectés.

L'action de la vaccinothérapie fut beaucoup plus intéressante. Trois types de vaccins ont été employés, le vaccin polypalent iodé de Ranque et Senez, le vaccin de Weill et Dufourt, le lysat-vaccin de Duchon. Le nombre de malades traités avec ces deux premiers vaccins (Ranque et Senez, Weill et Dufourt) n'est pas assez considérable pour permettre des conclusions rigoureuses, et cependant avec l'un ou l'autre de ces deux vaccins la mortalité s'est abaissée à 63 % au lieu de 82 %.

Le lysat-vaccin de Duchon a été utilisé seul ou associé au sérum antidiphtérique ; la statistique de tous ces cas montre une mortalité de 58 %.

Quelle est la fréquence du bacille de Loeffler long ou moyen dans le rhino-pharynx des broncho-pneumoniques ?

Sur 308 cas sans diphtérie clinique il y avait 40 porteurs de germes soit 13 % ; la proportion des porteurs de germes chez les enfants non atteints de broncho-pneumonie et ensemencés dans le même temps atteignait un chiffre très voisin de celui recontré chez les broncho-pneumoniques lorsque les ensemencements étaient répétés pendant le séjour à l'hôpital.

Le nombre des porteurs de germes varie suivant les hôpitaux, et dans la clientèle aisée les ensemencements du rhino-pharynx des B. P. fournissent habituellement des résultats négatifs. Pour les autres, le bacille diphtérique trouvé chez les B. P. est dû à la contagion hospitalière ; dans la grande majorité des cas, chez plus de la moitié des enfants les ensemencements du nez et de la gorge étaient négatifs à l'entrée.

Les malades traités par la méthode de Duchon ont été divisés en trois groupes :

1° *Groupe B. P. avec diphtérie clinique* : les uns traités avec le sérum antidiphtérique + lysat-vaccin ont donné une mortalité de 28 % alors que ceux traités avec le sérum seul sont morts dans la proportion de 82 %.

2° *Groupe B. P. avec bacilles diptheriques dans le rhino-pharynx* (*porteurs de germes*) l'association du sérum au lysat-vaccin ne donne pas les mêmes résultats (50 % de mortalité) ; les auteurs attribuent les cas heureux plus au vaccin qu'au sérum. En effet des malades ont guéri ou succombé avec des doses équivalentes de sérum et d'autre part des malades ont guéri par le seul lysat vaccin.

3° *Groupe B. P. sans diphtérie.*

137 cas traités	64 %	de morts
Avec le lysat-vaccin seul	61 %	» »
Vaccin + sérum	74 %	» »

Conclusions. — 1° La vaccinothérapie paraît constituer un réel progrès thérapeutique en matière de B. P. infantile. Elle doit entrer dans la pratique. De 82 % avec le traitement classique (222 cas) la mortalité s'est abaissée à 59 %, en y ajoutant la vaccinothérapie (187 cas).

Quel que soit l'un des trois vaccins employés, la statistique a été améliorée dans les mêmes conditions par cette thérapeutique dont le mode d'action est inconnu et dont la spécificité est encore discutée.

2° Dans les B. P. avec diphtérie clinique, il paraît indispensable d'associer la vaccinothérapie à la sérothérapie antidiphtérique (mortalité 28 % au lieu de 82 %) le sérum doit alors être employé à hautes doses comme chez les diphtériques.

3° Dans les B. P. avec présence de bacilles diphtériques dans le rhino-pharynx la sérothérapie est très discutable, ces enfants paraissant être des porteurs de germes avec réaction de Shick souvent négative et non de véritable diphtériques ; ils meurent comme des broncho-pneumoniques et non comme des diphtériques.

4° S'agit-il de B. P. sans présence de germes diphtériques, la sérothérapie antidiphtérique est inutile, elle n'améliore pas la statistique.

5° La sérothérapie antidiphtérique préventive appliquée systématiquement à tous les enfants du pavillon de rougeole et de coqueluche n'a pas diminué le nombre des broncho-pneumonies ni atténué leur gravité, ce qui aurait dû être si le bacille diphtérique jouait un rôle important d'agent d'infection primitive ou secondaire.

M. ROHMER et Jean BRUSSET (Strasbourg). — **Résultats de la vaccinothérapie dans les broncho-pneumonies infantiles.** — Sur 103 bronchopneumonies traitées à la clinique infantile de Strasbourg au vaccin de Weill-Dufourt, il y eut 26 décès, contre 58 décès sur 161 cas traités pendant la même période d'après les méthodes habituelles, soit 25,2 % contre 49,9 %. De 12 enfants qui avaient eu du lysat-vaccin de Duchon, 3 succombèrent (25 %). Dans les mucosités du rhino-pharynx de ces douze derniers cas, les auteurs ont trouvé des pneumocoques, staphylocoques, catarrhalis, Pfeiffer, entérocoques et trois fois des diphtériformes — en aucun cas des bacilles de Loeffler.

Tout en réservant leur jugement définit sur la valeur réelle de la vaccinothérapie dans les broncho-pneumonies infantiles, les auteurs estiment que les résultats sont encourageants et qu'il importe de poursuivre l'étude de la méthode.

M. Jean MINET (Lille) en son nom et au nom de ses collaborateurs MM. A. BENOIT, POREZ et Mlle ALPHANT, apporte au Congrès trois statistiques. Toutes trois sont relatives à une période de 18 mois, s'étendant du premier novembre 1925 au 1er mai 1927. Elles visent des congestions pulmonaires aiguës, des bronchopneumonies et des pneumonies.

La première est une statistique hospitalière. Elle porte sur cinquante cas : 36 guérisons, 14 décès, soit 72 % de guérisons.

La seconde est la statistique personnelle de M. Jean Minet ; elle ne renferme que des observations d'enfants gravement atteints (clientèle de médecin-consultant) et souvent traités tardivement. Sur 44 cas, 34 guérisons, 10 morts, soit 77 % de guérisons.

La troisième est due aux docteurs Ducoulombier (Mouvaux), Eloy (Trélon), Gosselin (Lille), Laval (Paris), Monnier (Douai). Elle porte au total sur 209 cas : 197 guérisons, 12 morts, soit 94 % de guérisons.

Les différences qui existent entre ces trois statistiques sont évidemment dues à la diversité des milieux : le plus mauvais est le milieu hospitalier, pour des raisons qui n'ont pas besoin d'être exposées. Vient ensuite le milieu où observe le médecin consultant appelé presque uniquement pour des cas graves, et souvent lorsque le mal a déjà fait des dégâts irréparables. Vient enfin le milieu de clientèle de praticiens : ici la vaccinothérapie appliquée systématiquement dès le début de la maladie, donne la remarquable proportion de 94 % de guérisons, et il s'agit d'enfants de tous âges, les plus nombreux étant des nourrissons de moins de 18 mois.

M. Minet passant ensuite de la clinique à la biologie, cherche à s'expliquer le mécanisme d'action de la vaccinothérapie dans les affections pulmonaires aiguës de l'enfant. Selon lui, il ne

peut s'agir de choc (pas de réactions cliniques de choc, protéines microbiennes en quantité infime dans les ampoules de vaccin). Quant aux réactions d'immunité,,elles ne semblent pouvoir entrer en ligne de compte que lorsque la guérison se fait de façon progressive ; or un bon nombre d'observations se sont terminées rapidement par « crise précosse ». Peut-être faut-il, dans ces cas, faire intervenir une action encore peu connue, que Wright a récemment décrite sous le nom d'épiphylaxie, et dans laquelle divers facteurs sont à envisager, notamment un pouvoir bactéricide instantané des leucocytes, dont l'étude approfondie amènera peut-être bien des révélations biologiques.

MM. PLUMIER et GAROT (Liège) ont utilisé en 1927 le vaccin de Weill et Dufourt dans 20 cas de broncho-pneumonies survenus chez des enfants de 6 mois à 3 ans. Ils ont eu 8 morts et 12 guérisons, soit une mortalité de 40 %. Ce taux de mortalité, comparé à celui des années antérieures ne leur permet pas de conclure sans réserve à l'action curative de la médication. Par ailleurs, l'impression clinique qui se dégage de l'évolution des cas pris individuellement ne parle pas en faveur d'une action spécifique et régulière du vaccin utilisé.

M. DUCHON (Paris). — L'A. discute les méthodes qui ont abouti à l'opposition du monomicrobisme au polymicrobisme :

1° La méthode de la ponction *in vivo* : il montre ses dangers (pneumothorax, pleurésies purulentes), sa valeur douteuse comme méthode de recherche ; fréquence des ensemencements négatifs et ensemencement seulement des germes de la périphérie, etc.

2° Il préfère les ensemencements post-mortem et en montre le bien fondé : poumons sains stériles à l'autopsie ou parfois culture seulement dans l'eau de condensation ; aucune comparaison possible avec les ensemencements des foyers de broncho-pneumonies toujours d'une culture extrêmement riche ; les ensemencements monomicrobiens de certains poumons même avec des germes nombreux dans le rhino-pharynx.

Selon D. l'opposition tient à une technique bactériologique différente : il réclame pour l'isolement des ensemencements sur milieux solides et en particulier : gélose-sang avec pH = 7,5 qui révèle beaucoup mieux la flore aérobie et en particulier le bacille diphtérique. Il souligne la valeur de l'ensemencement du rhino-pharynx dans le repérage de la flore. Relation qui se fonde sur les coïncidences : de présence de germes rares, d'absence de germes fréquents, à la fois dans le rhino-pharynx et dans le poumon.

La valeur pathogène d'un germe ne tient pas, pour D., à sa fréquence plus ou moins grande, mais se fonde sur le synchronisme des surinfections bactériologiques et cliniques à la faveur d'une carence d'immunisation.

D. passe en revue les différents pathogènes, rappelle que les streptocoques rencontrés, contrairement à la définition de l'entérocoque, ont toujours été des germes hémolytiques ; que le staphylocoque peut donner des broncho-pneumonies monocrobiennes, que Pfeiffer et catarrhalis sont parmi les plus fréquents ; que le pneumo-bacille n'a jamais été identifié par lui dans les B. P. de l'enfant ; que, par contre, le colibacille se rencontre quelquefois.

Quant au diphtérique, D. montre qu'à Paris, dans les hôpitaux, sa fréquence varie avec les méthodes de recherche employées. Très fréquent dans les salles de rougeole, fréquent dans les salles de médecine générale, il est rare et exceptionnel en ville, suivant les milieux et ne peut donc en être exclu (ensemencements positifs révélés par plusieurs auteurs à l'arrivée du malade à l'hôpital, retrouvé par D. en ville même). Le bacille diphtérique n'a jamais été isolé pur des foyers, mais si, souvent, il n'est pas l'agent causal des B. P., sa présence les aggrave singulièrement. En outre, dans certains cas, par l'intoxication profonde, par l'altération hépatique, il semble favoriser les polyinfections.

Pour l'auteur, le mécanisme des B. P. pourrait se concevoir ainsi :

1° Infection endogène par les germes du rhino-pharynx à la faveur de la perte de l'immunité cellulaire superficielle due à l'altération des muqueuses des voies respiratoires supérieures (gaz, toxiques, rougeole, etc.).

2° Possibilité de surinfections exogènes variables et plus ou moins virulentes suivant le milieu ambiant.

3° Perturbation de l'immunité profonde, ce qui explique la nécessité de la vaccinothérapie.

Toute vaccinothérapie dans les B. P. doit être à la fois curative et préventive, c'est-à-dire que toute vaccination curative active peut être à l'occasion préventive.

Mais la prévention des B. P. ne saurait se comparer à la prévention des infections hautement et spontanément immunisantes. La présence de streptocoques, de pneumocoques, etc., semble indiquer qu'elle ne saurait être qu'une prévention à court terme, En outre quand dans une polyinfection, entre un germe toxigène tel le B. diphtérique, il convient d'ajouter à l'immunité antimicrobienne une immunité antitoxique (aussi bien dans la vaccination curative que préventive). L'immunité antitoxique à défaut d'immunité active comporte une immunité passive par une dose élevée de sérum judicieusement employée (avant même l'intervention de l'intoxication). C'est ainsi seulement que l'on peut arriver aux statistiques obtenues à l'hôpital Bretonneau, aux Enfants-Assistés, à la statistique comparative si édifiante de M. Apert. Celle que vient d'apporter M. Lesné ne l'est pas moins : pourcentage de guérisons considérable dans les B. P. avec diphtérie clinique, faible dans les autres B. P. Du point de vue bactériologique : identité. Du point de vue clinique : beaucoup plus grande gravité des premières. Or un seul élément différent : la dose de sérum ; toujours très importante pour les premières, elle est restée faible ou nulle, pour les autres.

M. MARFAN (Paris), attire l'attention sur les rapports de la diphtérie larvée avec la B. P. d'un nourrisson et des enfants du premier âge. D'octobre 1926 à juin 1927, époque où il y eut spécialement fréquence des B. P. chez des enfants de moins de six mois, l'A. a vu que les nourrissons atteints de diphtérie larvée (coryza catarrhal, conjonctivites, otites, dermites ombilicales et rétroauriculaires) font plus souvent des B. P. et plus graves. Il a abandonné la ponction du poumon *in vivo* en raison de ses dangers et a fait l'examen bactériologique, en particulier par ponction pulmonaire après la mort. Il laisse de côté la possibilité de descente des bacilles diphtériques pendant la période agonique.

Il est très difficile de diminuer la mortalité, même avec le sérum et l'allaitement au lait de femme, surtout avant six mois ; le nourrisson paraît moins susceptible de recevoir avec bénéfice le sérum antidiphtérique.

Dans les asiles de nourrissons, la diphtérie est très fréquente et de forme anormale, l'examen bactériologique seul peut orienter souvent le diagnostic. Et pourtant le bacille est virulent car les cobayes meurent intoxiqués, même avec les cultures de ces bacilles diphtériques provenant de formes cliniques larvées. Ces enfants ne font pas de paralysie ni d'intoxication, mais seulement de l'hypothrepsie laquelle cède seulement et seulement quelquefois, au sérum. Parfois ces enfants font de l'entérite cholériforme avec mort en 48 heures, la B. P. dans ces cas est toujours plus fréquente et plus grave.

Quelques nourrissons arrivent dans les asiles provenant des Maternités, avec du coryza diphtérique existant au moment de leur entrée, on n'arrive pas à arrêter ce coryza et ces enfants présentent souvent du rachitisme précoce.

M. RIBADEAU-DUMAS (Paris). — La question de la vaccinothérapie appliquée aux broncho-pneumonies est assez complexe. Tout d'abord il importe de définir la broncho-pneumonie. Les différents types d'infections pulmonaires sont très communs chez le nourrisson, la B. P. est moins fréquente qu'on ne le dit, surtout chez l'enfant en bas-âge. La diversité des lésions paraît dépendre de la voie empruntée par l'agent pathogène, de la nature des microbes, de leur virulence, de l'âge du sujet, des conditions où il se trouve au moment de l'infection du terrain.

Il y a notamment un type d'infection B. P. qui n'est pas rare chez l'enfant de moins de 4 mois : c'est l'infection par aspiration ; sauf le cas où l'aspiration s'est produite *in utero* par exemple aux dépens d'un liquide infecté par un microbe unique, plus souvent il s'agit d'une infection polymicrobienne, aérobie et anaérobie. Les lésions sont d'aspect variable. Parrot insistait beaucoup sur le ramollissement chylique du poumon et attachait une grande importance à la façon dont était donné le repas de l'enfant. L'infection hématogène se voit nombre de fois chez le nouveau-né. Elle tend à devenir le mode habituel, à mesure que l'enfant avance en âge ; les portes d'entrée sont


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

BIBLIOGRAPHIE

Revue de pharmacologie et de thérapeutique expérimentale, fondée et publiée par Raymond HAMET. Rédaction : 47, Boulevard Blanqui, Paris.

Cette nouvelle revue fera honneur à la science française. Voici en quels termes le Professeur Pouchet en a présenté le premier numéro à l'Académie de médecine :

« Cette revue sera consacrée surtout à la Pharmacologie expérimentale dans le sens suivant lequel j'avais orienté mon enseignement dès que j'eus le grand honneur d'occuper, en 1892, la chaire de pharmacologie de la Faculté de Médecine de Paris. La liste de ses collaborateurs est un sûr garant des tendances suivant lesquelles sera rédigé ce recueil que je crois appelé à occuper une place importante et à combler heureusement une grosse lacune dans la littérature médicale française.

C'est, en effet, à l'étranger qu'il fallait, jusqu'à présent, aller chercher les publications exclusivement consacrées à l'étude pharmacodynamique des médicaments. La science française aura, désormais, un organe qui sera consacré à ce genre de recherches, dont l'important travail sur les Adonis et leurs applications thérapeutiques, qui occupe la plus grande partie de ce premier numéro, montre l'esprit suivant lequel il sera dirigé. »

Appendicites, colites et périviscérites, par M. DUPUY DE FRENELLE, 1 vol. 200 pages, 40 figures. Prix 14 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe.

Ce livre est composé d'une série de courts chapitres, bien illustrés par Moreaux, dont les points essentiels sont mis en relief par la présentation.

Les origines de la cihmie colloïdale. Paul BARY. A. Baudrimont 1806-1880), de 80 pages avec preface du professeur CRUCHET, l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, Prix : 6 francs.

C'est à faire revivre la figure d'un précurseur bordelais que s'est attaché M. Paul Bary dans ce petit livre.

La Conquête de la Vie, par le Dr Serge VORONOFF. 1 vol. de la *Bibliothèque Charpentier*. Prix : 12 fr. Fasquelle, éditeur, 11, rue de Grenelle, Paris.

Notre immense désir de vivre, dit l'auteur est, en contradiction avec les misères de la vieillesse et la brièveté de la vie. Et M. Voronoff consacre son livre à exposer les résultats des greffes et les espoirs que permet cette nouvelle acquisition de la biologie.

L'histoire de la nature vivante, d'après l'Œuvre des Grands Naturalistes Français. — IV. *Lamarck et l'interprétation de la Nature*, par Louis ROULE, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. Un volume in-18 jésus. Prix 12 fr. Ernest Flammarion, éditeur, 27, rue Racine, Paris.

Une existense matérielle laborieuse et modeste : une vie intellectuelle fougueuse et ardente : une longue vieillesse infirme et abandonnée ; une mort ignorée, puis l'oubli immédiat ; ensuite une résurgence glorieuse, s'achevant en apothéose : telle est l'histoire de Lamarck.

Son nom cependant, dans les sciences de la Nature et de la Vie, se lie désormais à la notion de l'évolution progressive des êtres au travers des âges. Comme celui de son émule anglais Charles Darwin, venu plus tard, leur liaison est telle qu'on ne saurait les séparer. Et c'est justice. L'homme qui portait ce nom occupe le premier rang, par la date d'abord, ensuite par la puissance de son génie.

Le volume qui lui est consacré, le quatrième de la série que publie M. Louis Roule sur la vie dans la Nature en prenant comme base les œuvres des grands naturalistes francais, vient après ceux de Buffon, Daubenton et Cuvier. On y lira les principaux épisodes de sa vie tourmentée, et de sa fin douloureuse. On y trouvera l'analyse de ses travaux sur l'interprétation de la Nature. On y suivra enfin les envolées de la biologie moderne dans ses synthèses et ses aspirations.

Le Bar du lendemain, par G. RIBEMONT DESSAIGNES. 1 vol, 12 fr. Edition Emile-Paul, 14 rue de l'Abbaye, Paris.

Le *Bar du Lendemain* est d'un écrivain spirituel et subtil. Il y a là quelques pages de pénétrante critique des habitudes et des préjugés de notre civilisation que les médecins liront avec d'autant plus d'intérêt que le nom de l'auteur évoque une page de notre histoire médicale.

multiples. Plus généralement elle est monomicrobienne. Elle se traduit par d'importantes lésions angio-pulmonaires. La bronchite est généralement un fait relativement tardif.

Il a été toujours reconnu, cliniquement, que certaines années, l'infection est bénigne alors que d'autres années elle devient extrêmement sévère. C'est là un fait que confirment des constatations bactériologiques et les inoculations espacées de culture microbienne de MM. Nicolle et Cotoni, de Flexner. Les infections pulmonaires ont leur période de bénignté et de malignité en dehors de toute thérapeutique. Enfin il faut tenir compte des épidémies en cours, grippes ou autres affections où les microbes communs « microbes de sortie » n'ont peut-être pas le rôle essentiel qu'on leur prête. Il y a donc, dans les B. P., au point de vue bactériologique, des inconnues dont il faut tenir compte.

On doit encore noter les difficultés qu'il y a à vacciner les nourrissons. Le terrain bactériologique est ici très spécial : les faits recueillis tant chez l'enfant que chez le jeune animal en soulignent les caractères très spéciaux. En outre le phénomène qui apparaît à la suite de l'inoculation d'un vaccin, appartient-il nettement à l'immunité ? Il semble à la lecture des travaux récents qu'il soit assez difficile de les caractériser sans discussion possible. Il est peu aisé, dans le cas des B. P., qui n'ont pas d'évolution précise, où manque tout test biologique, d'apprécier l'insuffisance des vaccins. Dès lors les conclusions que l'on tire des essais de la vaccinothérapie ne dérivent que d'impressions plus ou moins favorables suivant les observateurs. On ne saurait cependant pas nier qu'il n'est pas indifférent d'injecter, sous la peau d'un malade, une émulsion microbienne ; on peut même obtenir des résultats surprenants avec des corps microbiens provoquant une forte réaction inflammatoire locale. Mais il n'est guère possible de parler d'une action spécifique et le terme de vaccinothérapie n'est guère applicable ici. D'autres substances injectées sous la peau ou dans les veines peuvent donner des résultats non moins remarquables. Pour les grands enfants, la clinique n'a pas apporté non plus un ensemble d'observations indiscutables. Il est cependant très désirable d'avoir en mains une méthode de traitement spécifique de la B. P. Les faits apportés au Congrès doivent engager à poursuivre l'étude des vaccins. Mais il semble que les résultatsjusqu'ici obtenus appellent quelques réserves.

M. Mouriquand (Lyon) confirme les bons résultats de Dufourt et Sédaillian. Pour mettre en évidence le bacille diphtérique, il faut faire des prélèvements partout, quelquefois on n'en trouve que dans le poumon après la mort. Il n'a pourtant jamais vu la diphtérie aussi fréquente qu' à Paris, dans les B. P. On peut renforcer l'action du sérum en y ajoutant de l'adrénaline car dans la diphtérie on voit les capsules surrénales se vider complètement d'adrénaline.

Les statistiques pour la B. P. et son traitement doivent être sériées suivant l'âge, dans la même salle d'hospitalisation, et même suivant le même mois de l'année.

Le pronostic des B. P. est très difficile à faire. Il ne faut surtout pas se passer des moyens de traitement habituels sous prétexte de vaccinothérapie. Il ne faut pas oublier que la méthode de Milne est un excellent moyen de prophylaxie dans les hôpitaux, et même ailleurs. Les B. P. ont une tendance naturelle à rester à l'état subaigu, même si l'on emploie les vaccins et des sérums ; mais toutes les fois où la guérison n'avait pas lieu, l'A. a observé qu'il s'agissait d'un enfant hyponourri sous prétexte de sa fièvre et la reprise de la nourriture a eu aussitôt un effet salutaire.

M. Lereboullet (Paris), discutant le rôle du bacille diphtérique dans la genèse des B. P., reconnaît la fréquence des diphtéries larvées du nourrisson et leur influence sur la nutrition de l'enfant ; il admet également la présence assez commune du bacille diphtérique chez les enfants hospitalisés pour des affections diverses, mais il ne croit pas que son rôle soit prépondérant dans la genèse des B. P. Il relate quelques faits, suivis avec M. Marcel David, qui montrent que, par ponction pulmonaire, on est loin de trouver toujours, même chez des diphtériques avérés, le bacille diphtérique dans le poumon. Pour lui, c'est l'infection secondaire, résultant souvent de l'invasion, dans un service de diphtériques, de la rougeole ou de la grippe, qui règle surtout la fréquence et la gravité des B. P.

Après avoir discuté le rôle thérapeutique des sérothérapies et signalé quelques cas où elles peuvent être nocives, il dit les résultats que l'on peut obtenir, à côté des vaccinothérapies, de certaines modifications comme les injections de nucléinate de lithium, et rappelle que le vaccin, quel qu'il soit, ne peut être qu'un adjuvant des anciennes médications ; il ne doit pas être substitué à elles. Il ne faut employer le vaccin qu'avec prudence, surtout dans les cas graves où la répétition et l'augmentation des doses peuvent être nocives, Mais quel que soit son mode d'action, il constitue dans certaines formes prolongées, une ressource utile, qu'il convient de ne vas négliger, sans toutefois s'y limiter.

M. Cassoute (Marseille) insiste sur la gravité des B. P. chez les nourrissons de moins de six mois. Il voudrait que l'on établit des statistiques spéciales pour ces bébés qu'il ne croit pas capables de s'immuniser activement ni par Ides vaccinations préventives ont été des plus mauvais. Par contre au début d'une de ces infections à pneumocoques qui sont si fréquentes dans les crèches de nourrissons le sérum antipneumo lui a donné de bons résultats. Il insiste aussi sur la nécessité d'éliminer des statistiques ces formes de bronchites, de congestions passives ou actives bien plus fréquentes chez les nourrissons que les vraies B. P. comme le lui ont démontré les nombreuses autopsies qu'il a faites depuis plus de 25 ans.

D'autre part, M. C. rappelle que le meilleur agent prophylactique de la B. P., comme de bien d'autres maladies aiguës des nourrissons est le lait de femme. C'est ainsi qu'à l'hospice des Enfants-Assistés de Marseille, il n'y a pas eu en 1926 un seul cas de B. P. parmi les enfants nourris au sein, tandis qu'ils ont été fréquents et graves chez les enfants nourris au biberon, cependant les uns et les autres sont élevés dans le même établissement et la période d'observation a été la même. Ce sont précisément là les conditions qui ont été réclamées au Congrès pour l'établissement de statistiques probantes.

M. Taillens (Lausanne). — Quand on écoute les rapporteurs et les orateurs participant à la discussion, on constate une divergence d'opinion parfois frappante ; et d'où celà vient-il, sinon de ce que tous ne parlent pas de la même chose. Il est évident que le mot de B. P. n'est pas appliqué par tous à la même maladie. Or, la première condition pour bien s'entendre n'est-elle pas de donner le même nom à la même chose.

Qu'est-ce exactement qu'une B. P. ? C'est une affection qui commence par une bronchite ordinaire ; celle-ci, plus ou moins rapidement, parfois avec une grande rapidité, devient par places de la bronchite capillaire et c'est cette dernière qui donne à la maladie son caractère de haute gravité. Si la bronchite capillaire s'étend partout et ne rétrocède pas, c'est la mort rapide ; si elle n'est pas généralisée ou si elle rétrograde parplaces, elle a le temps d'arriver à l'étape de la B. P., c'est-à-dire à l'étape où se forment de petits nodules d'hépatisation ; ceux-ci sont péri-bronchiques ou périalvéolaires et d'apparence grisâtre ; au début ils sont trop peu marqués pour être décelés par l'examen direct, et à ette époque-là, il n'y a ni matité, ni submatité, ni souffle. Ces signes-là n'apparaissent que lorsque la maladie a duré un certain temps et à permis aux nodules d'hépatisation de multiplier et de se conglomérer.

Les symptômes subjectifs de cet état dépendent à la fois de l'asphyxie, due à la grosse diminution du champ respiratoire, et à l'infection, due à la résorption toxique intense au niveau des bronches capillaires et des alvéoles ; ce sont la température élevée, l'abattement très marqué, la cyanose avec pâleur et lividité, le battement des ailes du nez, le pouls rapide et mauvais.

A la radioscopie on voit les aires pulmonaires comme estompées, moins claires que normalement, avec par-ci et par-là de petites ombres nodulaires peu marquées.

Voila le table au de la B. P. : qu'il se déroule plus ou moins rapidement, il reste le même, car on ne parlera pourtant pas de P. B. quand on n'en constatera que des traces, à l'une des bases par exemple.

Cette maladie-là, jusqu'à plus ample informé, cause la mort dans les 80 % des cas ; elle n'atteint que le petit enfant et le vieillard, c'est-à-dire qu'elle ne survient qu'aux époques de la vie où la défense contre les infections et en particulier contre les maladies respiratoires aiguës est mauvaise ; entre les deux cours de la vie, elle ne survient que lorsqu'un état primaire a engendré une même mauvaise défense : cachexie phtisique,

cancéreuse, grippe, rougeole, coqueluche grave, adynamie, typhique, etc.

La vaccinothérapie dans la B. P. vraie est impuissante à modifier le pronostic ; elle n'agit pas assez vite pour cela. Peut-être est-elle capable d'agir préventivement ? c'est déjà beaucoup.

Mais qu'on ne parle pas de B. P. quand on a devant soi un malade qui a de la bronchite et un foyer d'hépatisation pulmonaire, le fait est fréquent, soit qu'un foyer pulmonaire apparaisse au cours d'une bronchite, soit qu'une bronchite accompagne une pneumonie. Ce sont alors deux maladies qui évoluent côte à côte, sans que l'une découle immédiatement de l'autre et sans l'étape de la bronchite capillaire, nécessaire pour qu'on ait le droit de parler de P. B. Dans ce cas de bronchite avec pneumonie, tous les traitements réussissent également, à condition que l'on commence par soutenir le cœur. C'est sans doute la confusion entre ces deux états pathologiques qui cause une divergence d'opinions aussi frappante que celle que nous constatons aujourd'hui.

M. Dupasquier (Saint-Honoré). — A côté de la question microbienne il ne faut pas oublier la question de terrain. Une fois la fièvre tombée, il est bon de lutter contre la fragilité bronchique au moyen de cures thermales et de la rééducation respiratoire.

M. Hallé (Paris). — Il se rallie à la façon de voir de M. Taillens. Il est nécessaire de s'entendre sur la définition de la B. P. Dans les Maternités, les nouveau-nés n'ont que très rarement des B. P., mais sont souvent atteints d'affections des voies respiratoires. Dans les crèches il y a des enfants qui meurent de décubitus seulement. Dans les cas étiquetés B. P. on ne trouve à l'autopsie aucune B. P. véritable. La mort peut être due à une bronchite septique par aspiration, à l'athrepsie, à une otite latente, à la gastro-entérite. Dans la seconde enfance la rougeole, la coqueluche, la grippe causent des B. P., mais alors pourquoi attribuer des B. P. au streptocoque plutôt qu'aux virus morbilleux grippal ou au microbe de la coqueluche. Dans la grippe, les enfants meurent avec des infarctus, mais ce n'est pas de la B. P. Il reste un groupe où l'étiologie de la B. P. est difficile à préciser. Cadet de Gassicourt avait déjà dit que le poussées congestives ne sont pas de véritables B. P. où la lésion est fixe. Donc les statistiques manquent de sécurité par suite de la définition insuffisante. Néanmoins, MM. emploie la vaccinothérapie et il a l'impression d'avoir parfois fait du bien.

D'autre part l'immunisation par la vaccination sous-cutanée lui paraît être jusqu'ici une méthode illusoire.

M. Duforut (Lyon), rapporteur. — Le débat a pris une tournure différente, car on n'a pas envisagé la clinique ni l'anatomie pathologique. Il est maintenant d'accord avec M. d'Œlsnitz puisque ce dernier ne se sert plus maintenant de sérumantipneumo, mais antistreptococcique ; il est arrivé au même point par la voie bactériologique que M. d'Œlsnitz ; par la voie clinique. Il faut aller doucement dans la vaccinothérapie appliquée aux cas graves. M. Barbier a parlé de la cessation de l'immunité antituberculeuse pour utiliser la voie buccale dans l'emploi des vaccins, pratiquement M. D., rapporteur, n'a jamais observé d'accidents de ce genre, mais la vaccinothérapie peut être différée lorsque l'on soupçonne la tuberculose. Il s'excuse de n'avoir pas signalé que c'est à M. Rohmer que l'on doit le port du masque de gaze dans les services d'enfants. Il n'est pas d'accord avec M. Duchon sur le danger des ponctions pulmonaires *in vivo*, mais néanmoins il ne recommande pas cette pratique comme une méthode habituelle bien qu'il n'ait jamais observé d'accidents d'aucune sorte. Les résultats des ensemencements à l'autopsie ne lui paraissent toujours pas suffisants ; il y a des B. P. à colibacilles dans les gastro-entérites, mais il n'a jamais rencontré de catarrhalis. M. Marfan, a signalé le rôle des diphtéries latentes dans l'étiologie et l'aggravation des B. P., mais il n'a pas eu l'occasion d'observer de pareils faits à Lyon. M. Ribadeau-Dumas a parlé de la protéinothérapie comme explication possible de l'action des vaccins, mais ce n'est pas une hypothèse discutable car les protéines sont en quantité infinitésimale, une fraction de mmgr. Le lait n'a jamais rien donné entre les mains de Dufourt dans les B. P., mais il spécifie que les effets sont très différents dans la colloïdoclasie et dans la vaccinothérapie. En ce qui concerne l'hypothèse de M. Ribadeau-Dumas à propos du rôle joué par l'antigène et l'anticorps dans l'immunité, il faut se souvenir que l'on peut vacciner par exemple contre la fièvre typhoïde et que néanmoins le sérum des vaccinés ne possède aucun pouvoir thérapeutique. De même dans la rage on vaccine, mais on n'est pas encore arrivé à préparer un sérum.

M. Hallé s'est engagé dans une discussion au sujet du rôle joué par leurs microbes respectifs dans les B. P. de la rougeole, de la grippe et de la coqueluche, dans un cas M. D. a isolé le coccus de Bordet-Gengou dans une B. P. et il pense donc que les B. P. peuvent être parfois dues à ce microbe. Dans la rougeole le microbe est inconnu, il est responsable de l'anergie morbilleuse, la vaccinothérapie paraît donc illusoire pour la même raison qui explique dans ces cas la disparition de la réaction à la tuberculine. Pour le microbe de la grippe, Olitzky et Gates ont isolé le bacillus pneumosintes, lequel ne donne pas expérimentalement de broncho-pneumonies mais seulement des congestions pulmonaires. On ne peut limiter la B. P. aux seuls cas présentant des nodules péribronchiques, toujours, car les B. P. diffèrent suivant leur origine aérienne ou sanguine. Il existe un syndrome fonctionnel particulier aux états qualifiés de B. P. et l'on ne doit pas limiter la vaccinothérapie seulement aux cas envisagés par MM. Taillens et Hallé. Enfin en ce qui concerne la bacille diphtérique tout le monde semble s'être mis à peu près d'accord pour considérer qu'il n'est pas l'agent causal des B. P. par lui-même, mais qu'il en est seulement un agent de complications.

M. Grenet (Paris), rapporteur. — La discussion qui vient de se dérouler permet un certain nombre de remarques d'ordre général. On a mis en doute la valeur des statistiques. M. G. reconnaît que des statistiques faites à des époques et dans des milieux différents ne sont guère comparables entre elles, et prêtent à la critiqus. Il n'en est pas de même lorsqu'elles ont été établies dans un même hôpital, par un même observateur, pendant un temps prolongé, ce qui supprime les causes d'erreur résultant des variations saisonnières et épidémiologiques. A cet égard les statistiques de M. Dufourt, celles de M. Lesné et Marquézy, de M. Rohmer, la sienne propre, paraissent échapper aux critiques.

Une autre remarque a trait à la définition même de la B. P. M. Taillens n'admet guère que les B. P. suraiguës (contre lesquelles toute thérapeutique est vouée à un échec certain) et les B. P. traînantes. Entre les deux, il y a une maladie reconnaissable à ses signes physiques, et surtout fonctionnels et généraux, bien connue et bien étudiée par Rilliet et Barthez. Qu'on ne dise pas non plus, avec M. Hallé, que l'on range dans les B. P. ces bronchites avec poussées fugaces de congestion pulmonaire, si bien décrites par Cadet de Gasscourt. Pour sa part, M. G. s'il a un reproche à se faire, ce n'est pas d'avoir classé trop de malades parmi les B. P., mais plutôt d'avoir parfois considéré comme atteints d'une bronchite fébrile banale des enfants que l'avenir montrait touchés par une infection B. P. grave.

Il est bien entendu que les traitements dits spécifiques ne sauraient jamais faire différer la thérapeutique générale classique. Il faut reconnaître aussi avec M. d'Œlsnitz et M. Lereboullet, que dans les cas graves, on doit appliquer la vaccinothérapie avec prudence.

La *sérothérapie* antipneumococcique et antistreptococcique a fourni à M. Barbier, à M. d'Œlsnitz (qui la combine avec la vaccinothérapie) de bons résultats. Les effets ont été variables pour M. Lereboullet, nuls pour MM. Lesné et Marquézy. En somme, comme je l'ai dit dans mon rapport, il reste une impression d'ensemble assez favorable, sans plus. Peut-être, si, comme le font espérer les travaux de M. Sédaillan, on réussit à préparer un sérum antistreptococcique actif, obtiendra-t-on de plus nombreux succès.

M. G. enregistre les succès obtenus par la *vaccinothérapie*. La plupart des auteurs la considèrent comme utile et apportent des statistiques encourageantes. Il faut retenir en particulier les observations de M. Rohmer ; sur ce nombre égal d'enfants traités et non traités pendant une même période, il constate une diminution de mortalité de moitié chez les vaccinés, cela même s'il s'agit de nourrissons.

MM. Lesné et Marquézy admettent la bonne action des vaccins. Ils abordent la question de la diphtérie chez les B. P., en cas de B. P. avec diphtérie clinique, sérothérapie et vaccinothé-


CIPROMAROL
AFFECTIONS
DU
SYSTÈME VEINEUX
AFFECTIONS
DU
SYSTÈME VEINEUX
CIPROMAROL
DOSES THERAPEUTIQUES
LANDRIN & Cie
PARIS
CIPROMAROL
Echantillon gratuit : 20, Rue de La Rochefoucauld - PARIS

rapie sont toutes deux nécessaires. Quand il n'y a pas de bacilles diphtériques dans la gorge, la sérothérapie antidiphtérique est inutile. Sur ces points, nous sommes tous d'accodr. Mais MM. Lesné et Marquézy, et M. Lereboullet, pensent que la sérothérapie antidiphtérique est superflue quand il s'agit de B. P. porteurs de germes sans diphtérie clinique. Peut être ont-ils observé des faits différents de ceux de M. G., car les questions de milieu interviennent. Mais sans retenir ces cas personnels qui ont entraîné sa conviction, l'auteur fait remarquer que M. Apert a abaissé de moitié la mortalité des rougeoleux B. P. porteurs de germes en pratiquant une sérothérapie antidiphtérique précoce et intensive. De même M. Samsoen relate dans sa thèse que, sur 186 rougeoleux on trouvait le bacille diphtérique chez 46 ; or 5 seulement firent la rougeole normale, les 41 autres eurent une B. P. On ne peut donc pas nier le rôle aggravant du B. de L. sur la B. P., en dehors de toute diphtérie clinique. M. Marfan nous a d'ailleurs montré l'influence de la diphtérie occulte dans nombre d'affections du nourrisson.

Sans doute il est difficile d'immuniser le nourrisson ; pourtant la statistique de M. Rohmer, celle de M. G., montrent que la vacinothérapie, permet, même chez le tout jeune enfant, d'abaisser le taux de la mortalité.

M. Ribadeau-Dumas a présenté une critique très serrée de la vaccinothérapie. il dit que rien ne prouve son action ; il faudrait pour élucider le problème l'étudier sur une maladie à tracé thermique régulier. cyclique, ce qui n'est pas le cas. M. R.-D. remarque que les courbes de température présentées n'ont rien de caractéristique. Sans doute. Mais sur ces courbes, ce qu'il fallait voir surtout, c'était le moment où l'on trouvait le bacille diphtérique ; c'était l'action de la sérothérapie antidiphtérique combinée à la vaccinothérapie ; ces courbes n'étaient destinées qu'à préviser un point bien particulier, mais de grande importance pour la statistique de M. Grenet, puisqu'il observait dans un milieu contaminé par le bacille diphtérique.

Ce qui reste, c'est que sous l'influence de la vaccinothérapie, la mortalité a nettement diminué, dans toutes les statistiques qui ont été présentées avec quelques détails. Or s'il y a un fait sur lequel on ne peut guère discuter, c'est sur la vie et la mort. La survie plus grande chez les vaccinés juge la valeur de la méthode.

Quant au mode d'action des vaccins, on a invoqué le choc, et aussi d'autres mécanismes encore mystérieux, M. Grenet croit à la spécificité mais la discussion reste ouverte.

On peut dès maintenant mesurer le progrès fait par la vaccinothérapie dans les B. P. Il y a quelque cinq ans ses premiers défenseurs ne recueillaient que des critiques et leurs idées n'étaient même pas discutées. Les temps ont changé, et les plus sceptiques reconnaissent aujourd'hui l'intérêt de la méthode.

M. Taillens, président du Congrès adresse aux rapporteurs et aux congressistes les remerciements d'usage. Le prochain Congrès de pédiatrie aura lieu, selon le règlement à Paris probablement, dans deux ans.

Robert PIERRET (La Bourboule).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic.

Le pneumocèle permet de poser un diagnostic précis dans les affections des organes génitaux masculins (P. Valdoni, *Bulletino e atti della reale Accademia medica di Roma*, avril 1927) ; la technique est simple, elle consiste à réaliser une insufflation d'air ou d'oxygène dans la vaginale, avec d'autant plus de facilité qu'elle contient déjà du liquide, puis à pratiquer un examen aux rayons X. Dans l'hydrocèle, la vaginale est lisse et ne présente aucune irrégularité ; les tumeurs de la vaginale se traduisent par une ombre située dans la cavité, celles du testicule par l'augmentation du volume de cet organe ; le diagnostic de l'épididymite ne présente pas de difficultés au point de vue de la localisation, mais il reste à en préciser la nature infectieuse.

Circulation.

L'hypotension est rarement étudiée, comparativement à l'hypertension ; la forme symptomatique est liée à une tuberculose ou à une maladie d'Addison ; la forme essentielle ou accidentelle se rencontre chez les sujets asthéniques ou hyposthéniques, mais sa symptomatologie est très pauvre. John D. Garvin, de Pittsburgh (*The Journal of the American medical Association*, 11 juin 1927) est d'avis qu'une pression faible se rencontre moins rarement qu'on ne le croit chez des hypersthéniques ; il appuie son opinion par les observations de six personnes de la même famille, qui toutes sont actives, travailleuses, dans un état physique remarquable pour leur âge (de 33 à 65 ans) et et dont les pressions varient entre 6,6 et 7,2 pour la minima, entre 9,4 et 10,8 pour le maxima ; aussi est-il d'avis que l'hypotension a été mal étudiée et mal interprétée et qu'elle représente un facteur de longévité plutôt qu'un état pathologique.

Tube digestif.

Les dyspepsies réflexes se rapportent à un ensemble de troubles de l'activité fonctionnelle de l'estomac engendrés par des causes extra-gastriques (A. Govaerts et M. Cornil *Bruxelles Médical*, 22 mai 1927) ; quoique négligées pendant longtemps, elles groupent une grosse part de tous les gastriques et s'expliquent mieux, depuis que l'on a précisé la physio-pathologie du système neuro-végétatif ; la forme la plus importante par sa fréquence est la vésiculo-gastrique, qui se caractérise par une imbrication des manifestations gastriques et vésiculaires. Le diagnostic comporte quelques points particuliers dans l'examen ; ce sont l'interrogatoire minutieux, l'analyse serrée des manifestations subjectives, le relevé topographique de tous les points douloureux, l'examen attentif de la vésicule biliaire, l'étude du chimisme gastrique et l'examen radiologique de l'estomac, du duodénum et de la vésicule. Au point de vue thérapeutique, les troubles ne sont influencés ni par les alcalins ni par les pansements gastriques ; ils bénéficient largement du drainage médical des voies biliaires, particularité qui constitue une confirmation du diagnostic.

Tuberculose.

Les premières résections costales destinées à comprimer les cavernes tuberculeuses ont été faites en 1880 à Lausanne sur les indications de Cérenville (G. Piotet et E. Urech, (*Revue médicale de la Suisse romande*, 16 mars 1927) ; le procédé employé en Suisse, connu sous le nom de *thoracoplastie de Roux*, diffère nettement de la méthode française de Bérard et de l'allemande de Sauerbruck ; il présente le double avantage que toute l'opération se fait sous le contrôle de l'œil et de la main et que la musculature de l'épaule est respectée intégralement. Les indications se réduisent aux tuberculoses pulmonaires unilatérales graves, dans lesquelles ont échoué les autres traitements (sanatorium et pneumothorax artificiel en particulier). Sur trente et un malades opérés à l'Hôpital cantonal de 1920 à 1926, quatre sont morts dans les jours qui ont suivi l'intervention, sept ont été perdus de vue, vingt ont été suivis avec les résultats suivants : deux décès, une amélioration minime, quatre améliorations nettes, onze améliorations fortes, deux guérisons.

Syphilis.

Le traitement mixte arsenico-bismuthique réalise une association excellente et rationnelle (Fernand Daubresse *Scalpel*, 30 avril 1927) ; l'action rapide des arsenicaux et l'action plus durable du bismuth se complètent admirablement, ce dernier maintenant les positions acquises. 1° Le traitement bismuthé précédant l'arsenical est une erreur ; le traitement d'assaut doit se faire par l'arsenic ; qu'il s'agisse du reste de syphilis primaire, secondaire ou tertiaire, il est plus prudent de commencer par l'arsenic. 2° Le traitement combiné paraît d'une haute efficacité, car

d'arsenic donne l'assaut et le bismuth maintient les résultats : on peut alterner soit les injections, soit les séries d'arsénobenzène intra-veineux et de bismuth insoluble intramusculaire. 3° Le traitement bismuthé postérieur au traitement arsenical, surtout par les produits insolubles à action prolongée, est approprié à la consolidation des résultats, qu'on l'emploie dès la négativité obtenue ou après une ou deux cures de sécurité par les arsénobenzènes. *En règle générale*, chaque fois qu'on cherche à stériliser rapidement l'organisme ou à guérir un accident menaçant, les arsénobenzènes constituent la médication de choix ; quand on lutte contre une infection déjà réalisée, l'association arsenic-bismuth permet d'obtenir des effets durables sans nuire aux effets immédiats ; quand l'infection est éteinte, le bismuth est particulièrement indiqué comme médicament de fond.

La curabilité de la syphilis n'a jamais encore été démontrée d'une façon rigoureusement scientifique (V. Sedlak, *Gazette médicale de Bratislava*, mai 1927) ; une réinfection nette elle-même n'en n'est pas une, comme le montrent trois observations ; l'apparition de nouveaux spirochètes dans l'organisme, complètement débarrassé de la première infection par un traitement intensif, n'implique point la nécessité de la guérison ; il peut en effet s'agir, comme le prouve la pathologie expérimentale, soit d'une *surinfection* (invasion de nouveaux spirochètes dans l'organisme encore syphilitique) soit d'une *autosurinfection* (infection de l'organisme par les spirochètes de la première infection jusque-là inactifs).

Ophtalmologie.

La photographie du fond de l'œil, proposée par Noyes, est en voie de passer dans la pratique grâce à l'appareil de Nordenson, de petit volume et de maniment facile (Augel Castresana, *Progresos de la Clinica*, mai 1927) ; elle offre de grands avantages : 1° la reproduction exacte du fond de l'œil avec le minimum d'effort pour l'opérateur et de gêne pour le malade ; 2° la série de clichés, permettant de suivre la marche de l'affection ; 3° la localisation exacte des lésions, particulièrement intéressante en cas de corps étrangers ou de cysticerques ; 4° la mise en valeur des différentes colorations du fond de l'œil par la photographie en couleurs.

Le trachome et les affections du nez. — Comparant les résultats de leurs recherches sur le trachome purement monoculaire (6 cas) et sur le trachome évoluant d'un côté plus gravement que de l'autre (41 cas) avec ceux des autres auteurs, les Drs. Abramowicz et Wonsowski pensent (*Acta oto-laryncologica*, vol. XI. fas. 4, nov. 1927) que le trachome monoculaire aparaît dans les conditions suivantes :

1) les lésions endonasales out pu créer des conditions favorables à la propagation du virus trachomateux dans la conjonctive palpébrale, mais seulement du même côté.

2) le processus pathologique atteignant un œil a évolué d'une manière bénigne et rapidement guéri ; mais, pour l'autre œil, le mal s'aggrave et se prolonge sous l'influence des altérations nasales siègeant du même-côté.

Chez les enfants ateints de trachome le pourcentage des végétations adénoïdes n'est pas supérieur à ce qu'il est chez les enfants ayant les yeux sains.

Rayons X.

La télécuriethérapie, quoique pleine de promesses, en est encore à la phase expérimentale (A. P. Dustin, *Bruxelles médical*, 12 juin 1927) ; l'orientation nouvelle tend à substituer, aux petites doses de substances radiantes placées dans les tumeurs ou à leur surface, de grosses masses de radium agissant à distance, un peu à la façon d'une ampoule de Rœntgen ; on vise à obtenir dans la profondeur des tissus une irradiation suffisamment puissante pour détruire le néoplasme, suffisamment diffuse pour atteindre les lymphangites cancéreuses à une distance déjà importante du foyer initial, suffisamment homogène pour n'avoir à redouter ni les excès ni les insuffisances de dosage en profondeur, suffisamment dure et filtrée pour éviter les accidents de surface.

Thérapeutique.

L'autopyothérapie est employée par Makal (*Deutsche Medizintsche Wochenschrift*, 1er avril 1927) dans différents processus de suppuration (mastite, empyème, bartholinite, bubons, arthrites) ; il pratique en général une injection sous-cutanée de 1 à 5 cc. de pus tous les trois ou cinq jours ; il profite de la ponction du foyer primitif pour l'évacuer au maximum avec un pansement compressif. L'action se manifeste tout d'abord sur la douleur, qui cède en quelquelques heures ; la température reste stationnaire ou s'élève légèrement le premier jour pour commencer à descendre régulièrement à partir du second. L'injection de pus est suivie de la formation d'un abcès à évolution bénigne et qui guérit spontanément ou par ponction. Cette méthode n'a pas de contre-indication, quoiqu'elle ne réussisse pas toujours à éviter une intervention chirurgicale sur le foyer primitif ; cependant dans les cas à forte fièvre, il est préférable de faire précéder le traitement de quelques injections intramusculaires d'un cc. de terpinol.

La vaccinothérapie repose sur quatre principes fondamentaux (médecin principal W. Glen Liston, *Edinburgh Médical Journal*, juin 1927). 1° Un vaccin doit être fait avec l'espèce microbienne qui a été reconnue comme la cause de la maladie ; c'est ainsi que la vaccination antityphoïdique n'empêchait pas régulièrement l'apparition d'une typhoïde dans l'Inde ; l'examen du sang montra qu'il s'agissait de formes microbiennes atypiques, qui furent désignées sous le nom de paratyphiques A et B. 2° Les doses de vaccin varient suivant qu'il est injecté dans un but préventif ou curatif, on emploie dans le premier cas des doses plus fortes et dans le second des doses plus faibles, en rapport inverse avec la gravité de l'infection. 3° Les microbes se défendent contre la destruction dans les tissus de leur hôte ; aussi faut-il s'efforcer de le mettre en contact intime avec les substances immunisantes qui circulent dans le sang. 4° Le champ d'application est limité ; il comprend : la prévention, le traitement de l'infection localisée et le traitement du début des infections aiguës ; ces dernières pourraient, à un stade plus avancé, bénéficier de l'immuno-transfusion.

Varia.

La spécialisation est devenue pour la médecine une nécessité. (I. Holmgren, de Stockholm).

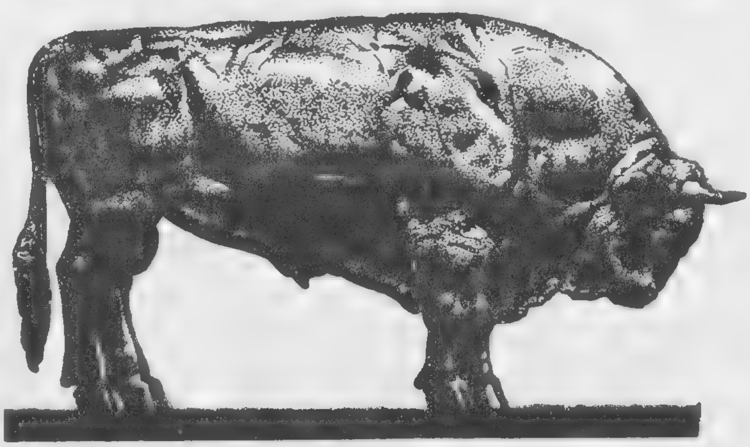
L'importance de la physiologie pathologique dans la médecine moderne est énorme et peut devenir incalculable. (P. Orfila, de Montevidéo).

La toxémie est maintenant considérée, en Angleterre comme le plus important facteur étiologique des maladies. (William Willcox, de Londres).

La connaissance du phénomène de Richet a enrichi l'arsenal thérapeutique en y introduisant deux méthodes fécondes en résultats : la méthode de désensibilisation et le traitement par le choc. (S. Katzenelbogen, de Genève).

J. Lafont.


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE



FAITS CLINIQUES

Zona ophtalmique et varicelle

Par L. HIRTZMANN

Le malade est un octogénaire, encore très vigoureux, qui fut pris vers le 12 novembre, de névralgies faciales et dentaires.

Le 16 novembre éruption zostérienne du type zona ophtalmique. Toute la région sus-orbitaire et frontale gauche est intéressée, l'éruption s'étend en arrière jusqu'au semmet du crâne.

Le 17 novembre, excitation, fièvre, insomnie et subdélire.

Le 20 novembre, éruption de varicelle sur tout le corps, toutefois la région intéressée par l'éruption zostérienne est tout a fait respectée par la varicelle.

La conjonctive gauche est particulièrement enflammée.

Evolution normale vers la guérison au bout d'une huitaine de jours sans complications rénales ni pulmonaires.

A noter que dans la ville de C..... il existait une petite épidémie de varicelle.

Nous n'avons pu établir nettement l'origine de la contagion. Le malade n'était pas sorti de sa maison depuis le 1er novembre.

Cette observation est intéressante car elle montre l'évolution presque simultanée de deux maladies considérées comme distinctes jusqu'ici. Cependant il apparaît bien que toute la région intéressée par le zona a été vaccinée vis-à-vis de l'éruption de varicelle.

Les deux éruptions qui se sont succédé à quatre jours d'intervalle étant morphologiquement semblables. Il nous semblerait logique d'admettre que les deux affections sont identiques et que l on peut penser que l'infection d'origine exogène a pénétré en suivant la voie nerveuse périphérique puis s'est ensuite généralisée par le système nerveux central.

Etant données les discussions récentes sur les origines des deux affections, zona ophtalmique et varicelle, cette observation devait être versée aux débats.

L. HIRTZMANN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 décembre 1927.

Etude expérimentale sur les tatouages et déduction sur la physiologie de la peau. — L'étude expérimentale, à l'aide de dispositifs spéciaux, du mécanisme de production des tatouages, a montré à l'auteur que seules les suspensions ou les granules colorées sont à même de réaliser le tatouage. Celui-ci s'effectue suivant un processus assez inattendu : les corps colorés déposés dans le derme sont entraînés dans le profondeur du chorion du derme et viennent s'amasser autour des vaisseaux des plexus du derme, où ils se fixent d'une façon définitive. Ces constatations, et d'autres que rapporte l'auteur, démontrent l'existence d'un système réticulaire intradermique, en rapport, vraisemblablement, avec le système lymphatique, et dont les fonctions sont distinctes pour les solutions et les pseudo-solutions.

La réactivité spécifique après une atteinte de diphtérie. La réaction de floculation chez l'homme. — *M. Chr. Zœller* a étudié la valeur de l'immunité antidiphtérique chez les sujets spontanément immunisés, chez des porteurs rebelles de bacilles diphtériques, chez des sujets antérieurement atteints de diphtérie. Après immunisation spontanée, le taux de l'antitoxine oscille autour de 1/10 d'unité antitoxique. La persistance du bacille de Löffler dans le rhino-pharynx pendant plusieurs semaines fait croître la valeur moyenne de l'immunité.

Certains diphtériques anciens présentent non seulement un certain taux d'antitoxine, mais ils possèdent la faculté de l'accroître (réactivité acquise). Cette constatation fait penser que le *facteur constitutionnel* n'a pas chez tous les sujets une importance fondamentale dans l'éclosion de la maladie ; elle montre que ces sujets, soumis à une vaccination, ne seraient pas restés rebelles à l antigène et qu'ils étaient capables d'acquérir et de perfectionner une immunité antitoxique. La réaction de floculation peut être utilisée chez l'homme pour titrer les valeurs de l'antitoxine au moins égales à une unité antitoxique.

Le pneumothorax thérapeutique bilatéral et simultané chez l'enfant tuberculeux. — *MM. P. Armand-Delille* et *Ch. Lestocquoy* ont d'abord été amenés en janvier 1926 à pratiquer une collapsothérapie partielle bilatérale et simultanée chez deux enfants dont l'état paraissait désespéré. L'un âgé de 3 ans, l'autre de 9 ans, ils ont obtenu, après trois mois, non seulement la survie, mais une augmentation de poids de 11 à 19 kilogs chez le premier, de 31 à 47 kilogs chez le deuxième avec disparition de la température, de la toux et de l'expectoration bacillifère. Ces résultats si encourageants les ont incités à essayer systématiquement ce mode de traitement, et bien que le pourcentage ne soit pas aussi bon que dans les formes unilatérales, ils ont obtenu chez un certain nombre d'enfants du service d Hérold, des survies et des améliorations si satisfaisantes qu'ils conseillent de tenter cette intervention dans les formes de tuberculose bilatérale de l'enfant et pourvu que les poumons ne soient pas encore totalement envahis.

M. Gautier (de Genève) rapporte deux cas semblables.

M. Ameuille confirme les bons résultats du pneumothorax bilatéral.

Splénomégalie par pyléthrombose avec phlébite iliaque secondaire. *MM. E. Chabrol* et *H. Bénard* présentent un malade chez lequel ils constatèrent successivement en 1917 une très grosse rate, une hématémèse, une phlébite du membre inférieur gauche. Durant l'évolution de cette phlébite, apparut une ascite qui nécessita à trois reprises la ponction. Depuis lors tout semble stabilisé.

L'ascite n'a jamais reparu ; le foie n'a traduit aucun signe de cirrhose ni d'insuffisance fonctionnelle. Seule l'hypertrophie splénique a persisté tandis que le trouble de la circulation profonde se compensait à la faveur d'un énorme paquet variqueux avec thrill et souffle continu étendu de l'ombilic à la veine saphène droite. Les auteurs soulignent l'intégrité apparente du foie et l'apparition d'une phlébite dans le système cave inférieur au cours de cette pyléthrombose.

M. Hubert se demande s il ne s'agit pas d'un cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten dont il a rapporté deux cas.

Un cas de fièvre ondulante autochtone. Valeur diagnostique et thérapeutique de l'intra-dermo-réaction de Burnet. — *MM. Lemierre, Marchal* et *Jaubert* ont observé chez une jeune femme un cas de fièvre méditerranéenne, probablement consécutif à l'ingestion de fromage de chèvre. Après un début imprécis six ondes fébriles se sont succédé sans que le diagnostic ait été porté. Deux hémocultures avaient été considérées comme négatives. Les auteurs ont pratiqué une troisième hémoculture, laquelle n'a permis d'isoler le germe qu'au bout de dix-sept jours A ce propos, les auteurs rappellent qu'une hémoculture doit être conservée un mois, surtout si l'on soupçonne une fièvre méditerranéenne. La séroagglutination microscopique et macroscopique s'est montrée plus franchement positive avec le micrococcus melitensis qu'avec le bacillus abortus. Mais c'est l intra-dermo-réaction à la mélitine qui affirma immédiatement le diagnostic. Celle-ci provoqua une septième onde fébrile, calquée sur les précédentes et suivie d'une guérison apparente de quarante jours. Après cet intervalle apyrétique d'une durée exceptionnelle, une dernière et très brève recrudescence fébrile fut suivie de la guérison définitive. Les auteurs estiment que l'intra-dermo-réaction de Burnet, indépendamment de sa haute valeur diagnostique, doit exercer une action thérapeutique propre à modifier d'une façon heureuse l'évolution de la maladie.

Ils ont eu l'impression que cette injection de mélitine (filtrat de culture en bouillon âgé de vingt-huit jours) a eu pour effet de renforcer l'immunité au cours d'une maladie, où en

cinq mois s'était affirmée la ténacité désespérante qui caractérise la fièvre méditerranéenne.

M. Laubry, ayant examiné la malade, élimina l'endocardite lente et la forme évolutive rhumatismale et conseilla une étude bactériologique.

Il insiste à ce sujet sur l'intérêt d'un examen clinique très attentif.

M. Weill-Hallé signale avoir observé une petite épidémie familiale de fièvre de Malte chez trois enfants contaminés par du lait de chèvre.

M. Zœller. — A propos d'un cas où l'intra-dermo-réaction était positive, à pratiqué l'hémothérapie. Il persista à la suite pendant quelque temps d'un état subfébrile.

Fièvre ondulante autochotne. Intérêt de la réaction à la mélitine de Burnet. — *MM. Robert Debré, Julien Marie* et *Paul Giroux* rapportent l'observation d'un garçon de onze ans, atteint de mélitoccoccie. Cet enfant qui n'a jamais quitté Paris ingérait chaque jour depuis trois mois un demi-litre de lait de chèvre cru quand les premiers symptômes de l'affection apparurent. La maladie qui évolue depuis plus d'un an, se caractérisait principalement par une splénomégalie palpable, de la fièvre survenant par poussée mais n'ayant réalisé que deux fois un cycle ondulant, les sueurs profuses, des myalgies et des douleurs abdominales. La formule leucocytaire était très modifiée, et présentait une mononucléose intense, constante et encore persistante. Le séro-diagnostic fut positif au 1/100, avec sérum chauffé ; l'hémoculture fut positive, huit mois après le début de l'affection. L'intra-dermo-réaction à la mélitine de Burnet, en plus de sa valeur diagnostique, semble atténuer et espacer les épisodes fébriles.

Mutations dans les hôpitaux. — MM. Herscher et Rivet passent à Lariboisière ; MM. de Massary et Harvier à Beaujon ; MM. Duvoir et Lœderich à Necker ; M. Hallé aux Enfants-Malades ; M. Weill-Hallé à Herold ; MM. Babonneix et Tixier à la Charité ; M. Chabrol à Ivry ; MM. P. Vallery-Radot, P. Weil et Ch. Richet fils, à Bicêtre ; MM. Lian et Brulé, à Tenon ; M. Baudouin à Laënnec ; M. Gougerot à Broca ; M. Faroy à la Salpêtrière ; M. Chiray à La Rochefoucauld ; M. Touraine, aux Ménages.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1927.

Prophylaxie et traitement des accidents pulmonaires post opératoires. — M. Louis *Weiller*. — La méthode consiste à donner deux fois par jour, pendant trois à quatre jours, un lavement de 30 à 50 gouttes de créosote pour un adulte, dose agitée énergiquement dans un verre de lait tiède. Il n'y a aucune contre-indication même en cas de déficience du rein. Un ensemble de cinq cents interventions a montré la valeur de la méthode.

La régénération de la rate. — MM. *Jolly* et *Lieure*. — La régénération de la rate entrevue par certains auteurs chez le chien, le rat, le renard, a été étudiée par les auteurs chez les animaux à sang froid. Elle est possible chez le Triton crêté ; on l'obtient après 4 ou 5 mois dans 15 à 20 % des cas. La régénération se fait toujours au lieu d'élection, au point même où se trouvait la rate enlevée. Elle n'est pas favorisée par la greffe de la rate. Les résultats positifs paraissent correspondre à une vraie régénération et ne semblent pas représenter seulement l'accroissement d'un nodule laissé en place dans une opération incomplète.

Elections. — Sont élus :

M. Quénu, vice-président pour 1928.

M. J. Renault, secrétaire annuel.

MM. Grimbert et Brault, membres du Conseil.

Séance du 27 décembre 1927.

Secret Médical. — M. *Balthazard* donne lecture de son rapport sur le secret médical. Voici ses conclusions :

1° Dans l'état actuel de la loi et de la jurisprudence, le médecin ne saurait violer le secret médical en dehors des cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur (déclaration des maladies évitables et des naissances). L'usage l'autorise à remettre au malade lui-même des certificats des lésions dont il est atteint à la suite d'un accident par exemple, à la condition que le certificat ne renferme rien qui soit secret par nature et rien qui puisse nuire aux intérêts du malade.

1° Il serait désirable que le législateur fit une distinction entre la révélation de secrets faite dans le but de nuire au malade et le témoignage en justice dont l'opportunité serait laissée à la conscience du médecin. Le malade devrait toujours pouvoir délier du secret le médecin qui se garderait de rien dire de nuisible pour le malade.

Ainsi se trouverait confirmée dans la pratique la théorie d'après laquelle le secret médical n'est pas seulement la conséquence d'un contrat entre malade et médecin ; qu'il est d'*ordre public relatif* devant céder le pas devant l'*ordre public supérieur*. Le législateur garde le droit d'obliger le médecin à violer le secret médical quand cet intérêt supérieur l'exige, mais il importe que l'extension de la violation du secret ne soit imposée que dans les cas où l'intérêt général est nettement démontré (déclaration de maladies évitables, de maladies professionnelles, de naissances, etc.)

De l'influence du mode de conservation des surrénales sur leur teneur en adrénaline. — MM. *Mouriquand* et *Leulier*, poursuivant leurs travaux sur l'adrenaline des capsules surrénales, arrivent aux conclusions suivantes :

Le prélèvement tardif des capsules surrénales chez l'animal sacrifié montre que ces capsules s'appauvrissent progressivement de leur adrenaline, du fait de la cadavérisation. Cet appauvrissement est moindre, mais encore très net, lorsque les surrénales sont conservées à l'air sec.

Les surrénales prolongées dans l'eau chloroformée se vident progressivement de leur adrénaline.

Seule la dessication dons l'air sec et le vide associés permet l'enrichissement de la surrénale en adrénaline par transformation progressive de l'adrénaline virtuelle en adrénaline libre.

De la prophylaxie de quelques accidents des voies digestives et aériennes snpérieures en particulier chez les jeunes enfants. — M. *Jean Guisez*. La broncho-œsophagoscopie à certainement fait faire un grand progrès à la thérapeutique des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes supérieures puisque dans la statistique de l'auteur, qui porte sur 350 cas le nombre des échecs est devenu nul dans ces dix dernières années, et la mortalité, toujours due à des complications préexistantes, atteint à peine 2 p. 100.

Mais la plupart de ces accidents sont facilement évitables.

a. Chez l'adulte, la majeure partie de ces corps étrangers est constituée par des pièces dentaires avalées pendant le sommeil ou qui se brisent pendant la mastication. Les petits os, les arrêtes se fixent dans l'œsophage parceque beaucoup de gens avalent gloutonnement sans mastiquer les aliments.

b) Chez l'enfant, la prophylaxie est plus difficile, celui-ci porte à sa bouche tout ce qui est à sa portée et souvent à l'insu de son entourage, de là le nombre élevé de corps étrangers latents de l'œsophage et des bronches, révélés par hasard par une exploration aux Rayons X qu'on doit faire chaque fois qu'il y a doute. L'anche de trompette chez l'enfant de trois à dix ans, et, chez le nourrisson, l'épingle de sûreté sont les corps étrangers les plus fréquents.

Les sténoses cicatricielles de l'œsophage sont dues presque toujours à la déglutition de lessive de soude mise dans des bouteilles de vin, ce qui serait facile à éviter.

De même, dans les jours qui suivent l'accident on éviterait certainement les sténoses graves en introduisant avec précaution une sonde molle en caoutchouc souple qui, laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, empêche dans une certaine mesure la rétraction cicatricielle.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène Hospitalière, par Louis MARTIN et R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. 2e édition, 1 vol. gr. in-8, 416 pages, 124 figures : 40 fr. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les auteurs ont eu pour but de renseigner les médecins et les hygiénistes sur les principes généraux qui doivent diriger la construction, l'aménagement et l'entretien de l'hôpital moderne.

Après un tableau d'ensemble de l'hôpital, ils reprennent en détail les services spéciaux, les annexes, les dépendances et tout ce qui doit concourir au bien-être du malade.

Ils étudient ensuite les besoins, les nécessités des hôpitaux spéciaux et en particulier des hôpitaux pour les maladies contagieuses. De même, la question d'établissement ou d'agrandissement des hospices de vieillards, et aussi des asiles d'aliénés.

Les œuvres antituberculeuses sont étudiées en détail.

L'ouvrage se termine par un exposé sur le rôle du personnel et les garanties morales et professionnelles qu'il doit présenter.

Les auteurs espèrent montrer dans cette 2e édition le bien accompli, les progrès réalisés, tout en indiquant les réformes indispensables qui doivent faire de l'hospitalisation une œuvre saine.

Maladie du Cerveau, par les Drs LÉRI, KLIPPEL, SÉRIEUX, MIGNOT et N. PÉRON. Un volume gr. in 8 356 pages, 65 figures : 50 fr. Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

On trouvera dans ce nouveau fascicule du *Traité de médecine*, un exposé complet et clair de la pathologie du cerveau. Le Dr André Léri s'est chargé de développer les chapitres : *Commotion cérébrale, Hémorrhagie cérébrale, Ramollissement cérébral.* Chacune de ces affections a été traitée au point de vue étiologie, diagnostic et traitement.

Le Dr Klippel a rédigé dans le même esprit les articles : *Syphilis cérébrale, Tumeurs cérébrales et Abcès cérébral.* Le volume se termine par une étude sur la *Paralysie générale*, que les Drs Sérieux, Mignot et Péron, ont exposée avec soin.

Cet ouvrage réalise dans son ensemble, et par une collaboration étroite des auteurs, un traité complet sur ces questions de pathologie nerveuse qui intéressent les médecins, spécialisés ou non.

Atlas de cinquante aquarelles urinaires dessinées par REIGNIER et extraites des huit séries de travaux annuels de l'hôpital d'urologie. Pièces opératoires du docteur F. CATHELIN, chirurgien en chef. — En vente à la direction de l'hôpital d'urologie, 156 *bis*, avenue de Suffren, Paris (XVe) (1927). Prix : 100 francs net.

Le docteur F. Cathelin a réuni sous forme d'atlas cinquante aquarelles urinaires, la plupart rénales, toutes dessinées aussitôt après les différentes interventions par le grand artiste Reignier, et qui ont été publiées dans les huit séries des *Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire* parues de 1919 à 1926, que la *Médecine internationale* a du reste chaque fois analysées.

Ces aquarelles, d'un fini d'exécution parfait, sont les plus belles parmi les plus belles aquarelles médicales parues jusqu'à ce jour. On ne peut pas faire mieux, et tous ceux qui les posséderont auront à portée de leur main des documents irréfutables, la possibilité de voir des lésions les plus habituelles urinaires.

Cet atlas contient 32 aquarelles de tuberculose ou de cancérose rénale, 16 de chaque ; 10 autres concernant l'hydronéphrose ; puis viennent 5 planches vésico-prostatiques ; enfin 3 représentent une pachyvaginalite hémorragique, une maladie kystique de l'épididyme et un cancer de la verge.

L'école romantique française : *Les doctrines et les hommes*, par Jean GIRAUD. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel, Paris). Broché : 9 fr.

M. Jean Giraud a été le premier à éditer et à annoter comme des classiques Alfred de Musset et Alfred de Vigny. Depuis vingt ans, il a poursuivi de patientes et fructueuses recherches sur Victor Hugo et Lamartine, il paraissait désigné pour retracer la vie de la « belle Ecole » comme l'appelait Sainte-Beuve.

Des biographies vivantes et scrupuleusement informées, des études pénétrantes sur les hommes et les œuvres, des citations judicieusement choisies, des aperçus personnels permettront de mieux connaître l'Ecole de 1830.

Les lettrés eux-mêmes trouveront du nouveau, de l'inédit dans ce volume, écrit d'une plume alerte et fine par un admirateur convaincu et clairvoyant du romantisme.

Sur l'administration intra-veineuse d'un nouveau sel soluble de bismuth l'oxydiethylo dicarboxy-isobutyrate de bismuth (soluthanol). — Dans une communication faite à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 10 novembre 1927, MM. Jausion et Pecker, après avoir brièvement rappelé la querelle sur les solubles et les insolubles, rapportent les essais expérimentaux faits à Alfort par le Professeur Panisset avec le sel bismutique qu'ils présentent. Très maniable ce composé a pu être administré à l'homme en séries intraveineuses. La tolérance est parfaite à 2,5 cgr. et 4 cgr. de Bi-métal par injection.

16 syphilitiques seulement ont été traités jusqu'à ce jour, qui ont été profondément modifiés par une seule série de 20 injections : épidermisation tégumentaire, amélioration des lésions viscérales (aortite), réduction sérologique, tels ont été les résultats constatés.

Cette brève étude est à parfaire, mais le médicament signalé paraît d'autant plus intéressant qu'il peut être associé dans la même seringue à la plupart des arsenicaux en usage, et tout spécialement au novarsénobenzol.

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

D'Aix-les-Bains-Mont-Revard à Nice, en car limousine P. L. M.

L'excursion à la mode en cette saison est celle de la Route d'hiver des Alpes que les cars limousines P. L. M. parcourent d'Aix-les-Bains-Mont-Revard à Nice, par St-Pierre-de-Chartreuse, le Col de Porte (1.354 m.), Grenoble, le Col de Lus la Croix Haute (1.166 m.) et Digne.

Le voyage se fait en trois étapes d'une journée chacune.

Les departs d'Aix-les Bains ont lieu les dimanches, mercredi et vendredi du 25 décembre au 31 janvier, tous les jours, du 1re février au 31 mai.

De Nice, les voitures partent les dimanches, mardi et jeudi du 22 décembre au 31 janvier ; tous les jours, du 1er fevrier au 31 mai.

Confortablement installé dans des cars limousines chauffés, le touriste peut admirer à son aise toutes les beautés de la montagne en hiver

Le Gérant : *A. ROUZAUD.*

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre du Commerce : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 2. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 14 JANVIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 4 janvier. — M. Lagasquie. Etude sur les circulaires du cordon ombilical. — M. Fellous. Vaccinothérapie dans la blennorragie.

5 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. Elizé. Recherches sur les toxines du lait des animaux tuberculeux. — M. Fleuret. Manuel opératoire du javart cartilagineux.

7 janvier. — M. Delletier. Résultats des résections dans l'ulcère de la petite courbure. — M. Pérès. L'occlusion intestinale après la kélotomie. — M. Lougnon. Etude des complications oculaires d'origine dentaire.

11 janvier. — M. Girard. Sur un cas de phlegmon dans la partie droite du gros intestin. — M. Lanel. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

12 janvier. — M. Daniel. L'exploration radiologique du temporal. — M. Chauveau. Les algues marines en thérapeutique — M. Baron. Etude sur la bactériologie des cystites.

Guerre. — *Section technique du Service de santé.* — Sont nommés membres externes de la section technique : MM. les médecins principaux Jeandidier, Pasteur, Morisson.

MM. les médecins-majors Sciaux, Bellot, Schneider, Col, Anglade, Pilod, Bolotte, Clavelin et Chaumet.

Internat de Brévannes. — Sont nommés :

Internes à Ste-Périne et Chardon-Lagache : Mlles Wess et Develay ; à Brévannes : Mlle Fayot, MM. Bachman, Choffé, Boyer et Vinceneux.

Mutations dans le personnel médical des hôpitaux à la date du 25 décembre 1928. — I. *Médecins* (7 vacances) : 1° Beaujon, en remplacement du professeur Carnot, nommé professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr de Massary, de Lariboisière ; à Lariboisière, M. le Dr Herscher, de Tenon ; à Tenon (service Herscher), M. le Dr Lian, de Tenon (mutation intérieure) ; à Tenon (service Lian), M. le Dr Brulé, de la Salpêtrière ; à la Salpêtrière, M. le Dr Faroy, titularisé.

2° à Necker (Dr Ribierre, décédé), M. le Dr Duvoir, titularisé.

3° à Ivry (Dr Foix, décédé), M. le Dr Chabrol, d'Ivry (tuberculeux) ; à Ivry (Service de tuberculeux), M. le Dr René Menard, titularisé.

4° Aux Enfants-Malades (Dr Méry, décédé), M. le Dr Halle, de Necker ; à Necker, M. le Dr Lædebich, de la Charité ; à la Charité, M. le Dr Tixier, de Broca ; à Broca, M. le Dr Gougerot, de Bicêtre ; à Bicêtre, M. le Dr Weil (Mathieu-Pierre), titularisé.

5° à Hérold (Dr Lesage, limite d'âge), M. le Dr Weill-Halle, de la Charité ; à la Charité (Service Weill-Hallé), M. le Dr Babonneix, de la Charité (mutation intérieure) ; à la Charité (tuberculeux), M. le Dr Tinel, titularisé.

6° à Lariboisière (Dr Macaigne, limite d'âge), M. le Dr Rivet de Laënnec ; à Laënnec, M. le Dr Baudouin, de la Rochefoucauld ; à la Rochefoucauld, M. le Dr Chiray, des Ménages ; aux Ménages, M. le Dr Touraine, titularisé.

7° A Beaujon (Dr Lafitte, limite d'âge), M. le Dr Harvier, de Bicêtre ; à Bicêtre, M. le Dr Vallery-Radot, de Bicêtre (tuberculeux) ; à Bicêtre (tuberculeux), M. le Dr Charles Richet, titularisé.

II. *Chirurgiens* (1 vacance). — A Beaujon (Dr Souligoux, limite d'âge), M. le Dr Proust, de Tenon ; à Tenon, M. le Dr Gernez, de Broussais ; à Broussais, M. le Dr Roux-Berger, d'Ivry ; à Ivry, M. le Dr Okinczyc, titularisé.

III. *Aliénistes* (1 vacance) : Hospice de Bicêtre (Dr Roubinovitch, limite d'âge), M. le Dr Camus, médecin adjoint titularisé.

IV. *Stomatologistes* (2 vacances) : 1° Hôtel-Dieu (Dr Sauvez, décédé), M. le Dr Beliard de Laënnec ; à Laënnec, M. le Dr Darcissac, titularisé.

2° A la Salpêtrière (centre de prothèse créé), M. le Dr Guilly, de Vaugirard ; à Vaugirard, M. le Dr L'Hirondel, titularisé.

V. *Electro-radiologistes* (2 vacances) : 1° à la Maison de Santé (Dr Bouchacourt, limite d'âge), M. le Dr Charlier, titularisé ; 2° à la Charité (Dr Turchini, limite d'âge), M. le Dr Ronneaux, de Boucicaut ; à Boucicaut, M. le Dr Guilbert, titularisé.

Hôpitaux de Tunis. — A la suite des concours qui ont eu lieu à la Faculté de médecine de Paris : M. le Dr Cherouvrier a été nommé oto-rhino laryngologiste de l'hôpital civil français ; Mme le Dr Reymond de Gentile et le Dr Cohen-Boulakia ont été nommés ophtolmologistes des hôpitaux de Tunis.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Pelous, professeur suppléant d'histoire naturelle, est prorogé pour une durée de trois ans dans ses fonctions.

M. Foucaud est nommée préparateur de bactériologie et d'hygiène.

Légion d'honneur. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve). — *Est élevé à la dignité de grand'croix.* — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales A. Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur. — M. le médecin principal Cunéo (G. M. P.).

Au grade d'officier. — MM. Janin (2e corps), Trémolières (G. M. P.), Theulet-Luzie (13e corps), Gabriault (9e corps), Abadie (18e corps), Gallet (14e corps), Rathery (G. M. P.), Mendelssohn (16e corps).

Troupes coloniales, MM. Hermant et Gauducheau.

Concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison Départementale de Nanterre et à des places éventuelles d'interne provisoire. — Le 16 février 1928, s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison Départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant du 16 mars 1928 au 15 mars 1929 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à sept. Il s'augmentera du nombre des vacances qui pourront se produire dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu'au jour du concours.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture da Police (sous-direction du personnel). Il sera clos le 28 janvier 1928, à 16 heures.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — (Hôpital Saint-Antoine. Service du Dr Bensaude.) — Maladies de l'intestin. (Une semaine de cours et de travaux pratiques.) Du 6 au 11 février 1928, le Dr Raoul Bensaude, assisté de M. André Cain, médecin des hôpitaux ; Pierre Oury, Hillemand, Raghet, Lelong, Lambling, Meyer, Marchand, Terrial et Baraduc, fera dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Programme. — Lundi 6 février, à 10 heures : M. Bensaude :

Diagnostic et traitement des entérocolites avec constipation. — Mardi 7 février, à 10 heures. M. Bensaude : Diagnostic et traitement des entérocolites avec diarrhée. — Mercredi 8 février, à 10 heures : M. Cain . Diagnostic et traitement des dysenteries. Jeudi 9 février, à 10 heures. M. Bensaude : Diagnostic et traitement du cancer du rectum. — Vendredi 10 février, à 10 heures. M. Oury : Diagnostic et traitement des rectocolites. — Samedi 11 février, à 10 heures : M. Lelong : Diagnostic et traitement des syndromes coliques chez l'enfant. — Lundi 6 février, à 2 h. 30. M. Cain : Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Mardi 7 février, à 3 h. 30 : M. Hillemand : Diagnostic et traitement du cancer du côlon. — Mercredi 8 février, a 2 h. 30 : Diagnostic et traitement des hémorrhoïdes. Jeudi 9 février, à 2 h. 30. M. Hillemand : Diagnostic et traitement du mégacôlon. — Vendredi 10 février, à 2 h. 30 M. Bachet : Diagnostic et traitement du rétrécissement du rectum. — Samedi 11 février, à 2 h. 30 : M. Baraduc : Le traitement hydrominéral des affections intestinales.

Travaux pratiques : Lundi 6 février, à 11 heures : MM. Bensaude et Oury : Les traitements physiques de la constipation. — Mardi 7 février, à 11 heures : M. Bensaude : Rectoscopie. — Mercredi 8 février, à 11 heures : MM. Cain et Oury : Présentation de malades. — Jeudi 9 février. à 11 heures : M. Bensaude : Rectoscopie. — Vendredi 10 février, à 11 heures : M. Marchand : Examen radiologique. Lavement opaque. — Samedi 11 février, à 11 heures. M Bensaude : Rectoscopie. — Lundi 6 février, à 3 h. 30. M. Terrial : Examen chimique des fèces. — Mardi 7 février, à 2 h. 30. M. Marchand : Examen radiologique. Repas opaque. — Mercredi 8 février, à 3 h. 30 ; M. Terrial : Examen parasitologique des fèces. — Jeudi 9 février, à 3 h. 30. MM. Meyer et Marchand : Electrothérapie. Courants continus. Rayons ultra-violets et infra-rouges. — Vendredi 10 février, à 3 h. 30. MM. Meyer et Marchand : Diathermie et haute fréquence. — Samedi 11 février, à 3 h. 30. M. Cain : Biopsie rectale. Mode de préparation. Interprétation des coupes.

Les conférences sont gratuites, Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 francs. et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du Dr Oury, hôpital Saint-Antoine (Service du Dr Bensaude.) Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Hôpital Boucicaut. service de M. le Dr F. Trémolières. A partir du 5 janvier 1928, M. le Dr Trémolières fera. tous les jeudis, à 11 heures, une *conférence de séméiologie* avec la collaboration de MM. les Drs Ch. Mayer, H.-R. Olivier. Paul Renaul et Marcel Thomas, anciens internes des hôpitaux, de M. le Dr A. Tardieu. assistant et de MM. R. Nativelle et A. Salmon, anciens internes du Service.

Lyon. — La leçon inaugurale de M. le professeur J. Froment, leçon à laquelle assistait M. le Dr Babinski, a eu lieu le lundi 9 janvier, à 2 heures à la Faculté de médecine.

Le professeur J. Froment qui fut dans son service de l'Hôtel-Dieu victime de l'attentat que l'on sait, succède à M. le professeur Collet, dans la chaire de pathologie interne. Le sujet de cette leçon inaugurale était :

« L'homme debout — La régulation de la statique — Ses troubles. »

M. le Dr Babinski, membre de l'Académie de médecine, a fait, le mardi 10 janvier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon une conférence clinique ayant pour titre : « Documents et considérations anatomo-cliniques se rapportant aux affections de l'appareil cérébelleux ». Des films cinématographiques et des coupes histologiques furent projetés au cours de cette conférence.

— M. le Dr Frappaz a été nommé président du syndicat des médecins du Rhône, au cours de la dernière assemblée générale du syndicat.

Une piqûre de mouche charbonneuse survenant au cours du travail doit être assimilée à un accident du travail. — Un journal er des Ponts et chaussées de Montpellier, succomba, en mars dernier, à la suite d'une piqûre de mouche charbonneuse survenue au cours de son travail.

Sa veuve, en son nom et au nom de sa fille mineure, avait intenté une action à l'Etat, en dommages-intérêts, devant le tribunal civil. Déboutée en première instance, la veuve porta l'affaire devant la Cour d'appel de Montpellier. Réformant le jugement, la Cour a déclaré que l'affection qui a causé la mort doit être assimilée à un accident du travail. et elle a condamné, en conséquence, l'Etat à payer à la veuve, une rente viagère de 872 francs, et à sa fille. une rente de 654 francs, jusqu'à l'âge de 16 ans. (*Journal des Débats*.)

IXe Salon des Médecins. — Il s'ouvrira du dimanche 22 au 30 avril prochain inclus, comme à l'accoutumée, au Cercle de la librairie 117, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur M. le Dr Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.



Le repos des femmes en couches. — Le *Journal Officiel* vient de publier la loi portant modification de l'article 20 du livre premier du Code du travail et de la prévoyance sociale concernant le repos des femmes en couches.

En voici le texte :

« La suspension du travail par la femme pendant douze semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture par l'employeur, du contrat de louage de services, et ce, à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra avertir l'employeur du motif de son absence.

« Au cas où l'absence de la femme, à la suite d'une maladie, attestée par certificat médical comme résultant de la grossesse ou des couches, mettant l'intéressée dans l'incapacité de reprendre son travail, se prolongerait au-delà du terme fixé à l'alinéa précédent, sans excéder quinze semaines, l'employeur ne pourra donner congé pendant cette absence.

« Toute convention contraire est nulle de plein droit.

« L'assistance judiciaire sera de droit pour la femme devant la juridiction du premier degré. »

Les produits pharmaceutiques vétérinaires spécialisés ne sont plus soumis à l'impôt. — La dixième Chambre correctionnelle vient de rendre un jugement dans une poursuite dont elle avait été saisie à la requête de l'administration des contributions indirectes.

Une loi du 10 décembre 1916, modifiée par une loi du 4 avril 1926, frappe d'un impôt les spécialités pharmaceutiques dont les fabricants recommandent l'emploi par le moyen d'une publicité réalisée par voie d'affiches, de circulaires ou d'annonces dans les journaux. Seules bénéficiaires d'une immunité fiscale les spécialités pour lesquelles la publicité était limitée aux organes corporatifs des médecins et des pharmaciens.

L'administration des contributions indirectes voulait soumettre à l'impôt, non seulement les spécialités pharmaceutiques, mais encore les produits vétérinaires. Le tribunal faisant droit aux conclusions de Me Eugène Lamour, a décidé, en s'appuyant sur une ordonnance royale du 25 avril 1777, que seules peuvent être considérées comme spécialités les compositions « entrant au corps humain. »

Nécrologie. — Dr Joseph MENDEL. — Dr ISRAEL DE JONG. — Dr VOYER, de Machecoul. — Dr Emile-Edmund DÉFOSSEZ, d'Anzin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le régime hypoazoté

Par MM. Ch. RICHET, fils
Prof. agrégé, médecin des hôpitaux
et DUBLINEAU.

L'importance de la notion d'azotémie explique l'importance qu'a ou plutôt que devrait avoir le régime hypoazoté.

Certes, avant les travaux de M. Widal et de son Ecole, on savait déjà qu'une alimentation trop riche en viande avait, chez les brightiques, des conséquences graves. Quand la notion d'azotémie devint classique, on comprit mieux encore l'importance du régime. Pourtant, il ne parut qu'assez peu de travaux sur ce sujet, et surtout peu d'observations. Ce fait tient, croyons-nous, aux différences d'opinions sur le besoin minimum de l'organisme en albumines. De plus, les résultats que l'on obtient sont difficiles à interpréter et, pour être concluants, exigent une étude clinique prolongée.

Achard et Paisseau (1) ont eu le grand mérite d'indiquer les grandes lignes du régime. Castaigne, puis Brault le reprennent. Castaigne distingue trois régimes hypoazotés (2) : la diète hydrique, la cure de raisins, le régime hypoazoté proprement dit, à base de pommes de terre, de légumes verts et de riz, avec un peu de viande une fois par semaine.

M. Marcel Labbé, dans son Traité des régimes, insiste sur la valeur de l'alimentation hypoazotée, et cite l'observation d'une néphrétique qui faisait des accidents menaçants dès que le taux de la ration protéique dépassait un chiffre déterminé.

L'un de nous, avec Monceaux, fut amené par ses études sur l'azoturie basale à formuler divers régimes hypoazotés. Dans un article récent, M. Rathery a repris la question (3).

Le régime hypoazoté ne paraît pas avoir connu à ce jour la fortune du régime déchloruré, introduit en clinique par MM. Widal, Javal et Lemierre, après les recherches de Charles Richet et Toulouse. Des règles précises ne nous semblent pas avoir été formulées touchant les besoins des malades en calories et en matières protéiques.

Ce sont ces règles que nous croyons utile (4) de préciser, revenant à dessein snr les principes que, dans divers articles, l'un de nous a déjà formulées.

Rappelons la notion de la quantité d'albumine nécessaire chez un adulte bien portant (5).

La consommation *habituelle* est de 1 g. 40 par kilog. et par jour ; la consommation *optimale* est de 1 gr. (moyenne des divers auteurs).

La consommation *minimale théorique* est de 0 gr. 30 (chiffres de divers auteurs, et de l'un de nous, en collaboration avec Le Noir et Sarle (1) la consommation *minimale pratique* est de 0 gr. 60 à 0 gr. 70.

Chez *l'enfant* de 12 ans, d'après une étude que nous avons faite, les chiffres nous paraissent être les suivants. La consommation optimale par kilo est de 3 gr., la consommation habituelle, de 2 gr. 50. La consommation minimale théorique a été fixée par Lesné et l'un de nous à 0 gr. 50. La consommation minimale pratique n'a pas été fixée. Nous l'évaluons à 1 gr. ou 1 gr. 50.

Tous ces chiffres ont trait à l'adulte ou à l'enfant bien portant. Aucun travail, à notre connaissance, n'indique les besoins protéiques du *vieillard*. Il est certain que ses besoins sont moindres que ceux de l'adulte.

Rappelons d'autre part que la *ration calorique* d'un adulte sédentaire doit être de 2500 calories. Le chiffre de 2.200 nous paraît suffisant chez le vieillard, dont les échanges sont ralentis, à condition qu'il ne se livre à aucun travail.

Cette notion de calories est indispensable à préciser dans le régime hypoazoté, car si le sujet n'a pas suffisamment de calories dans son alimentation, il est obligé de les prendre sur son propre fond, d'où autophagie, et combustion protéique plus intense. C'est l'inconvénient du régime hydrique, de la cure de raisins ou du régime exclusivement fruitarien, qui, à certaines périodes de la maladie, rendent de grands services, mais qui ne fournissent qu'une quantité de calories nulle ou insuffisante.

Nous avons précisé par ailleurs les menus de ce régime et avons indiqué quel devait être le régime hypoazoté strict ou mitigé.

Le régime strict comprend fruits, sucres, confitures, beurre, soupe au tapioca, pain désazoté et déchloruré Heudebert *ad libitum*, avec 100 gr. de pommes de terre, 100 gr. de carottes et 100 gr. de crème fraîche, genre Isigny.

Ce régime ne fournit que 10 gr. de matières protéiques, soit environ 0 gr. 15 par kg. Cette ration protéique est absolument insuffisante pour un adulte. C'est donc là un régime d'exception. Nous l'avons prolongé huit jours. (L'un de nous s'est même mis à un régime plus strict sans aucun inconvénient). Mais nous n'avons jamais voulu le prolonger davantage.

Le régime hypoazoté mitigé est déjà plus large. Il apporte de 15 à 35 gr. de matières protéiques, soit 0 gr. 20 à 0 gr. 45 par kgr. On ajoutera :

Les choux-fleurs, les choux, les topinambours, les haricots verts, le riz, les pâtes à petites doses.

On augmentera la ration de pommes de terre, en diminuant le sucre.

On permettra deux ou trois fois par semaine 75 gr. de poisson ou de viande.

A notre avis, ce régime apportant 0 gr. 4 par kilo, insuffisant pour des sujets normaux, menant une existence normale travail, vie génitale, etc.), est suffisant chez des gens âgés dont la vie est plus calme ; chez ces derniers, il peut être prolongé plusieurs mois sans inconvénients.

On peut très aisément augmenter la ration azotée. Il suffit de permettre 100 gr. de viande quatre fois par semaine. Le régime devient alors toujours suffisant et peut être prolongé des années (0 gr. 55 ou 0 gr. 60 par kg.). On le coupera au besoin avec des *journées fruitariennes*. Ces dernières associées à la purgation et au repos au lit, constituent une compensation heureuse à un régime peu sévère.

---

(1) ACHARD et PAISSEAU. — Action comparative du régime carné et du régime amylacé sur la rétention des chlorures et de l'urée. (*Tribune médicale*, 25 juillet 1904). — PAISSEAU. — Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade. (Th. de Paris, 1906.)

(2) CASTAIGNE. — Maladies des reins. (Poinat, 1912.)

(3) RATHERY. — Les cures de régime dans les néphrites. (*Presse thermale et climatique*, 1er mai 1927.)

(4) Ch. RICHET fils et MONCEAUX. — Les régimes hypoazotés. (*Presse médicale* n° 55. 10 juillet 1926). — Ch. RICHET fils. — Traitement des néphrites azotémiques et hypertensives. (*La médecine*, n° 7 *bis*, avril 1927.)

(5) Ch. RICHET fils. — Actualités physiologiques, (Baillière éditeur Paris, 1928.)

(1) LE NOIR, Ch. RICHET fils et SARLE. — L'azoturie et l'azotémie basale chez l'homme adulte normal. (Soc. de biologie, 12 juin 1926.)

Les aliments à proscrire nous paraissent être les suivants : le lait (37 gr. de protéines par litre), les œufs, les fromages, les légumineuses (pois lentilles, fèves). Si on les tolère, ce sera en petite quantité, à la place du poisson ou de la viande. La même observation s'applique à certains fruits (noix, marrons, amandes), riches en protéiques, mais qui d'autre part, sont doués d'un pouvoir calorique important.

De ce qui précède, deux notions se dégagent : d'une part la nécessité, quand on formulera un régime hypoazoté, de toujours avoir en vue la valeur calorique des aliments que l'on prescrira, de façon à fournir au sujet, une ration calorique suffisante, en rapport avec son âge et son activité.

D'autre part, on voit que parmi les substances albuminoïdes, nous ne proscrivons pas de façon stricte les protéines animales. Elles ont en effet une valeur biologique supérieure à celle des protéines végétales, rien ne nous permet de dire qu'elles sont plus toxiques et elles flattent davantage le goût.

Indications et contre-indications.

Le régime hypo-azoté est un *régime d'exception*, un régime de malades. Certes, chez les gens âgés normaux, il est possible de prescrire un régime mitigé, apportant par exemple 40 à 50 centigrammes de protéines par kilo. Mais la vieillesse, phénomène physiologique, est déjà un phénomène pathologique.

Par contre ce régime est justement *contre-indiqué* chez les enfants, adolescents, adultes normaux.

Il l'est encore plus chez les tuberculeux, les anémiques, les convalescents, les arthritiques, chez lesquels au contraire le régime hyper-azoté est spécialement à recommander.

La vraie indication du régime hypoazoté me paraît être l'*hyperazotémie*, même légère.

Les artério-scléreux, les hypertendus, qui si souvent font de petites poussées d'azotémie (qu'un seul dosage d'urée sanguine n'arrive souvent pas à démontrer) sont justiciables de ce régime que nous appliquons de façon systématique.

Nous n'avons par contre eu aucun résultat favorable dans les néphrites hydropigènes, chlorurémiques.

Nous avons obtenu de grosses améliorations en l'utilisant dans des cas de prurigo infantile et nous étudions l'influence de ce régime dans d'autres dermatoses.

L'un de nous se propose d'étudier dans le service de M. Laignel-Lavastine, et sous sa direction (1) les résultats obtenus chez les épileptiques (2).

Voici quelques cas que l'un de nous a observés.

Gisèle, 4 ans, fait une néphrite hémorragique secondaire à une angine gangréneuse survenue dans le décours d'une scarlatine. Son état général est médiocre. T.A. 17-8 1/2. Azotémie : 0.97. Albuminurie : 1 gr. Je l'alimente avec un régime comprenant 1.250 calories et 19 gr. de protéine par jour. En trois semaines, l'azotémie tombe à 0.54 avec encore traces d'albumine. Sa tension n'est plus que de 11-8.

Albert P.., 7 ans, entré pour néphrite aiguë secondaire à une rhinopharyngite. Il a des traces d'albumine seulement. Mais son àzotémie est de 0.81, sa T.A. de 15 gr. Je lui donne une ration quotidienne de 12 gr. de protéine avec 1.700 calories. En 15 jours, le régime hypoazoté fait baisser son azotémie à 0.70, puis à 0.67. Sa tension artérielle tombe à 12-8, puis à 9-6. Son état général devient meilleur.

Roger, 8 ans, entre pour syndrome cardio-rénal grave avec œdème aigu du poumon ayant exigé une saignée d'urgence. Sa tension est de 16-13. Son azotémie, de 1 gr. 50, son albuminurie importante. Le malade s'améliore sous l'influence du traitement habituel, mais incomplètement. Je le mets au régime hypo-azoté, (1.500 calories et 11 gr. 3 de protéine par jour en moyenne). L'azotémie ne diminue guère. Mais l'albumine disparaît, la T.A. baisse, (chiffres perdus) l'état général devient excellent.

Chez ces différents malades, le régime était hypoazoté et déchloruré. La ration calorique était suffisamment abondante. L'alimentation était constituée par du pain désazoté et déchloruré, du beurre, des confitures et des pommes de terre.

J'ai observé avec M. Le Noir et dans son service, il y a quelques années, un malade dont je n'ai pu retrouver l'observation, mais que je me rappelle fort bien. Il s'agissait d'un homme de 55 ans, gros hypertendu, azotémique, entré pour œdème aigu du poumon, et saigné d'urgence. Je le mets au régime déchloruré et hypoazoté strict (environ 2.000 calories et moins de 10 gr. de protéines). Il s'améliores progressivement. Remis au régime lacto-végétarien, ce malade fait une rechute. Il s'améliore à nouveau avec le régime désazoté. Ce malade a été perdu de vue.

Je suis, depuis deux ou trois ans, trois sujets de 60 à 70 ans, dont les observations sont calquées l'une sur l'autre hypertendus, artério-scléreux, petits azotémiques. Je les ai mis au régime hypo-azoté (environ 40 gr. à 45 gr. de protéines par jour avec une ration de l'ordre de 2.000 à 2.500 calories). L'un d'eux, las du régime, fait des excès alimentaires. Il les fait sous forme d'une crise hypertensive dont le régime strict le tire à nouveau. Le second abandonne le régime au bout de 8 mois, quelques semaines après, il fait un ictus avec hémiplégie, et, à part une légère défaillance, il se maintient depuis un an dans un état satisfaisant.

Le troisième a très facilement suivi son régime ; il est à l'heure actuelle en meilleur état qu'il y a deux ans (1).

Plusieurs points nous paraissent intéressants à relever dans l'étude du régime hypo-azoté.

Le régime hypo-azoté permet de donner une ration calorique suffisante à des sujets brightiques ; ils ne maigrissent pas, sauf, au début, ne se cachectisent pas. Si ce régime n'est pas caloriquement suffisant, ce n'est plus le régime hypoazoté. Chaque azotémique nous paraît avoir une dose de tolérance pour les matières protéiques. Si on dépasse cette dose, des accidents apparaissent (comme l'a remarqué Marcel Labbé.)

Ce fait nous paraît tout à fait comparable — *mutatis mutandis* — à la dose limite d'hydrates de carbone que peuvent ingérer certains diabétiques sans présenter de glycosurie, et qu'il convient de ne pas dépasser.

Que chez le sujet insuffisant rénal comme chez le sujet

(1) Les résultats ainsi que les observations sont intégralement publiés dans la Thèse de l'un de nous.

(2) M. Hartenberg a signalé que le régime hypo-azoté, loin d'améliorer les épileptiques, leur était contraire. (Urée sanguine, constante d'Ambard et régime hypo-azoté chez les épileptiques, (Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles 1924), *Id.* Evolution médico-chirurgicale, juin 1925). Malheureusement, nous n'avons vu indiquer ni la quantité de matières protéiques prescrites ni la ration calorique fournie à ces malades. Nous observons en ce moment un épileptique très amélioré par ce régime.

(1) Dans un ordre de faits tout à fait différents, nous avons observé deux enfants de 6 et 8 ans, atteints de prurigo, L'un et l'autre présentaient une azotémie légère de 0.60 et 0.80, sans hypertension ni autre signe d'insuffisance rénale. Nous leur donnons une ration de 1.200 caloris environ avec 810 grammes de protéines ; azotémie et prurigo disparaissent en quelques jours. Il est rare d'observer une disparition aussi rapide du prurigo.

normal, le régime hypo-azoté diminue l'azotémie, le fait est évident. Mais, en plus, ce régime nous a toujours paru diminuer l'hypertension (nous soulignons l'intérêt de ce fait). L'albuminurie diminue ou dispaaît. L'état général s'améliore. Par contre il n'a aucune action sur la résorption des œdèmes.

En résumé, le régime hypo-azoté, conséquence directe des travaux de Widal sur l'hyperazotémie des brightiques, déjà étudié par Achard et Paisseau, Marcel Labbé, Rathery, Monceaux et l'un de nous, nous paraît être le régime de choix des azotémiques. il est aussi indiqué chez ces malades, les artérioscléreux et les hypertendus, que le régime déchloruré chez les œdémateux, le régime anticholestérinique chez les lithiasiques, la restriction de nucléines choz les goutteux, ou celle des hydrates de carbone chez les diabétiques.

Tuberculose pulmonaire et état puerpéral

Par Marcel METZGER,
Professeur agrégé à la Faculté,
Accoucheur de la maternité de Tenon.

L'état puerpéral est néfaste pour les femmes tuberculeuses.

Soyez persuadés de l'exactitude de cet aphorisme et ne vous basez pas sur les cas exceptionnels où une tuberculeuse a pu supporter une grossesse, ou même a pu être améliorée.

Si l'avis des auteurs diffère, cela tient à plusieurs causes : les médecins phtisiologues basent souvent leur opinion sur un trop petit nombre de cas ; les accoucheurs n'analysent pas toujours avec précision les différents cas qu'ils ont observés.

Bar, qui s'est vraiment passionné pour cette question et a suivi des centaines de tuberculeuses enceintes, a bien classé les diverses formes.

A. Un groupe de malades supportent, en général, assez bien la grossesse : ce sont les *sous-tuberculeuses*, les prédisposées qui n'ont pas de lésions pulmonaires manifestes, celles chez qui l'on trouve une ancienne coxalgie, des ganglions tuberculeux de l'enfance, etc. ; elles ont un état général médiocre, elles sont maigres, mais ne maigrissent pas : le début de la grossesse les fatiguent plus qu'une femme normale, mais il n'est pas rare de les voir s'améliorer vers trois mois et même engraisser. Ce sont les cas favorables qu'on cite ; pourtant il faut surveiller ces malades, car elles peuvent faire des accidents pulmonaires qui évoluent pendant la grossesse (3 °/₀ des cas).

B. Plus sérieux est le pronostic dans le second groupe de femmes : il s'agit de malades *anciennes tuberculeuses guéries*, qui ont des lésions scléreuses, cicatricielles des sommets avec un bon état général ; souvent dans les antécédents on note une *pleurésie séro-fibrineuse*. Plus de la moitié de ces femmes supportent bien une grossesse, mais souvent à une seconde grossesse elles s'aggravent et si une troisième grossesse se produit, elle peut se terminer par la mort !

C. Dans la troisième catégorie se placent les femmes qui ont une *tuberculose en évolution* : congestion d'un sommet avec râles fins, craquements, bacilles dans les crachats, mais une température peu élevée. L'aggravation se produit dans 75 % des cas dès le début de la première grossesse.

D. Si la tuberculose est plus avancée, donnant des *signes cavitaires* avec bacilles abondants dans les crachats, température élevée et persistante, amaigrissement, etc., le pronostic est très mauvais : 90 % de ces malades succombent au cours de la puerpéralité.

E. Il est à peine nécessaire une classe spéciale pour les malades en évolution rapide avec *granulie*, fièvre hectique, etc. : elles meurent toutes si par malheur elles deviennent enceintes et très rapidement.

On voit, en somme, comme on pouvait le prévoir que plus la lésion tuberculeuse est avancée au moment de la grossesse plus sont grands les risques courus par les malades.

D'autres éléments peuvent faire porter un pronostic sombre : ce sont les cas où *grossesse et tuberculose évoluent parallèlement*, ont en quelque sorte partie liée : voici, par exemple, une jeune femme assez bien portante habituellement, n'ayant jamais présenté de manifestations tuberculeuses, elle devient enceinte : avant même que l'absence des règles viennent lui révéler son état, elle maigrit, elle tousse, elle a de la température, ou même une hémoptysie brusque vient surprendre la malade, l'entourage et le médecin : un pareil cas est extrêmement grave ; faites une radiographie vous serez parfois effrayés de voir des lésions essaimées sur un poumon ou même déjà sur les deux. Il s'agit ici d'une *tuberculose qui paraît née avec la grossesse*.

J'ai actuellement dans mon service un cas qui s'applique exactement à ce tableau schématique : il s'agit d'une malade à qui on a fait un pneumothorax dès le premier mois de sa grossesse, elle vient d'accoucher d'un enfant au terme de six mois qui a succombé et elle-même est en train de mourir ! Sa tuberculose avait commencé avec sa grossesse !

Voici encore un autre cas : une femme a fait il y a quelques années de la tuberculose pulmonaire (elle avait eu un enfant auparavant sans incident) : elle s'est fort bien soignée pendant près de six ans et était considérée comme guérie : elle recommence une grossesse sans s'en douter, c'est-à-dire qu'elle se trouve fatiguée, maigrit et recommence à tousser ; elle n'a plus ses règles : les médecins pensent que l'aménorrhée se rattache à son mauvais état et à la poussée évolutive que l'on constate ; on ne pratique même pas l'examen de l'utérus ! La malade a plusieurs hémoptysies, on les appelle « complémentaires des règles ! ». Vers quatre mois on s'aperçoit de sa grossesse en palpant l'utérus qui devient d'autant plus facile à percevoir que la malade a maigri de 13 kilos (1) : c'est la *grossesse qui a réveillé une tuberculose éteinte*.

L'aggravation peut se produire dès le début, mais elle marche surtout vite quand elle commence dans la seconde moitié de la grossesse, et dans ces cas elle a les plus grandes chances de continuer après l'accouchement. Vous verrez des femmes supporter médiocrement les premiers mois de la grossesse et dont l'état s'aggrave très vite à la fin de la grossesse et dans les suites de couches. Cette *marche de l'aggravation* peut d'ailleurs varier : le pronostic en dépend : l'aggravation n'est pas toujours progressive, elle peut marquer des temps d'arrêt : si vous constatez une amélioration vers quatre ou cinq mois, vous pouvez espérer que la femme supportera sa grossesse ; par contre, quand chez une tuberculeuse avec lésions nettes et bacilles dans les crachats, l'état continue à s'aggraver après le

(1) J'ai eu la chance en faisant une hystérectomie à cette malade de la sauver et après quatre ans elle est en bon état.

sixième mois, le pronostic est presque sûrement fatal ! la certitude est presque absolue que la femme succombera dans les suites de couches si l'aggravation s'accentue dans les six dernières semaines.

Enfin on constate que l'évacuation spontanée de l'utérus, qu'il s'agisse d'avortement ou d'accouchement, provoque toujours une réaction générale et locale : passagère si le cas n'est pas très avancé, elle peut entraîner la mort en quelques jours dans les formes graves.

Je n'insiste pas sur les manifestations de l'aggravation : ce sont celles que l'on observe dans les poussées évolutives ; notez la fréquence et la généralisation brusque et rapide : *granulie suraiguë* qui n'est pas rare après l'accouchement ; la femme meurt dans les quinze jours.

La tuberculose laryngée mérite également une mention spéciale : l'atteinte du larynx chez la femme enceinte est un indice des plus graves et suffirait pour emporter une décision, par ailleurs discutée.

En plus des examens cliniques, Bar et ses élèves ont l'habitude de tenir le plus grand compte de l'épreuve de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine faite avec des solutions à 1/5.000e ou 1/10.000e et 1/20.000e.

Traitement. — Il sera ou médical ou obstétrical et médical.

Le *traitement médical seul est presque toujours insuffisant* ; même en y ajoutant le pneumothorax artificiel : ce dernier peut agir sur les lésions localement et en arrêter l'évolution mais la grossesse épuisant les réserves et les défenses de l'organisme ne lui permet pas d'avoir toute son efficacité. Mieux vaut donc *supprimer la grossesse*, soigner ensuite médicalement la femme, essayer de la guérir et peut-être ensuite autoriser une nouvelle grossesse qui pourra être menée à bien : j'ai rapporté un cas de ce genre.

Il est donc rationnel d'*interrompre la grossesse chez les femmes susceptibles de guérir et pour leur permettre de guérir* (1) ; par contre on se résignera à laisser évoluer grossesse et tuberculose dans les cas graves, en espérant sauver l'enfant.

Le traitement obstétrical donne un résultat favorable presque constant chez les femmes des deux premiers groupes signalés plus haut, plus incertain dans le troisième groupe, presque toujours nul dans les autres cas.

Mais même dans les cas les plus favorables ce traitement n'est efficace que *si l'on intervient très tôt* : l'avortement provoqué avant trois mois, trois mois et demi au plus tard donne, si l'on a bien choisi les cas, 90 % d'amélioration, inversement l'accouchement prématuré provoqué (ou l'avortement tardif) aggrave plus de la moitié des cas, même favorables en apparence.

Pour adopter la meilleure *technique dans l'avortement provoqué*, rappelez-vous que les contractions utérines ont un effet néfaste dès que le placenta est individualisé (3e mois) : jusqu'à cette date on peut donc provoquer l'avortement avec des laminaires : dès que la dilatation est suffisante pour faire un curage digital on vide l'utérus si l'expulsion de l'œuf ne s'est pas faite spontanément. Après trois mois il est préférable d'opérer rapidement par incision du col.

(1) Cette façon de faire comporte comme corrélatif la possibilité de soigner énergiquement et convenablement la femme après le traitement obstétrical ; il y a donc des conditions de *milieu social* à envisager.

Dès après trois mois et demi l'avortement provoqué amène à des déboires et on peut être amené à pratiquer l'*hystérectomie subtotale avec castration bilatérale* (à la rachianesthésie).

Nombreux sont ceux qui s'élèvent contre cette intervention radicale ; elle est pourtant beaucoup moins grave qu'elle ne paraît, particulièrement facile et rapide du fait de la grossesse, elle n'entraîne pour ainsi dire aucune spoliation sanguine et met la femme à l'abri d'une fonction dangereuse pour elle ; personne n'ignore les rapports entre la tuberculose et l'activité génitale (les Embrasés !) et la rareté de la tuberculose après la ménopause.

On évitera d'ailleurs de discuter cette grave décision en intervenant précocement : la condition essentielle est de *faire très tôt le diagnostic de la grossesse* en pratiquant le toucher chez toutes les tuberculeuses qui n'ont pas de règles ; ne pas mettre l'aménorrhée sur le compte de l'anémie, la faiblesse due à la maladie et risquer de ne reconnaître la grossesse qu'à l'apparition des signes de certitude quand l'utérus est déjà à l'ombilic !

Les abstentionnistes se leurrent de l'espoir de sauver l'enfant en espérant qu'il ne sera pas tuberculeux. Il est exact que l'avortement spontané est rare, de même que la mort du fœtus *in utero* (contrairement à la syphilis) mais l'accouchement prématuré est fréquent, la débilité congénitale prouve la réalité de la contamination du fœtus. Je ne parle même pas des cas où la femme succombe avant que son enfant ne soit viable.

Longtemps on a soutenu que l'enfant ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable. Je me suis toujours élevé contre ce dogme que le bon sens récuse : eh quoi ! toutes les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques pourraient passer de la mère au fœtus, seule la tuberculose ferait exception ? la présence de bacilles de Koch reconnue dans le placenta prouvait la possibilité de ce passage peut-être rare, mais réel ; les recherches récentes reconnaissant l'existence de virus filtrant confirment mon opinion.

Les nouveau-nés, de souche tuberculeuse même, séparés immédiatement de leur mère sont souvent difficiles à élever et meurent dans les trois premiers jours ; sans lésions apparentes, ils poussent mal et ont des courbes de poids très comparables aux hérédo-syphilitiques.

En résumé : déconseillez le mariage aux jeunes filles suspectes de tuberculose pulmonaire ; mariées qu'elles évitent la grossesse. Toute grossesse qui aggrave ou fait éclore la tuberculose doit être supprimée avant le troisième mois pour permettre à la femme de se guérir et éventuellement de recommencer une grossesse ; elle serait alors sévèrement surveillée sous le contrôle de l'intra dermo-réaction. C'est dire que dans tous ces cas la collaboration entre le phtisiologue et l'accoucheur est absolument nécessaire.

L'enfance ne fait pas partie de la vie, et la vieillesse, pas davantage.

En amour, une infidélité est moins grave qu'une mauvaise odeur.

Nous dépensons pour nous autant d'indulgence, qu'il ne nous reste plus pour autrui que de la sévérité.

La religion fait bon ménage avec la science dans l'âme de ceux qui sont ou à demi religieux ou à demi savants.

Les Cahiers de Joachim Legris. (Avec un avant-propos de Charles Richet. Alcan 1928.)

De la rachianesthésie

Par E. BRESSOT
Chirurgien de l'hôpital Laveran (Constantine).

Tout semble avoir été dit sur la rachianesthésie ; pourtant les luttes épiques engagées autour d'elle ne sont pas closes. On a souligné ses bienfaits ; on a parlé avec force de ses inconvénients. A notre tour, nous nous proposons d'analyser brièvement les accidents que nous avons personnellement observés, les avantages que nous avons notés et les cas où nous croyons son emploi particulièrement justifié. Partisan convaincu de ce mode d'anesthésie, nous l'avons primitivement employé à l'exclusion de tout autre ; depuis deux ans nous avons *spécialisé* son usage.

Une anesthésie rachidienne peut être faite, soit pour une intervention sus-diaphragmatique, soit pour une intervention répondant au segment sous-diaphragmatique. Le thorax a été pour nous la limite extrême des indications de la rachianesthésie et nous n'avons jamais pratiqué de « rachianesthésie généralisée ».

Et encore, n'ayant qu'une pratique fort restreinte (onze cas) de la rachianesthésie dans les opérations de l'étage supérieur de l'abdomen, nous envisagerons surtout la technique employée ainsi que les résultats obtenus dans six cent dix-huit rachianesthésies répondant à des opérations de l'étage sous-ombilical et dont nous avons scrupuleusement noté tous les incidents.

Nous avons toujours eu recours comme solution anesthésique soit à la scurocaïne : 8 cgr., soit à la syncaïne à 5 % dont nous avons injecté d'abord 3 cmc. quantité que nous réduisons maintenant à 2 cmc. soit 10 cgr.

Une heure avant l'opération, nous faisons injecter au malade 1 cgr. de morphine ; jamais nous n'employons la caféine préventive.

Sauf dans trois cas où nous avons dû la pratiquer en décubitus latéral, nous avons toujours pu faire la ponction lombaire le malade étant en position assise. C'est entre la 3e et 4e lombaires pour les interventions de l'étage sous-ombilical, entre la 11e et 12e dorsales pour le haut abdomen que la solution a été injectée. Quand l'aiguille a traversé la dure-mère nous retirons le mandrin, laissons couler de quelques gouttes à 2 cmc. ou 2 cmc. 5 au maximum et poussons *lentement sans barbotage* la solution anesthésique. Toutefois, nous aspirons toujours un peu de liquide dans la seringue avant de refouler la substance anesthésiante, mais c'est uniquement pour nous assurer que l'aiguille est encore en bonne place. Comme bien d'autres d'ailleurs, nous avons depuis longtemps remarqué que les rachianesthésies les plus parfaites étaient celles qui étaient pratiquées chez les hypertendus.

L'aiguille est ensuite retirée et le malade remis de suite en position horizontale. Toutefois, si l'intervention exige la position de Trendelenbourg, nous ne l'employons que quelques minutes après avoir fait l'injection, une fois le péritoine ouvert par exemple. De même, après l'intervention, nous ne faisons revenir que progressivement et lentement l'intéressé de la position de Trendelenbourg à la position horizontale.

La grande valeur de la rachianesthésie est de pouvoir rester une anesthésie locale. Alors que l'emploi de bien d'autres anesthésiques amène la narcose après une atteinte plus ou moins profonde de tout l'organisme, la rachianesthésie, elle, est une anesthésie radiculaire qui n'atteint que le système périphérique. Aussi restera-t-elle une des acquisitions les plus importantes de la chirurgie. Elle n'atteint pas le cœur ou le foie comme le chloroforme ; pas toujours, mais le plus souvent, elle laisse intact le poumon, contrairement à l'éther.

Nombre de ses avantages sont indéniables : elle est en général facile à réaliser et supprime un aide important. Elle amène ce « silence abdominal » qui frappe d'une façon remarquable quiconque l'a employée et facilite grandement les manœuvres opératoires sur l'intestin ; grâce à elle, au cours des laparotomies, plus de ces poussées intestinales qui viennent obstruer le champ opératoire, plus de ces efforts de vomissements qui, malgré une sévère protection au moyen de compresses, poussent les anses intestinales contre la pointe de votre aiguille quand vous péritonisez dans le profondeur.

C'est par excellence « l'anesthésique abdominal » parce qu'elle représente l'anesthésie silencieuse qui laisse en repos l'esprit du chirurgien.

Mais, à côté de ces avantages certains, n'a-t-on pas, comme dans les autres méthodes anesthésiques d'ailleurs, des échecs à déplorer et des inconvénients à enregistrer ? Examinons les divers incidents que nous avons scrupuleusement notés au cours de nos rachis :

Insuccès : au début de notre pratique, nous relevons en trois ans sur 385 anesthésies rachidiennes treize insuccès complets ayant nécessité dès le début une anesthésie générale ; dans les deux années suivantes, ce chiffre s'abaisse à trois sur 157 rachis et il tombe à zéro sur 76 rachis dans ces deux dernières années. Dans les treize premiers cas d'insuccès complet, nous notons sept fois des écoulements incorrects de liquide céphalo-rachidien. En dehors de ces insuccès complets, nous avons observé, dans les mêmes laps de temps correspondants : neuf, quatre et deux anesthésies incomplètes ayant entraîné l'adjonction de bouffées de chlorure d'éthyle ou de mélange de Schleich au moment de l'ouverture ou de la fermeture du péritoine ou pendant le décollement d'adhérences abdominales.

Nous avons eu l'impression très nette que les insuccès complets sont devenus de plus en plus rares depuis que notre technique s'est améliorée et en particulier depuis que nous n'employons plus que des aiguilles à « biseau court ». Le nombre de nos échecs a donc été en raison inverse de notre expérience. En fait, actuellement en dehors de sujets particulièrement nerveux et émotifs, nous n'observons plus guère que quelques anesthésies « incomplètes en hauteur » bien plus qu'en qualité.

Petits orages bulbaires. — Nous citerons, sans y insister, les petits orages bulbaires : pâleur de la face, nausées, sueurs, etc..., monnaie courante de toutes les rachianesthésies, accidents passagers et sans gravité, ne nécessitant, la plupart du temps, aucun traitement particulier sauf parfois une injection de caféine chez les émotifs.

Grand orage bulbaire. — Plus sérieux et inquiétant est le grand orage bulbaire dont nous avons observé un cas chez un malade que nous opérions d'appendicite. Rachi faite à la syncaïne : 3 cmc. Alors que l'intervention touchait à sa fin, l'opéré présenta de la mydriase, une pâleur intense, un pouls petit et filant avec syncope respiratoire. Le moment était dramatique, angoissant et, pour l'avoir vécu, nous comprenons l'hostilité qu'il peut amener contre la rachi. Nous fîmes immédiatement, suivant la technique recommandée par Bloch, une injection intrarachidienne de caféine ; mais nous avons pu nous convaincre de la difficulté très réelle que présente cette pratique chez un malade inerte dont le décubitus latéral res-

◆◆

reint encore les moyens respiratoires. L'alerte fut chaude. Néanmoins, les choses s'arrangèrent après dix-sept minutes de respiration artificielle et une injection intraveineuse de 2 cmc. d'adrénaline à 1/00. Quoi qu'il en soit, si cette injection de caféine nous a paru fort difficile à réaliser, elle ne nous a pas semblé, dans ce cas, mériter la défaveur dont l'entoure Guibal qui pense que « si la novocaïne lèche le bulbe, la caféine mord la moelle ».

Vomissements — Les vomissements au cours même de l'opération ont été rares ; nous n'en relevons que dans 2.5 % des cas.

Par contre, les vomissements post-opératoires plus fréquents peuvent se diviser en vomissements passagers se produisant pendant les dix-huit heures qui suivent l'opération (8.5 % des cas) et en vomissements prolongés durant de trois à cinq jours ; nous les avons observés chez neuf malades.

Céphalées. — Il en est de même des céphalées. Les céphalées passagères survenant huit à dix heures après l'opération et durant vingt-quatre à trente-six heures sont particulièrement fréquentes (17.5 %) mais cèdent facilement à l'aspirine.

Plus ennuyeuses sont les céphalées prolongées durant de deux à six jours, toujours pénibles, quoique variables dans leur intensité et qui sont notées dans 6.5 % des cas. Nous les avons constatées même depuis que nous employons exclusivement des aiguilles fines à biseau court et dans des cas où nous avons pu éviter des piqûres répétées de la dure-mère avant d'arriver au liquide céphalo-rachidien. Sept de ces opérés sur dix-neuf à qui nous avons systématiquement fait un Wassermann avaient une réaction nettement positive et deux une réaction douteuse. C'est une proportion énorme, mais qui ne surprend pas chez des indigènes. Dans la majorité des cas, ces céphalées ont été améliorées par la thérapeutique corrective de tension des liquides indiquée par Leriche. Chez deux malades toutefois, leur durée fut de onze jours s'accompagnant de vomissements persistants sans modification du liquide céphalo-rachidien ; il s'agissait là encore de malades à Wassermann, Hecht et Jacobsthal fortement positifs et n'ayant jamais été traités. Sans doute ces céphalées sont des incidents plus ennuyeux que sérieux ; toutefois, ils indisposent souvent mal les opérés contre la rachi.

Accidents méningés septiques. — Nous n'avons jamais observé d'accident septique, ni de méningite puriforme aseptique. Dans un cas, nous avons vu un jeune militaire opéré d'appendicite présenter pendant quatre à cinq jours du Kernig avec photophobie. Une ponction lombaire montra de la lymphocytose. Cette réaction méningée, qui dura 5 à 6 jours, s'était produite chez un malade ayant eu, 27 mois avant, une méningite cérébro spinale. Guérison parfaite.

Rachialgie et rétention d'urine. — Parmi les autres « péchés véniels de la rachi », nous n'insisterons pas sur la rachialgie et la rétention d'urine : accidents qui furent toujours passagers et ne nous ont pas semblé plus fréquents qu'avec tout autre anesthésique.

Atteinte du côté du poumon. — Nous relevons encore dans nos observations sept cas de congestions pulmonaires, dont quatre sérieux, chez des opérés non tarés antérieurement. La rachi ne met donc pas certainement à l'abri des complications pulmonaires.

Paralysies et troubles médullaires. — Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de paralysie du moteur oculaire externe. C'est douze jours après l'intervention qu'apparut cette paralysie unilatérale ; la diplopie observée fut précédée quelques heures auparavant de douleurs et de céphalées qui disparurent quand la paralysie fut installée. La statique des globes oculaires était normale ; mais la mobilité du globe oculaire gauche était nettement diminuée dans le regard à gauche. Le malade accusait une diplopie homonyme ; il existait une légère mydriase à gauche ; les réflexes pupillaires étaient normaux. La guérison survint au 43e jour. Il avait été fait, dans les conditions ordinaires, 3 cc. de syncaïne à 5 %. Le Wassermann, soigneusement recherché, même après réactivation dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, s'est montré négatif.

Dans notre statistique personnelle, nous ne relevons aucun trouble médullaire ; mais nous avons eu l'occasion d'examiner un jeune matelot opéré d'appendicite à froid à Rochefort qui consécutivement à une rachi-anesthésie présenta un diabète insipide durant encore 4 ans après. Sa soif l'entraîne à boire de dix à douze litres d'eau par jour. Il urine d'ailleurs une quantité à peu près égale de liquide. Ce malade a été expertisé à Alger par notre camarade du centre de neuro-psychiatrie et son observation complète publiée par lui.

Personnellement, nous avons gardé plus de dix-huit mois en traitement dans notre service un sous-officier des CAOA à qui fut faite, sous rachi, dans un hôpital voisin, une cholécystostomie et qui conserva ensuite, comme séquelles définitives, une volumineuse escharre fessière et de la paralysie des sphincters vésical et anal. Voici son histoire que nous avons pu reconstituer.

Injection de 8 ctg. de syncaïne faite entre la 7e et 8e dorsales ; barbotage ; au cours de l'opération, aucun incident ni aucune alerte. Le malade, n'ayant pas uriné le lendemain de l'intervention, est sondé et accuse alors une insensibilité complète de la verge. Par contre, incontinence des matières fécales. En même temps on constate une paralysie des membres inférieurs qui ne peuvent être détachés du plan du lit. Au huitième jour, apparition d'une escharre fessière. Au quatorzième jour, quand le malade est évacué sur notre service, il ne peut se tenir sur ses jambes, les urines s'écoulent goutte à goutte jour et nuit, d'où état inflammatoire avec ulcérations des bourses et de la verge ; le passage des urines est bien senti mais ces dernières ne peuvent être retenues ; c'est une incontinence par regorgement ; il existe une escharre fessière de la grandeur d'une paume de main à contours irréguliers à fond peu creusé, mais noirâtre et à bords sanieux. On note une anesthésie totale du scrotum, du périnée, de la région sacrée, des fesses et du pourtour de l'anus qui est béant. Insensibilité de la vessie à la distension. Parésie des membres inférieurs avec réflexes cutanés abolis, réflexes rotuliens et achilléens fortement diminués.

Une ponction lombaire montre une hyperalbuminose légère, une glycorachie normale. Lymphocytose : 30 par millimètre cube. Réaction nettement positive au benjoin colloïdal.

Après 18 mois d'essai de médications diverses, traitement spécifique intensif, injections épidurales ; diathermie, traitement électrique, le malade fut réformé présentant encore une incontinence complète des urines et des matières fécales. L'escharre fessière avait gardé ses dimensions premières. Seule la parésie des membres inférieurs avait rétrocédé et le malade pouvait marcher.

Les lésions médullaires peuvent être traumatiques ou toxiques. Les premières dues à une faute de technique difficile à incriminer chez un opérateur très rompu à la pratique des rachis ; les secondes, produites par la substance anesthésique agissant sur la moelle, semblent inadmissibles puisque elles ont contre elles les conclusions des recherches de Rehn et de Nicoria. Ces auteurs, ont établi que les altérations histologiques toxiques de la substance médullaire étaient transitoires et que l'élimination de la solution anesthésique injectée se faisait dans les mêmes conditions qu'une injection sous-cutanée. Une lésion aussi persistante de la moelle devait donc tenir à une autre cause. En fait, notre malade était spécifique. Ne faut-il pas chercher dans cette tare la cause de ses lésions ?

Rachis et iléus. — On a beaucoup parlé, ces temps derniers, de l'action de la rachi dans l'iléus aigu. Comme tous les chirurgiens, nous avous été souvent le témoin de débâcles diarrhéiques sur la table même d'opérations vers la fin de l'intervention ou immédiatement après elle. C'est à tel point que nous faisons dans toute rachi régulièrement garnir l'opéré par un gros tampon de coton sous les fesses. Deux fois, nous avons vu cette débâcle se produire avec une rapidité qui nous a surpris d'autant plus qu'elle s'est accompagnée d'une détente abdominale impressionnante. Le professeur Duval a rapporté à la Société de Chirurgie de Paris nos deux observations. Dans la première, il se produisit après rachi une réduction spontanée de la hernie. Cinq jours après le refus de l'intervention, éclata une péritonite et nous trouvâmes une anse grêle portant deux perforations dues à la chute de plaques de sphacèles sur l'anse qui avait été étranglée ; de même dans le second cas, nous avons obtenu une débâcle préopératoire et une détente abdominale presque complète dans un cas de gangrène du diverticule de Meckel avec liquide séro-hématique dans la grande cavité abdominale.

Voici le résumé de ces deux observations :

I. Hernie inguinale droite étranglée depuis cinquante heures. Taxis. Anesthésie rachidienne, débâcle intestinale deux ou trois minutes après et réduction spontanée de la hernie. Devant ce résultat, le malade refuse toute opération. Au cinquième jour, douleur abdominale subite, une péritonite se déclare. Laparotomie médiane, issue de liquide louche et de matières fécales ; à 30 centimètres environ du cæcum, on trouve une anse grêle portant deux perforations dont l'une, faite comme à l'emporte-pièce, a les dimensions d'une pièce de un franc et l'autre un peu déchiquetée est grande comme une pièce de cinquante centimes. Résection intestinale, suture bout à bout. Guérison.

II. Homme, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite datant de quarante-huit heures, avee vomissements et arrêt de l'intestin ; cet homme a été opéré il y a deux ans d'abcès appendiculaire, et ne peut préciser s'il a été procédé à l'ablation de l'appendice. Diagnostic hésitant entre nouvelle crise d'appendicite ou occlusion intestinale par bride. Rachianesthésie, débâcle trois minutes après. Laparotomie iliaque droite, issue de liquide séro-hématique, on trouve un paquet d'anses adhérentes rouges, violacées, et au milieu de celles-ci un diverticule de Meckel long de 4 à 5 centimètres inséré sur une anse noire et gangrenée, et se terminant par une bande fibreuse qui adhère à la paroi abdominale antérieure. Résection intestinale ; anastomose au bouton. Guérison.

Rachi et azotémie. — A la suite des travaux d'Abadie sur l'azotémie post-opératoire avec les divers anesthésiques employés pour la rachi, nous avons étudié à nouveau la question en prenant une série de cinquantes malades dont :

Dix anesthésies au chloroforme.
Dix à l'éther.
Dix à la rachi avec la scurocaïne.
Dix à la rachi avec la syncaïne.
Dix au mélange de Schleicht.

Dans ces cinquante cas, il s'agissait de sujets jeunes de 18 à 22 ans faisant leur service militaire, ne présentant aucune tare appréciable en dehors de la hernie dont ils demandaient à être débarrassés. Une alimentation identique leur fut donnée ; pour chaque anesthésie, nous avons étudié l'azotémie pré et post-opératoire et dosé l'urée dans l'urine. Nos résultats (graphiques et examens) feront l'objet d'une communication particulière ; ils sont différents de ceux d'Abadie. Chez ces malades nous avons noté une hyperazotémie post-opératoire à peu près identique pour tous et nous n'avons pas remarqué que l'anesthésique quel qu'il soit doive entrer en ligne de compte dans la production de cette hyperazotémie. Nos résultats se rapprochent donc de ceux qu'exposaient récemment Grainicianu, Arnaud et Florian.

***

Telles sont les diverses constatations que nous avons faites au cours de nos rachis qui, nous le répétons, n'ont jamais dépassé la barrière diaphragmatique. Nous avons scrupuleusement noté les moindres incidents. Or si modeste que soit notre statistique, on voit que, par sa technique bien établie et ses nombreux avantages, la rachianesthésie mérite la place d'honneur que lui donnent certains chirurgiens ; mais elle a ses inconnues qui lui imposent des indications précises. Elle peut ne pas être anodine et à vouloir l'employer toujours et systématiquement, on risque de la discréditer. Son choix doit être fonction de deux facteurs : nature et importance de l'intervention, âge et état du malade. C'est la formule que nous adoptons et elle nous a fait abandonner la rachi dans nombre de cas où nous la pratiquions autrefois et où maintenant nous l'estimons inutile. Comme âge, nous pensons qu'elle doit être réservée aux adultes et aux vieillards. Pour avoir vu chez un de nos maîtres deux malades tuberculeux faire après une rachi des localisations méningées rapidement mortelles nous estimons qu'il est préférable de s'abstenir de cette méthode chez les tuberculeux avérés. La céphalée si fréquente chez les opérés après rachi devient tenace chez les syphilitiques et c'est là, avec les incidents que nous avons notés chez eux, la raison qui fait que nous jugeons son emploi comme formellement contre-indiqué chez les spécifiques tout comme chez les sujets ayant présenté des troubles du côté du système nerveux.

On sait qu'il faut s'abstenir de toute rachi chez les grands traumatisés et les shockés ; c'est un fait d'expérience.

Il ne viendra à l'idée de personne de l'employer dans les opérations bénignes (hernies, varices, etc.) où une anesthésie locale est amplement suffisante ; elle est le plus souvent inutile pour des interventions qui n'ont pas besoin du silence abdominal (gastro-entérostomie, chirurgie du foie), ainsi que dans la chirurgie des membres supérieurs, du cou, de la face etc... où une anesthésie locale associée à quelques bouffées de chlorure d'éthyle à la compresse, un peu de mélange de Schleich donné à

l'Ombrédanne font merveille. Toutes les méthodes d'anesthésie ont leurs aléas et l'emploi de chacune n'est fait que de contre-indications de l'usage des autres; les indications de la rachi doivent donc résulter des contre-indications des anesthésies locale, régionale ou générale.

Pourquoi ne pas réserver la rachi à des cas bien déterminés : à la chirurgie abdominale de l'étage sous-ombilical et à la gynécologie en particulier, où elle est la méthode de choix par le silence abdominal qu'elle provoque. De même, dans l'occlusion elle a l'avantage de vider très souvent et rapidement l'intestin. Mais cette évacuation ne lève pas l'obstacle et ne doit jamais faire différer l'intervention. Pourquoi ne pas l'employer à l'exclusion de toute autre méthode dans la chirurgie du squelette des membres inférieurs où elle fait merveille par la parfaite résolution musculaire qu'elle entraîne ?

C'est en gardant cet éclectisme, en employant à bon escient chacune des méthodes d'anesthésie, en limitant leur emploi aux cas où elles semblent particulièrement indiquées, qu'on s'aperçoit de leurs avantages respectifs si divers et si variés.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

L'ulcère tuberculeux de la lèvre inférieure.

Par M. le Docteur LORTAT-JACOB (1)
Médecin de l'hôpital St-Louis.

Parmi les manifestations de la tuberculose des muqueuses, l'ulcère tuberculeux de la lèvre inférieure constitue une éventualité qui mérite de retenir l'attention. Ses caractères cliniques ont été magistralement décrits la première fois en 1872 par Trélat, puis successivement repris par Ricard, Juillard, Féréol Boyreau (Th. Toulouse, 1906) ; M. Darier en précisa encore les symptômes et l'anatomie pathologique.

Il nous a semblé cependant, d'après l'histoire du malade par nous présenté aujourd'hui, que parfois cet ulcère pouvait être méconnu, parce que les caractères qu'il présente s'écartent de la description de Trélat (absence des grains jaunes), et qu'on néglige l'analyse de certains caractères fondamentaux.

Point n'est besoin d'insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce ; la tuberculose étant dépistée, des mesures de prophylaxie s'imposent ; la tuberculose des lèvres est en effet une source de contagion pour l'entourage ; on pourra enfin tenter de modifier l'évolution de cette affection par la mise en œuvre de la thérapeutique classique (application de caustique, traitement par les agents physiques) associée au traitement spécifique (antigène méthylique).

Obs. — B... Philippe (38 ans), entre dans le service le 15 septembre 1927, envoyé par son médecin traitant pour une stomatite rebelle à tout traitement.

L'affection a débuté il y a 4 mois par l'apparition de trois ou quatre petites ulcérations lenticulaires, indolores, sur la muqueuse jugale, près de la commissure labiale gauche au niveau de dents cariées. Ces ulcérations confluent et gagnent le bord labial en un mois environ, malgré la thérapeutique instituée : attouchements au bleu de méthylène et au novarsénobenzol.

Le malade entre alors dans le service ; en présence de la diffusion des lésions, de l'aspect inflammatoire érysipélatoïde du pourtour de la lèvre inférieure, on pense tout d'abord à une stomatite banale ; la bouche est en très mauvais état ; de nombreuses dents cariées sont recouvertes d'une épaisse couche de tartre ; la gingivite généralisée est intense. La flore microbienne est d'ailleurs banale et on ne découvre entre autres aucune association fuso-spirillaire.

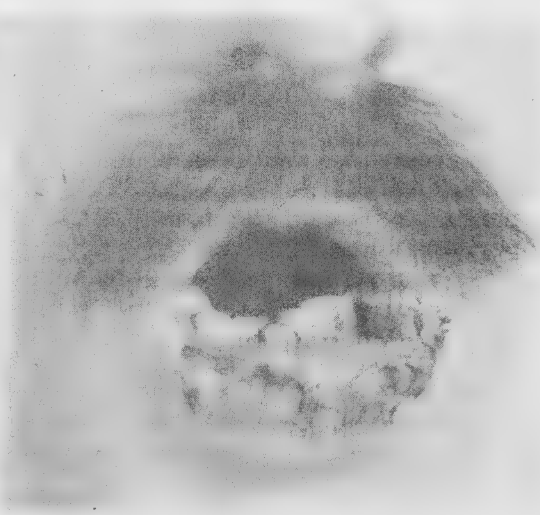
On essaye d'abord d'agir sur la stomatite en faisant de grands lavages de bouche à l'eau bicarbonatée ; les dents sont détartrées ; des attouchements au bleu de méthylène, au novarsénobenzol, sont renouvelés sans succès : les ulcérations persistent, la stomatite ne se modifie pas ; cependant l'aspect inflammatoire de la peau, au pourtour de la lèvre inférieure, diminue un peu.

Aujourd'hui on est frappé par le facies du malade : la lèvre inférieure est infiltrée ; presque doublée de volume, elle est légèrement éversée ; à la palpation on constate que cet empâtement, de consistance uniforme, déborde la lèvre inférieure et gagne surtout à gauche la partie moyenne de la joue.

Lorsque le malade ouvre la bouche, on remarque sur toute la surface labiale inférieure et dans la région paramédiane gauche, une ulcération ovalaire à bords légèrement frangés, dont le croissant supérieur est recouvert d'un enduit gris jaunâtre.

A l'extrémité de cette ulcération para-médiane, se voit un





deuxième ulcération sur laquelle s'observent quelques croûtelles conglomérées.

Sur la commissure labiale gauche des raghades légèrement végétantes ont tendance à saigner.

Sur la face interne de la joue gauche, et au niveau de la face interne de la lèvre inférieure la muqueuse présente un aspect légèrement granuleux et papillomateux. De petites végétations du volume d'un grain de millet, peu douloureuses au contact, saignent facilement.

Les lésions granulomateuses s'arrêtent au voisinage de la

(1) Leçon recueillie par M. Poumeau-Delille, interne du service.

Le Résyl

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires

Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

Laboratoires O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON



PREPARATION PHOSPHO MARTIALE HEROIQUE

FERROPHYTINE CIBA

SEL FERRIQUE neutre de l'acide inosito-phosphorique

Phosphore. . . 7.50 pour cent.
Fer . . . . . 6 » »

Ces deux éléments organiquement combinés sous une forme
Colloïdale très assimilable.

*La **FERROPHYTINE** est le médicament type des états anémiques et chloro-anemiques, accompagnés de dénutrition.*

*La **FERROPHYTINE** ne fatigue jamais les voies digestives, ne provoque pas la constipation et ne colore pas les dents.*

CACHETS :: GRANULÉ

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

commissure labiale. Le reste de la joue présente un aspect rosé et quelques arborescences scléreuses s'épanouissent.

Du côté droit, les lésions sont analogues, à la fois fissuraires et granulomateuses, et les striations sont recouvertes d'un enduit pultacé.

La muqueuse de la lèvre supérieure est respectée.

Il existe toujours de la stomatite et surtout de la gingivite.

Ces lésions presque indolores spontanément gênent cependant beaucoup la mastication.

On trouve des *ganglions sous maxillaires* symétriquement engorgés, mais mobiles.

Le malade tousse depuis longtemps chaque hiver ; mais on assiste maintenant à un réveil de cette tuberculose pulmonaire bien tolérée jusqu'ici ; depuis un certain temps il maigrit ; il oscille au tour de 38° ; enfin il présente, tant cliniquement que radiologiquement, des signes de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse ; la recherche des bacilles de Koch dans les crachats a été positive.

Une biopsie de la lèvre inférieure a été pratiquée dans le service du Prof. Lecène et on a pu mettre en évidence dans les coupes des follicules tuberculeux typiques et de nombreux bacilles de Koch. Fait important, cette infiltration, ainsi qu'il est classique, se poursuit avec ses follicules profondément dans la couche musculaire dont elle dissocie les faisceaux.

L'observation de notre malade est très instructive :

Au début, l'abondance de la suppuration masquait en partie les lésions et pouvait faire penser à une stomatite banale. La localisation des lésions à la lèvre inférieure fit rejeter cette hypothèse ; on posa le diagnostic de néoplasme, et la possibilité d'une tuberculose de la lèvre ne fut pas discutée.

Il est donc important de reprendre l'analyse des lésions et de mettre en évidence les symptômes qui permettent de poser cliniquement le diagnostic de tuberculose de la lèvre inférieure.

De forme ovoïde polycyclique ou irrégulière, l'ulcère a ici une très large étendue ; il intéresse toute la lèvre inférieure sur sa partie labiale et gingivale ; il affecte également la muqueuse jugale jusqu'aux grosses molaires inférieures et il représente la *variété végétante ulcéreuse*.

Aux commissures des lèvres, il revêt chez notre malade la *variété fissuraire* ; c'est une raghade partiellement ulcérée.

Analyses des symptômes. — Les *contours* de l'ulcération sont *festonnés* ; les *bords* décollés ont une coloration *violacée*, livide tirant au lilas.

La *peau* limitrophe est violacée.

Le *fond* de l'ulcère est *granuleux*, semé de points hémorrhagiques. Des traînées de détritus grisâtres simulent des brides, mais se détachent facilement ; ce sont des filaments de pus bacillaire.

Les *élevures papillomateuses*, petits bourgeons de la grosseur d'un grain de millet, doivent être recherchées avec soin ; elles ont autant de valeur que les *grains jaunes de Trélat* qui manquent ici.

Il existe de plus des *ulcérations miliaires grises* recouvertes ou non d'une sécrétion sanieuse peu abondante.

L'ulcération repose sur une *infiltration pâteuse* de toute la lèvre inférieure plutôt que sur une tumeur ligneuse.

Les *ganglions sous-maxillaires* sont symétriquement engorgés, mais mobiles, beaucoup moins durs et beaucoup moins volumineux que dans le cancer.

Diagnostic différentiel des ulcérations buccales. — Les différents caractères de cette ulcération, l'infiltration profonde de la lèvre inférieure, l'évolution lente des lésions, par mois, impriment à cette affection un aspect spécial qui ne permet de la confondre qu'avec un très petit nombre d'autres maladies.

Nous rappellerons cependant les caractères de certaines ulcérations buccales, consécutives à des vésicules ou à des bulles.

L'*herpès buccal* est caractérisé par des ulcérations micro-poly-cycliques, confluentes en bouquet, récidivant chez certains.

Le *zona buccal*, extrêmement rare, est unilatéral, non récidivant.

L'*hydroa vacciniforme de Bazin* s'accompagne très souvent de stomatite, simule les plaques muqueuses ; on trouve au niveau de la muqueuse buccale des érosions rondes ou confluentes en nappe *rouge* vif, très douloureuses.

Seule la coexistence d'éléments cutanés surtout au niveau de la face dorsale des mains (Fournier) permet d'en faire le diagnostic.

La *maladie de Duhring* est caractérisée avant tout par sa longue durée, la répétition des poussées, la conservation de l'état général, la coexistence d'éléments cutanés, l'éosinophilie sanguine.

Le *pemphigus chronique*, beaucoup plus souvent *subaigu*. Les muqueuses peuvent être atteintes isolément, au début tout au moins ; les bulles cutanées n'apparaissent alors qu'au bout de plusieurs semaines. Au niveau de la muqueuse buccale, des fausses membranes sanieuses friables ou adhérentes recouvrent des érosions saignottantes ; ces lésions sont très douloureuses ; l'état général est mauvais.

Les *plaques muqueuses buccales* avec végétations commissurales peuvent être d'un diagnostic très difficile ; on peut avoir beaucoup de peine à mettre le tréponème en évidence au niveau des lésions ; seule la coexistence d'éléments de syphilis cutanée permet d'en faire cliniquement le diagnostic.

La *diphtérie buccale* secondaire à une angine diphtérique est en général d'un diagnostic beaucoup plus facile.

Les différentes stomatites :

Soit stomatite à fausses membranes, stomatites impétigineuses de Sevestre et Gastou, soit *stomatites toxiques médicamenteuses, soit stomatites urémiques, diabétiques*, ne prêteront guère à confusion.

L'ulcère leucoplasique a une forme irrégulière, son fond est rouge vif au ras des bords ; ses bords ont un sillon de circonvallation ; consécutif à une artérite sous-jacente, il ne se transforme pas en épithélioma (Darier) et guérit par la cryothérapie.

Parmi les *néoplasies ulcéreuses*, il faut distinguer :

La *syphilis tuberculo-ulcéreuse* se développant sur des placards relativement indurés ;

Et *l'épithélioma*.

C'est un des diagnostic les plus importants ; il existe alors :

1° *Une infiltration ligneuse* d'une dureté de bois de la lèvre.

2° *L'adénopathie satellite* est extrêmement dure, ce n'est pas ici le cas.

3° Il existe de *gros bourgeons saignants* irréguliers ; le fond est labouré profondément.

4° Très fréquemment, on trouve, dans la *forme spino-cellulaire*, le *bord surélevé* surplombant l'ulcère. Mais dans les épithélioma baso-cellulaire l'induration peut être moindre et l'adénopathie discrète et tardive.

5° Dans le doute la *biopsie* tranchera le diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec ces faits

de *phagédénismes coloniaux*, caput mortuum d'étiologie variable.

L'actinomycose ulcérée avec ses grains jaunes ne prête guère enfin à confusion ; l'existence de grains jaunes, la culture, le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium, viendraient d'ailleurs trancher le diagnostic.

Le *traitement* de la tuberculose de la lèvre inférieure est extrêmement décevant surtout lorsque cette affection est associée à une tuberculose pulmonaire associée ; on assiste en effet à une poussée de tuberculose pulmonaire qui emporte le malade à plus ou moins brève échéance.

Traitement local. — On peut appliquer, avec les classiques, des *caustiques* comme l'acide lactique, le chlorure de zinc ; il se produit une escharre et les résultats ne sont pas toujours très favorables.

L'ignipuncture par places ne modifie guère les lésions car elles sont très profondes.

Les agents physiques comme les *rayons ultra-violets* sont formellement contre-indiqués lorsque le malade à une tuberculose pulmonaire ; la radiothérapie est inopérante et dangereuse dans ce cas.

Traitement général. -- Nous avons institué ici un traitement par des injections d'antigène méthylique de Nègre et Boquet ; cette médication a sur la tuberculose l'avantage de provoquer un minimum de réactions focales cependant il faut être prudent dans son emploi et surveiller attentivement le malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 décembre 1927.

Etude sur les tatouages. — *M. Variot*, à propos de la récente communication de *M. Guillaume*, rappelle qu'il a publié en 1888, en collaboration avec *M. Moreau*, un travail sur le même sujet et qu'il était arrivé aux mêmes conclusions. Il s'étonne que trente-neuf ans après sa publication, il ne soit pas cité étant donné que son étude l'avait conduit à un traitement des tatouages. L'auteur, à ce propos, rappelle que les tatouages ne dépassent pas le tiers superficiel du derme et qu'en créant des escharres superficielles on enlève le tatouage.

Anévrysmes syphilitiques traités par des séries de novarsénobenzol intensives et prolongées. — *M. Marcel Pinard* montre une ectasie de l'aorte ayant effondre le sternum, qui a été améliorée rapidement par une série de 914 terminée par deux doses de 1 gr. 20 et qui continue à être traitée dans le même esprit. L'auteur montre un deuxième malade porteur d'un anévrysme syphilitique de la carotide externe qu'il a présenté à la Société en janvier 1922 avec le Dr Mendelsohn. Cet homme, traité par des séries successives de 914 terminées par des doses de 0,90 ou 1 gr. 05 ou 1 gr. 20, a bientôt reçu près de 150 gr. de novarsénobenzol depuis six ans, va aussi bien que possible et conduit chaque jour son taxi sans manquer une seule fois. Ces faits montrent que dans les graves affections syphilitiques cardioartérielles, les traitements aussi actifs que possible assurent, contrairement à l'opinion timorée de certains, des stabilisations cliniques permettant au malade de continuer la vie normale pendant de longues années avec toutes les apparences de la santé.

M. Hallé ne croit pas nécessaire de faire des traitements intensifs pour améliorer les malades. Il rappelle un cas d'anévrysme traité par le sirop de Gibert. Après un traitement, on ne constatait plus aucun battement ni aucune tumeur à l'inspection ni à la palpation. Toutefois, aux rayons, la même poche persistait. Il semble que ce sont surtout les lésions de médiastinite concomitantes qui rétrocèdent par le traitement.

M. Sicard pense que les petites doses prolongées et continues d'arsénobenzol ont la même action que les grosses doses et qu'elles ont l'avantage d'éviter des accidents de choc.

M. Caussade rappelle un cas de *Dieulafoy* où avec de petites doses de cyanure (4 milligr. par injection), l'amélioration était celle apportée par M. Hallé et qu'elle portait sur la périaortite.

Traitement de l'artérite sténosante douloureuse chez les diabétiques. — *M. Marcel Labbé* présente une femme diabétique atteinte d'artérite sténosante généralisée extrêmement douloureuse surtout au membre inférieur gauche, nécessitant un séjour permanent au lit depuis plusieurs mois. Tous les traitements (citrate de soude, insuline, électricité, etc.) avaient échoué. Une sympathectomie fut pratiquée par le Fredet. A partir de ce moment, une amélioration progressive se produisit ; les douleurs au repos cessent, la malade peut commencer à marcher et aujourd'hui elle peut faire plus d'un kilomètre de marche sans souffrir. La circulation s'est améliorée dans le membre, alors que les oscillations ne se retrouvaient qu'au milieu de la cuisse gauche, on la voit aujourd'hui apparaître au mollet. Voilà maintenant un an et demi que l'opération a été faite ; l'amélioration fonctionnelle, non seulement s'est maintenue, mais a augmenté.

Hyperthyroïdisme provoqué par la thyroxine synthétique chez un malade atteint d'un syndrome pluriglandulaire avec sclérodermie et cataracte. — *MM. P. Sainton* et *H. Mamou* présentent un malade de 25 ans, atteint d'un syndrome d'insuffisance thyro-testiculaire accompagné de sclérodermie et de cataracte. Ce cas vient à l'appui de la théorie de l'origine endocrinienne de la sclérodermie ; quant à l'apparition de la cataracte, elle peut être mise sur le compte d'une insuffisance parathyroïdienne d'autant plus que le signe de Chvosteck a été constaté à de très nombreuses reprises. La sclérodermie est actuellelement en voie de répression. Les traitements ont été variés : traitement thyroïdien, traitement parathyroïdien et enfin traitement par le sérum salé hypertonique en injections intra-veineuses suivant la méthode d'Herzog. Ils ont été sans influence sur la cataracte qui continue à évoluer. En dernier lieu, ce malade a été traité par des injections sous-cutanées de thyroxine synthétique ; à la suite de l'injection totale de 5 milligrammes, 5 seulement, est survenu un syndrome d'hyperthyroïdisme net : tachycardie, tremblement, excitabilité psychique très marquée, amaigrissement de 2 k. 800 en deux semaines, sans glycosurie. Ces accidents reproduisent entièrement ceux qui ont été observés après ingestion d'extrait thyroïdien ou injection de thyroxine naturelle. Sont-ils dus à la susceptibilité spéciale que l'on a remarquée chez certains sclérodermiques ? Le fait est loin d'être certain. Des expériences poursuivies parallèlement chez les animaux (gallinacés) montrent que la thyroxine synthétique est d'une activité très grande et provoque très rapidement chez ces animaux le déplumage, un amaigrissement rapide et la mort. Il y a donc lieu de se montrer très prudent dans l'emploi de la thyroxine en injection sous-eutanée chez l'homme.

M. Labbé souligne l'importance du métabolisme basal et de ses variations en pareils cas.

M. Coyon signale un cas de tétanie resté huit mois sans crise qui a présenté à la suite d'injections de thyroxine synthétique, deux nouvelles crises de tétanie.

M. Bezançon insiste sur l'association de la sclérodermie et de la cataracte à propos de deux sœurs atteintes de cette association qui dans le cas présent peut être considéré comme une maladie familiale.

Volumineux abcès amibien du foie ayant stimulé une pneumonie et une suppuration pulmonaire. Signes radiologiques et guérison. — *E. Besançon* et *Etienne Bernard* rapportent l'observation d'un abcès amibien du foie ouvert dans les bronches, dont le diagnostic fut rendu longtemps impossible par les signes cliniques et les examens de laboratoire : début pneumonique avec

localisation des signes physiques à la base droite, bord inférieur du foie normal, réaction pleurale de voisinage dont la cytologie offre tour à tour une formule mixte, une formule semblant indiquer un début de purulence, une formule à prédominance de lymphocytes, apparition d'une hémoptysie qui fait redouter la tuberculose, puis de vomiques successives où l'examen révèle la présence exclusive de pneumocoques, étude radiologique qui montre une densification lobaire nettement limitée par l'interlobe. La répétition des vomiques, l'aspect radiologique, l'aggravation de l'état général, font pratiquer une thoracectomie qui est infructueuse. L'amibiase soupçonnée à cause du pus couleur chocolat, le traitement émétinien est commencé puis interrompu à cause de réactions trop brutales. Une seconde thoracectomie est pratiquée qui fait constater que la collection siège dans le foie, mais si profondément qu'elle est inaccessible. L'amibiase devenue certaine, le traitement médical est à nouveau institué et cette fois poursuivi, d'abord novarsénobenzol, puis émetine. Guérison rapide et complète.

M. Flandin considère que dans le traitement par l'émétine, il faut toujours commencer par des doses de 0.08 centigr. d'emblée.

M. Labbé pense que les grosses doses comme les petites peuvent déterminer des accidents et surtout du collapsus cardiaque.

Le syndrome pleuro-pulmonaire de la base dans les abcès du foie. L'exploration lipiodolée des abcès du foie. — *MM. Noël Fiessinger* et *Robert Castéran* rapportent deux observations d'abcès du foie amibiens guéris par l'émétine, qui l'un pendant quatre mois, l'autre pendant cinq semaines se cachèrent derrière l'évolution d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base, avec matité, râles sous-crépitants, souffle tubo-pleural, liquide séro-fibrineux à la ponction, fièvre persistante, amaigrissement progressif et obscurité radiologique. Les signes disparurent quand l'abcès émergeant en avant fut traité et guéri par l'émétine. Dans la deuxième observation il s'agissait d'un abcès volumineux d'une contenance d'un litre et demi.

L'injection de lipiodol ascendant et descendant permet dans ce cas d'établir la topographie de l'abcès et d'affirmer son étendue considérable. En vingt jours cet abcès se comble de bas en haut en conservant la même étendue transversale. Le pus de cet abcès était aseptique, le traitement consista dans les injections d'émétine dans l'abcès et sous la peau et dans la nuyle ponction de l'abcès au trocart.

En s'appuyant d une part sur les renseignements radiologiques fournis par le lipiodol et d'autre part sur le fait que la fièvre ne vient pas du pus mais de la vitalité des amibes de la paroi, ce que prouve la chute thermique dès le début du traitement émétinien malgré la persistance de l'abces. Noël Fiessinger et Robert Castéran s'élèvent contre le traitement chirurgical et démontrent la curabilité des abcès amibien, du foie même quand leur volume est considérable.

Elections. — Correspondants nationaux : MM. Bard, Langeron et Darleguy.

Correspondants étrangers : MM. Henrijean (Liège), V. Ascoli (Rome), Utraon de Bonorino (Buenos Aires), Monte, Pareja (Montévidéo).

Séance du 30 décembre 1927.

Vaccinothérapie des formes prolongées de fièvre typhoïde. — *MM. Hubert* et *Tirgile Jordachesco* apportent cinq observations de fièvre typhoïde à bacille d'Eberth prolongées et traitées entre le trentième et le cinquantième jour par la vaccinothérapie. Une seule injection de 1/2 cc. de vaccin a amené l'apyrexie complète en 48 heures dans quatre de ces cas, en quatre jours dans le cinquième cas. Les auteurs préconisent ce traitement dans les formes prolongées non compliquées où il donne des résultats comparables à ceux qui ont été apportés pour les formes à rechute.

M. Pagniez a obtenu dans deux cas de fièvre typhoïde prolongée une chute rapide de température par la vaccinothérapie.

Un cas de pleurésie à cholestérine : présence d'un ferment lipasique dans l'épanchement. — *MM. Rouillard* et *Nativelle* rapportent l'observation d'une femme de 38 ans, qui présentait une pleurésie à cholestérine, pleurésie de la grande cavité, tout à fait latente, remontant sans doute à 21 ans. L'inoculation du liquide n'a pas tuberculisé le cobaye. L'épanchement contenait 12 gr. de cholestérine par litre, alors que la cholestérine était de 1 gr. 50. La perméabilité pleurale était fort diminuée. Les auteurs ont pu mettre en évidence dans le liquide pleurale une monobutyrinase, ce qui confirme l'hypothèse généralement admise, que la formation de cholestérine dans ces épanchements est due à l'action d'un ferment lipasique.

Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de Lebedjew. — *MM. Sézary* et *Benoist* rapportent les bons resultats qu'ils ont obtenus dans le traitement des dermites aiguës, du prurit simple, du prurigo, de l'eczéma, des des prurits périnéaux et même du pityriasis riche de Hebra par la méthode de Lebedjew. Celle-ci consiste dans l'injection intra-veineuse, quotidienne ou trihebdomadaire, de un gramme de bromure de sodium dissous dans 10 cc. d'eau physiologique. Dans les trois quarts des cas et souvent après l'échec des autres thérapeutiques usuelles, le prurit a disparu ou s'est notablement atténué. Les lésions cutanées se sont généralement amendées ensuite, soit spontanément, soit avec l'aide de topiques qui étaient inactifs avant le traitement. Les auteurs ne pensent pas que, comme le croyait Lebedjew, la bromothérapie agisse uniquement par son action neurosédative. Ils ont constamment observé après l'injection une leucopénie intense qui indique un choc hémoclasique. Ils attribuent donc les heureux effets de cette médication à une action conjugée neurosédative et désensibilisante.

M. Sicard se demande si les injections intra-veineuses de salicylate de soude, de carbonate de soude, d'hyposulfite de soude ne détermineraient pas la même action.

M. Tzanck souligne la rapide action de la méthode de Lebedjew, mais on note seulement d'heureux résultats que dans trois cas sur dix. Dans les cas non améliorés l'auteur préconise les injections intra veineuses de sang laqué (3 cc3 de sang dans 10 cc3 d'eau distillée). En variant la quantité d'eau, on peut aussi doser le choc et c'est ainsi que pour deux injections de 30 cc3. La réaction thermique est de 38°5 environ et pour 50 cc3 le 40°. Par cette méthode l'auteur a obtenu d'excellents résultats.

M. Hellé a obtenu de bons résultats dans le prurit sénile par des injections intra-veineuses de silicate de soude.

M. Netter pense que dans le traitement des dermatoses par le bromure, l'action tient peut être plus à l'action du bromure qu'à celle du choc.

Eloges de MM. Gilbert, Ribierre, Foix, Méry et Florand.

Nomination du bureau pour l'année 1928.

Président : M. Teissier ;

Vice-Président : M. Bezançon ;

Trésorier : M. Faroy ;

Secrétaire général : M. Rist ;

Secrétaires annuels : MM. Rouillard et Cain.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1927.

Deux cas de varices traitées par les injections sclérosantes. — *M. Fiderman* présente une malade atteinte de varices *géantes* des membres inférieurs chez laquelle une amélioration considérable a été obtenue en quelques jours de traitement. Même résultat favorable chez un sujet porteur de varices périanales douloureuses, sans hémorroïdes visibles ; les injections sclérosantes ont fait apparaître quelques ampoules hémorroïdaires qui se sont, par la suite, sclérosées.

Diverticule duodénal. — *M. Peugniez* a pratiqué l'extirpation d'un diverticule de la deuxième portion du duodénum. La malade a guéri. L'auteur estime que l'extirpation est, dans ces cas, l'opération de choix.

Les petites doses en thérapeutique thyroïdienne. — M. *Léopold-Lévi* étudie l'opothérapie thyroïdienne dans l'*obésité*. Il rejette les doses non thérapeutiques, mais cependant rapporte des cas modifiés par une opothérapie à doses minimes (deux centigrammes *pro die*). Il montre ensuite les résultats obtenus parfois dans le *myxœdème acquis de l'adulte* par des doses de cinq milligrammes et même de 1/50e de milligramme, envisage l'opothérapie thyroïdienne dans certaines formes de *maladie de Basedow* et dans le vaste champ de l'instabilité thyroïdienne.

A propos des angiocrinoses. — M. *Léopold-Lévi* à propos du cas de M. Hartenberg, donne un schéma de l'interprétation générale des troubles angiocriniens qui permet de comprendre pourquoi diverses opothérapies (thyroïdienne, ovarienne, surrénalienne, hypophysaire, parathyroïdienne), appliquées à doses convenables, rétablissent l'équilibre vago-thyroïdien, et font disparaître les troubles observés. Il considère l'oligurie comme un trouble angiocrinien parallèle aux autres phénomènes vaso-moteurs et vaso-secrétoires.

Sur les angiocrinoses. — M. *Sédillot* rapporte les observations de trois malades ayant présenté des crises angiocriniennes, vésiculaires, gastriques, cæco-appendiculaires, rectales, parotidiennes, etc.) Faute d'un diagnostic exact, ces malades étaient à la veille de subir diverses opérations. Un traitement d'opothérapie thyroïdienne régulatrice les a guéries complètement en quelques semaines.

Sur la vaccination par voie buccale. — M. *Mélamet*, à propos des réserves formulées par M. Marcel Labbé sur la valeur de la vaccination buccale dans les maladies typhoïdiques, craint que ces réserves s'étendent à tort à toutes les autres vaccinations. Pour la typhoïde, logiquement, c'est par la voie intestinale qu'il faut chercher l'immunité antityphoïdique. Si la méthode n'est pas au point, elle le sera certainement. La vaccination par voie buccale est appelée à rendre les plus grands services au fur et à mesure que nous connaîtrons mieux le rôle de l'intestin dans la genèse des infections les plus variées. L'auteur conseille d'attacher la plus grande importance aux troubles gastro-intestinaux des enfants en bas-âge, cause de maladies futures. Il prévoit un emploi de vaccins par voie buccale à titre préventif et curatif dans des affections variées.

Cancer utérin. — M. *Petit de la Villéon* présente la pièce opératoire d'un cancer du corps de l'utérus, au niveau de l'isthme. La cavité utérine était infectée, le diagnostic clinique était solide. Pour ces deux raisons, l'auteur a opéré sans radium préopératoire et sans biopsie préliminaire.

L'auteur, très partisan du radium dans les néos utérins pour préparer l'opération, croit cependant qu'il n'est pas sans danger dans une cavité utérine ulcérée et suppurante, et pense aussi qu'il peut être d'une efficacité moindre dans les cancers de l'isthme et du corps que dans ceux du col.

Quant à la biopsie, il estime qu'elle, non plus, n'est pas sans danger et que dans l'intérêt de l'avenir des opérés, il vaut mieux s'en abstenir toutes les fois que faire se peut.

L'alcoolomanie : son traitement psycho-physiologique. — M. *Berillon.* — A côté de la *dipsomanie*, alcoolisme par accès, et de l'*alcoolisme d'habitude*, il faut envisager une troisième forme d'intoxication, l'alcoolomanie consécutive à des chocs ayant provoqué l'abolition du pouvoir du contrôle mental.

L'alcoolomanie est donc constituée par des éléments psychologiques ; l'aboulie et l'aphronie, par des éléments physiques, l'épuisement nerveux et l'asthénie. Pour les éléments psychologiques, une psychothérapie basée sur l'emploi de la suggestion hypnotique est indiquée. Pour les éléments physiques, une médication tonique et euphorique doit intervenir pour neutraliser les troubles constitués par la neurasthénie de suppression.

Myosite ossifiante à localisations multiples — M. *Ch. Guilbert* présente une observation où le syndrome ossifiant a touché toutes les parties de l'appareil locomoteur : ligaments périarticulaires de la hanche, tissu conjonctif, insertions musculaires, disques intervertébraux, sans suivre dans aucun cas, un muscle dans son ensemble. Les radiographies projetées ont montré les omoplates fixées par tractus osseux aux côtes et à la colonne, le femur fixé à l'ischion et l'avant-bras au bras, les corps vertébraux sont fixés entre eux pour la plupart. Ces ossifications paradoxales sont accompagnées de décalcifications de certaines parties du squelette du voisinage, ou d'ostéoporose des symphyses.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 décembre 1927.

Sur le catétérisme des canaux éjaculateurs. — *M. Le Fur* déclare, d'après son expérience, qu'on peut arriver à pratiquer ce cathétérisme dans 80 % des cas environ. La dilatation des conduits spermatiques donne les mêmes résultats favorables que la dilatation de l'urètre dans les affections de ce conduit.

Un cas d'occlusion spasmodique de l'intestin grêle à la suite d'une appendicectomie à froid. — *M. Burty* fait un rapport sur une observation de *M. R. Jacquemaire*. Occlusion survenue quatre jours après l'appendicectomie ; fistule du grêle sous anesthésie locale ; guérison. Le rapporteur cite deux cas personnels d'occlusion tardive survenue au quatorzième et au dix-neuvième jour après des appendicectomies d'urgence ; fistule intestinale ; guérison.

Quatre cas d'infantilisme hypophysaire. — *M. Bourguet* communique ces quatre observations. Trois malades ont été opérés : l'un, par la voie endonasale ; les deux autres, par la voie endocranienne. Dans l'un de ces deux derniers cas, il existait un kyste de l'hypophyse associé à un « psammome » de la base du troisième ventricule ; dans l'autre, une hydropisie ventriculaire avec une hypophyse en voie d'histogénèse.

Du cancer primitif de l'appendice vermiforme. — *M. Péraire* en communique un cas qu'il a trouvé en opérant un kyste para-ovarien ? Le cancer primitif de l'appendice est une découverte opératoire ou une trouvaille d'autopsie rare, et habituellement bénin, sans aucune tendance à la généralisation, il doit toujours être opéré.

Chirurgie de la rate. — *MM. V. Pauchet* et *Bécart* posent les indications opératoires des affections de la rate, d'après une étude du tissu de cet organe et de ses fonctions. Les opérations à pratiquer sont : la ligature de l'artère splénique, la splénectomie. Ils décrivent la technique de ces opérations telle qu'ils la pratiquent actuellement.

La splénectomie pour plaies de la rate par coup de feu. — *M. Mornard* communique quatre observations de ces plaies avec trois guérisons et une mort.

Verrouillage de l'articulation de la hanche par greffon fémoral. *M. R. Massart* et *R. Ducroquet* communiquent l'observation d'une malade souffrant de la hanche à la suite d'une ancienne arthrite et chez laquelle ils ont obtenu l'ankylose par une opération dont ils donnent la description.

Deux cas de fracture de Bennett. — *MM. Rœderer* et *Delapchier* communiquent deux observations de cette fracture de la base articulaire de l'extrémité supérieure du premier métacarpien, et montrent, que quoique rare, cette fracture mérite d'être mieux connue, pour éviter le pronostic désastreux que peut amener une erreur de diagnostic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1928.

La prémunition du nouveau né contre la tuberculose par l'injection sous-cutanée de B C G. — *M. Weill Hallé* présente une seconde note sur ce sujet précisant la posologie et les résultats de la vaccination. Seize enfants appartenant à des milieux fortement contaminés ont eté vaccinés, les anciens en 1924, les plus récents en 1918, avec des doses variant de 2 milligrammes à un seizième de milligramme. Trois décès se sont produits ; aucun ne saurait être imputé avec certitude à la tuberculose. Les

suites de l'injection sont très bénignes. Sous réserve du contrôle préalable et nécessaire de la non contamination antérieure, les résultats de cette méthode, volontairement limitée jusqu'à ce jour, semblent devoir en légitimer l'exécution.

La réaction tuberculinique et le vaccin B C G chez les adultes. — *M. A. Calmette* fait connaître à l'Académie les résultats d'expériences fort intéressantes faites à l'Ecole d'infirmières de l'hôpital Ulleval à Oslo (Norvège) par MM. Heimbeck et Scheel.

On a remarqué qu'à leur entrée à l'école un certain nombre d'élèves-infirmières, 52 % environ ne réagissaient pas à la tuberculine et que, parmi celles-ci, 23,7 % contractaient la tuberculose pendant leur séjour à l'hôpital-école, tandis que 2,6 % seulement de celles qui présentaient une réaction positive à leur entrée devenaient malades.

Le problème s'est donc posé d'essayer sur les négatives les effets du B C G administré, non plus *per os*, ce qui n'est possible que chez le nouveau-né, mais par injection sous-cutanée d'une dose de *un vingtième de milligramme*. L'un des expérimentateurs s'est d'abord assuré sur lui-même, bien qu'il réagit positivement à la tuberculine, qu'une dose quatre fois plus forte, soit 0 milligr. 2, était inoffensive.

En 1927, sur 56 élèves infirmières fournissant à leur entrée une réaction négative, 44 furent vaccinées, 12 refusèrent la vaccination. Or, parmi celles-ci, au bout d'un an, quatre présentaient des accidents d'infection tuberculeuse, tandis que les 44 vaccinées restaient indemnes.

Cette expérience montre qu'il est légitime d'essayer de prémunir, à l'aide du BCG, quel que soit leur âge, les sujets apparemment sains qui ne sont pas encore sensibilisés à la tuberculine par une infection bacillaire spontanée.

Une conférence internationale du rat. — *M. G. Petit*, après avoir démontré que les rats sont l'un des pires fléaux menaçant la richesse et la santé publiques, qu'ils coûtent des centaines de millions et propagent de redoutables maladies, telles que *la peste*, expose et donne en exemple, en s'appuyant sur des documents officiels, l'effort remarquable accompli par le Danemark en matière de dératisation. Une loi due à l'initiative des autorités sanitaires *oblige* non seulement les villes maritimes, mais les 1.200 communes du pays à poursuivre énergiquement la lutte contre les rats, à l'aide de procédés reconnus scientifiquement efficaces, en particulier la culture bactérienne « Robin ».

M. Petit annonce qu'un Congrès, comprenant des délégués de toutes les nations civilisées, se tiendra cet été avec grand prestige au Havre et à Paris pour étudier, du point de vue international, ce grand problème d'hygiène sociale, qui n'a jamais été plus urgent.

M. Caplesco. — Sur les hépatiques appendiculaires.

VARIÉTÉS

Souvenirs Professionnels

Un original et précieux client

J'ai eu un client bizarre, dont quelques traits valent d'être retenus. Quand il vint pour la première fois, déjà sexagénaire, il m'amenait son père, plus qu'octogénaire, qui le traitait comme le plus vieux des Burgraves traitait son fils, suivant Hugo : « Jeune homme, taisez-vous ! » Il me dit qu'il était resté célibataire pour se consacrer plus complètement à entourer de soins ce père, pour lequel il manifestait une touchante vénération, et il nota minutieusement sur un carnet les moindres détails du régime et du genre de vie que je lui indiquai comme pouvant le lui conserver le plus longtemps possible.

Malgré ses soins, le vieux Burgrave s'éteignit quelque temps après et son fils vint m'annoncer la triste nouvelle dans un état d'abattement profond, accumulant dans son récit les plus menues circonstances des derniers jours de celui qu'il appelait « l'homme le plus remarquable de son temps » dans sa profession, qui était de fabriquer du drap. Comme il paraissait démoralisé en songeant à l'isolement où le laissait cette mort, je crus devoir lui dire qu'il trouverait quelque consolation à continuer l'industrie paternelle. Mais il me répondit que se sentant incapable d'égaler son père, il préférait fermer l'usine.

Il s'en fut mélancoliquement et je n'entendis plus parler de lui pendant des mois.

Un jour de juin, à la fin du déjeuner, on m'apporta sa carte avec demande d'être reçu immédiatement. Comme je lui avais fait répondre que j'avais des visiteurs inscrits à heures fixes, dont l'un m'attendait déjà, il insista, s'assit dans l'antichambre et me saisit au passage avec tant de véhémence que je dus le faire entrer dans mon cabinet, en le prévenant que je ne pouvais disposer que de peu de minutes.

Sans s'asseoir, il me dit : « A quelle station thermale allez-vous m'envoyer ? ». — « Je ne connais encore rien de votre santé, puisque vous ne m'avez consulté que pour votre père. Prenons rendez-vous pour que je vous examine : nous verrons si vous avez besoin d'une cure et de laquelle ». — « Non ! non ! je suis pressé. C'est l'époque à laquelle s'ouvrent les stations ; je ne puis séjourner à Paris ; où dois-je aller ? » Ne sachant comment me débarrasser de cet original, je me décide à lui citer une station dont l'eau soit inoffensive. Il s'en fut en laissant sur le coin de mon bureau une enveloppe, où je fus fort étonné de trouver une somme très supérieure au prix habituel, et je me dis que c'était un honoraire disproportionné à la valeur de la consultation.

Dans le mois de novembre suivant, même arrivée à l'improviste. Je dois avouer que je ne fis pas difficulté pour donner un tour de faveur à ce client généreux vis-à-vis duquel je ne me jugeais pas quitte. Cette fois il s'assit, en ajoutant : « Comme je vous sais attendu, je serai bref, M. le docteur : nous sommes allés à E. suivant votre conseil » — « Vous y êtes allé en famille ou avec des amis ? » — « Non, quand je dis *nous*, c'est-à-dire *je* ; mais, depuis que j'ai eu le malheur de perdre mon père, que je ne quittais jamais, j'ai conservé l'habitude de dire *nous* à propos de tout ce que je fais. Eh bien ! je viens vous rendre compte de la cure et de l'état de la station d'E. Nous avons fait la cure complète : bains, douches, « massage, boissons à toutes les sources, gymnastique « médicale. Tout cela marche très bien, c'est parfait ? » « Mais, interrompis-je, vous ne m'avez pas encore dit « quels troubles de votre santé vous faisaient désirer une « cure thermale. Vous vous souvenez que, très pressé le « jour où vous êtes venu, vous n'avez pas voulu me ren « seigner avec précision sur votre santé antérieure, ni « vous laisser examiner. Peut-être avez-vous fait une « cure bien fatigante par la multiplicité des agents em- « ployés ? » — « Moi ! je me portais fort bien et je continue. Mais je ne suis pas fâché de savoir tout le parti qu'on peut tirer d'E. quand on est malade. » — « Bon, mais voulez-vous me permettre au moins d'examiner l'état de vos organes, afin que je fasse mon métier d'honnête médecin ? » — « Oh ! si vous voulez, M. le docteur : mais je ne voudrais pas vous faire perdre votre temps et je n'ai jamais été malade ».

De fait c'était un bel échantillon de sexagénaire robuste, massif sans être obèse, sanguin, mais sans indice de disposition congestive et, quand je l'eus examiné soigneusement, de la tête aux pieds, palpé, percuté, ausculté, quand j'eus mesuré sa pression artérielle et analysé ses urines, je dus reconnaître qu'il ne présentait aucune tare.

« Je vous remercie, M. le docteur, vous êtes un médecin consciencieux et je le savais depuis que vous aviez examiné mon père. Mais voyons ! où allez-vous nous envoyer passer l'hiver ? » — « Monsieur, vous trouvant bien portant, je n'ai pas d'indication de climat à vous offrir. Vous pouvez aller où vous voudrez ! » — « Mais non, M. le docteur ! Nous ne saurions pas du tout où aller. Nous comptons sur vous pour nous diriger ».

Voyant qu'avec cet original il fallait brusquer les choses, je lui dis : « Connaissez-vous l'Algérie ? ». — « Non. M. le docteur, nous ne connaissons rien ; mon père n'aimait pas les voyages et nous ne nous quittions pas. Allons donc en Algérie, mais dans quelle ville faudra-t-il séjourner ? » — « Eh bien, vous pouvez rester à Alger ; mais, si vous voulez pousser plus loin, vous pourriez rester quelque temps à Biskra, dont l'oasis est très recherchée par les Anglais. » — « Oh ! nous n'aimons guère les English... mais ça ne fait rien. Au plaisir de vous revoir, M. le docteur. » Et il se dirige vers la porte, glissant une enveloppe sur mon bureau.

Je l'arrête : « Pardon ! la dernière fois vous êtes parti en laissant des honoraires trop élevés pour une consultation incomplète. Reprenez ceci. » — « Non, M. le docteur ! Vous aviez bien voulu nous recevoir sans rendez-vous à une heure qui vous dérangeait et encore aujourd'hui ! Nous vous devons ceci ». Il me fourre de force l'enveloppe dans une poche de mon veston et s'enfuit. J'ouvre l'enveloppe : encore la même somme. Décidément c'était un client extraordinaire.

Au printemps suivant nouvelle apparition, toujours à la fin de mon déjeuner. Aussitôt assis : « M. le docteur, nous venons vous rendre compte de l'emploi de notre hiver. Nous sommes restés à Biskra, jusqu'à ce que le dernier English en fût parti. Cela a duré assez longtemps : il y en avait un qui paraissait vouloir rester après nous : mais vous pensez bien que nous ne voulions pas céder. Il n'y avait plus que nous deux dans l'hôtel et nous n'échangions pas une parole ; il nous lançait des regards furieux, mais cela ne nous intimidait pas. La chaleur commençait à être insupportable et le directeur de l'hôtel nous a annoncé qu'il fermait. L'English est parti un jour avant nous ! »

Je ne pouvais m'empêcher de rire en enteudant ce récit, mais mon client parlait avec le plus grand sérieux et après un silence : « Eh bien ! M. le docteur, à quelles eaux nous envoyez-vous cet été ? » — « Votre santé ne nécessite aucune cure ; si E. vous a plu, vous pouvez y retourner : mais vous n'avez pas besoin de faire vibrer toutes les cordes de la lyre thermale. » — « Oh ! M. le docteur, nous avons fini avec E. Il faut nous envoyer ailleurs ! » — Pour le coup, édifié sur la bizarrerie du personnage, je lui désigne V. et V.. en lui disant « Ce sont des stations agréables et, comme vous n'avez pas besoin de cure spéciale, vous jouirez seulement des distractions, casinos, promenades, etc. » — Là-dessus mon homme se lève et disparaît, laissant encore son enveloppe garnie comme précédemment.

Pour abréger, je reçus ainsi plusieurs années ses visites bisannuelles aux mêmes époques. Il me racontait qu'il avait dans chaque station goûté à tous les griffons, tâté de tous les agents physiques malgré mes recommandations, et il ajoutait certaines réflexions tantôt élogieuses, tantôt critiques sur la mise en œuvre des ressources de la station.

Quant à l'emploi des mois d'hiver, mon client le détermina de lui-même après la villégiature à Biskra que je lui avais suggérée. A chaque automne il venait m'annoncer qu'une Exposition Internationale ou Nationale s'organisait dans telle ou telle ville et qu'il allait, après avoir assisté à son inauguration, la visiter. Ainsi fit-il et à la visite semestrielle suivante il me racontait de point en point les caractéristiques de l'exposition qu'il avait vue, les incidents relatifs à l'ouverture, insistant d'un ton sarcastique sur ce qu'il était arrivé *au jour annoncé* et n'avait *jamais* trouvé les travaux d'aménagement terminés ! Il me décrivait les traits qui l'avaient le plus frappé comme si je l'avais spécialement chargé d'une mission d'inspection, et, quoique dans cette conversation il ne fût presque jamais question de sa santé toujours excellente, il me laissait toujours les mêmes honoraires. Il en fut ainsi jusqu'à la guerre de 1914, depuis laquelle je n'ai plus revu ce singulier et avantageux client.

Paul Le Gendre.

ACTUALITES

Un médecin critique d'art.

Dans la préface qu'il a écrite pour le *Falconet* de notre confrère Fernand Vallon, M. G. Hanoteaux souligne que ce beau livre d'art est « dû à la plume d'un de ces hommes éclairés, de ces amateurs avertis qui sont nombreux à Paris, qui constituent la grande originalité de la Ville et « dont le mérite consiste, tout en poursuivant une carrière de labeur et d'honneur à ne se désintéresser de rien de ce qui touche à la pensée, à l'art, à l'expression, au culte du beau et au progrès de la civilisation. » C'est à ce public, averti et vibrant à la fois, qu'est dû le renom intellectuel et artistique de notre Paris, qui déplaît si fort aux riverains d'autres rivières et fleuves ; car c'est justement en pensant à ce public qu'œuvrent nos lecteurs et nos artistes.

Mais, parmi les hommes qui composent ce public, il en est peu qui se contentent d'être de simples auditeurs ou spectateurs : presque tous produisent, peu ou prou, dans leur coin, aux heures que leur laisse la vie trop quotidienne. « Tous ou presque tous ont sur le chantier quelque étude réservée, quelque recherche poursuivie longuement, quelque œuvre entreprise qui, trop souvent, ne s'achèvera jamais. »

Le Dr Vallon est un de ces artistes-amateurs ou amateurs-artistes et il a eu la bonne fortune ou le courage de pousser son œuvre jusqu'à l'achèvement et à l'impression.

Son livre est consacré à Falconet, sculpteur qui ne fut certes pas de premier plan, mais qui s'est installé dans un coin de l'histoire des arts parce qu'il fut un homme représentatif et parce qu'il évoque une époque : Falconet, c'est l'art décoratif de Louis XV et puisque « Louis XV », nom de roi, est devenu un adjectif chronologique, nous n'insisterons pas davantage pour qualifier le sculpteur.

A ce sculpteur, la vie fut dure et telle de ses œuvres gracieuse et joyeuse fut enfantée dans l'adversité, par le courage obstiné du bon ouvrier. De cette existence parfois pénible, notre confrère F. Vallon nous apporte une bonne observation, bien présentée, entraînante, agréable. Il assaisonne son modèle, grognon, vaniteux, persécuté, d'une indulgence nuancée d'imperceptible ironie, et il tire un parti habile de ce procédé renouvelé d'Anatole France qui a pour effet habituel d'enchanter la moitié des littérateurs et des lettrés sans déplaire à l'autre moitié.

***

Falconet naquit, le 1er décembre 1716, rue de Lille, ou, comme on l'appelait alors, rue de Bourbon-Villeneuve ou encore rue des Poulies. Son père, qui était un menuisier, le prit comme apprenti à ses côtés, puis le confia un parent, Nicolas Guillaume, maître sculpteur et, enfin, sur ses instances entêtées, à Lemoyne, sculpteur du Roy.

En 1754, son labeur acharné lui ouvre les portes de l'*Académie royale de peinture et de sculpture*. Mais cette nomination ne s'était pas faite sans difficulté et, à un certain moment, découragé, Falconet « plaque » la sculpture, cesse d'exposer au Salon et se jette dans l'étude. Il apprend le latin, il tâte du grec et acquiert une culture assez étendue d'autodidacte. Son ami Diderot l'embauche pour rédiger l'article *Sculpture* de l'*Encyclopédie* et lui inculque ainsi la manie de l'écritoire. Falconet, maussade, grognon, vaniteux, mégalomane, épanche ainsi, en des pages sans talent, sa « rogne » contre les Anciens ou contre Michel-Ange. Il confesse son admiration pour Le Corrège ou pour Le Bernin et il salue quelques-uns de ses contemporains, ainsi qu'il convient et ainsi qu'il est habituel : car, sans négliger de rendre aux grandes valeurs, le culte mérité, bien des auteurs apprécient plus facile


LACHÉSINE
DU Dr MENDEL

ment un contemporain qu'un grand artiste ou un grand savant ou un grand médecin devenu banal parce qu'il est trop classique : il leur suffit que le contemporain ne soit pas leur ennemi.

FALCONET ne s'en prend pas seulement aux sculpteurs qui ne sont pas de son bord : il vitupère, aussi, contre les critiques d'art et il s'indigne contre les patriciens qui protègent les arts et les artistes, contre les grands qui jouent aux Mécènes.

Il revendique les droits de l'Art (1), comme d'autres revendiquaient les droits de la Philosophie. C'était la maladie du siècle et depuis, il ne manque pas de disciples des Encyclopédistes pour croire encore qu'un écrivain ou un artiste, fut-il de troisième zone, est supérieur à un héros authentique.

***

Cependant la fortune se décidait à sourire. Falconet commence à gagner sa vie deux ans après son entrée à l'Académie, à quarante-deux ans, grâce à la POMPADOUR, qui fut son premier Mécène. « La Favorite avait daigné se reconnaître sous les traits charmants de l'*Amitié* dont la manufacture de Vincennes venait d'ériger vingt exemplaires. Au même titre que l'Ecole Militaire, la Manufacture de Sèvres était une idée de son règne. Elle fit nommer l'artiste directeur de l'atelier de modelage. C'était enfin l'aisance. Ce devait être encore la gloire. Car, dans le même temps la *Baigneuse* parut. Ce marbre — ravissement des contemporains — était un hommage à Mme de Pompadour, patronne de FALCONET et de la France.....

.... Appliqué, obstiné, dur aux autres comme à lui-même, FALCONET fut un Directeur laborieux et sévère. Il fut le véritable créateur de la porcelaine. Et la manufacture lui dut ses lettres de noblesse artistique. Car, dans ces fours qui cuisaient naguère les brimborions à la façon de Saxe, il jeta sa *Baigneuse*, son *Pygmalion*, le meilleur de son œuvre. »

(1) « Savez-vous bien, M. Falconet, que ce Pline était un très grand seigneur en son temps...,... Peut-être avait-il des Artistes parmi ses gens » lui écrit un critique anonyme, désireux de le toucher au point vulnérable.

***

FALCONET était l'âme de Sèvres depuis onze ans, lorsque Catherine II lui demanda d'édifier une statue équestre du tsar Pierre 1er sur une place de Leningrad.

Il se décide et, par Rouen, puis la Seine et le Havre son bagage, ses ébauches, ses livres, ses instruments s'acheminent vers la lointaine et mystérieuse et tragique Russie.

Il eut, là-bas, la faveur ou la « semble-faveur » de l'impératrice ; il eut l'orgueil, vivement goûté, d'une situation privilégiée. Le modèle grandiose, lui inspira une œuvre grandiose, une œuvre qui « a même pour principal mérite de dépasser l'échelle du siècle » et qui n'a rien de commun avec la *Baigneuse*. Puis, la défaveur succéda à la faveur comme il convient et FALCONET finit par quitter Leningrad, oppressé de tristesse et de rancœur, avant l'inauguration du monument.

Il rentra en France et, quelques années plus tard, en 1791, à l'aurore du désordre, il s'éteignit âgé de soixante-quinze ans et fut inhumé à Saint-Louis-en-l'Ile.

***

Il faut louer notre confrère FERNAND VALLON de l'habileté et du cœur avec lequel il a fait revivre pour nous FALCONET.

Et reprenant son beau livre, nous donnerons un dernier regard à cette reproduction du Pygmalion, où le sculpteur, à propos d'un mythe éternel et très ancien, a su en clore tout l'amour de l'Art et tout l'amour de l'Amour.

Henri VIGNES.

CORRESPONDANCE

A propos de l'article du Dr Callamand : ***Religion, science et morale*** (*Progrès Médical*, 8 octobre 1927) nous avons reçu de M. le professeur agrégé Retterer la lettre suivante :

Lettre ouverte au Docteur Callamand (de St-Mandé.)

Mon cher Confrère,

Vous avez bien voulu signaler aux lecteurs du *Progrès Médical* (8 octobre 1927, p. 1587) mon livre intitulé *Religion, Science et Morale.* Je vous adresse tous mes remerciements en même temps que je tâcherai d'expliquer les passages qui vous paraissent douteux ou obscurs.

Vous êtes étonné de me voir dédier ce livre à S. Voronoff et vous parlez légèrement « des greffes merveilleuses qui ont assuré la réputation mondiale de M. Voronoff ».

Comme j'ai toujours été aux premières loges pour juger des expériences de S. Voronoff, je puis affirmer la réalité des manifestations phénoménales annoncées par cet expérimentateur. Il y a plus : S. Voronoff m'ayant remis les greffons datant de quelques semaines, de plusieurs mois, d'un an, de deux ou trois ans, je suis en mesure de préciser et de déterminer l'élément du testicule qui produit l'action générale sur l'hôte ou porte-greffe. Or, cette étude a corroboré et confirmé les résultats auxquels j'étais arrivé pour une série d'autres organes. Le testicule greffé, c'est-à-dire placé dans d'autres conditions de milieu, de nutrition et d'excitation fonctionnelle, évolue comme toute autre matière vivante ou tissu qui subit l'influence de l'âge, des facteurs internes ou externes. Au point de vue médical, ce résultat est important : la théorie classique veut que toute sclérose, par exemple résulte de la prolifération du tissu conjonctif aboutissant à l'étranglement et à l'atrophie de l'épithélium. Le processus est tout autre d'après mes recherches histogénétiques et expérimentales : c'est l'épithélium qui se transforme en tissu conjonctif, de même que le facteur mécanique détermine, dans les sésamoïdes, par exemple, la transformation du tissu conjonctif en cartilage ou en os.

Les recherches que j'avais poursuivies pendant trente à quarante ans auraient pris fin, faute de matériel, si S. Voronoff n'avait mis gracieusement à ma disposition les nombreux organes des animaux sur lesquels il avait expérimenté et noté les manifestations phénoménales. Si vous avez connaissance de la pénurie qui, depuis la guerre, règne dans les laboratoires de l'Etat, vous apprécierez les services que S. Voronoff a rendus à la science en général, et à votre serviteur en particulier.

Fait qui peut paraître paradoxal, mais qui n'est pas moins remarquable, c'est que les changements structuraux et les phénomènes évolutifs des éléments vivants se font dans les conditions expérimentales d'après la même loi qui préside à leur évolution physiologique. Voilà pourquoi j'ai écrit que S. Voronoff m'a permis de poursuivre mon évolution. Or, nous avons exposé ces résultats dans une quarantaine de notes, mémoires et livres (1).

Pour n'avoir pas voulu étaler, dans un livre destiné au grand public, les vilenies et les vols de certains savants, je passe à vos yeux pour « machiavélique » ; vous trouvez qu'il vaudrait mieux mettre les points sur les i ou ne rien dire. Vous demandez des révélations. J'en ai déjà fait dans des mémoires spéciaux : dans la *Revue de Stomatologie* t. 25, p. 156, 1923, j'ai cité en toutes lettres des savants qui, sans mentionner les faits découverts il y a un quart de siècle, les ont redécouverts. Voici quelques détails complémentaires pour votre édification : M. Romieu, agrégé des Facultés de Médecine, est venu, il y a quatre ans, me raconter au laboratoire le fait suivant : il a trouvé que chez certains vers (Annélides) les globules rouges ou hématies dérivent du noyau de certaines cellules (2). « C'est une belle confirmation de vos recherches », ajouta M. Romieu. M. Romieu était alors élève du Professeur Prenant. « M. Marcel Prenant » (fils de ce dernier), continua M. Romieu, « a découvert aux hématies des mammifères même origine et même structure en étudiant la moelle osseuse du la- « mais comment ni M. Marcel Prenant ni vous n'avez-vous pas rappelé qu'il y a vingt ans, j'ai constaté le même fait ? » Je n'ai

(1) Voir l'indication de ces travaux dans mon livre *Puberté et maturité sexuelle* 1925, et *Journal d'Urologie*, t. 23, p. 102, 1927.

(2) Les classiques admettent depuis un siècle que le globule des mammifères est une cellule qui a perdu son noyau.

pin ». — « J'en suis très heureux », ai-je répondu à M. Romieu. pas obtenu de réponse. Fait plus significatif : M. Marcel Prenant n'est pas histologiste, et, du premier coup d'œil, il a résolu le problème le plus délicat de l'histogénèse !

En 1926, j'ai raconté (1), en écrivant le nom en toutes lettres, dans le *Journal d'Urologie* que tel savant qui, pendant vingt ans, a professé une opinion contraire à la mienne, a subitement adopté toutes mes interprétations, toute ma conception, en ce qui concerne l'origine des hormones testiculaires, sans citer une seule fois mon nom. Comme le dit La Fontaine.

> Il est assez de geais à deux pieds comme lui,
> Qui se parent souvent des dépouilles d'autrui,
> Et que l'on nomme plagiaires.

Vous avez gardé le souvenir de la dépèche d'Ems et des avions français survolant la ville de Nurembourg : la culture (prononcez *koultour*) avait besoin d'inventer ces mensonges pour arriver à ses fins. Si vous ne croyez pas à leurs bonnes intentions et à l'excellence de leurs procédés, vous êtes, csmme vous me l'imputez, un misanthrope et un pessimiste.

Dans le monde intellectuel où je fréquente depuis un demi-siècle, la façon de procéder ainsi est courante.

Je me borne à un seul exemple et je gaze les noms, parce que les fils vivants ne sont pas responsables des iniquités des pères qui ont commis l'infamie. Il y aura bientôt trente ans qu'un grand savant a remis subrepticement sur le bureau de la *Société de Biologie* un factum anonyme m'accusant d'avoir volé mon regretté maître, Georges Pouchet, qui avait légué sa modeste fortune à cette Société. En un mot, j'aurais volé et mon maître et mes collègues de la Biologie. J'ai été mis en demeure de me justifier. Pour rechercher les preuves de mon innocence, j'ai été faire une visite à M. Courbet le chef de la Caisse municipale de Paris et je lui ai raconté cette histoire. Après m'avoir écouté, M. Courbet de s'écrier : « Il est propre, votre monde savant ! L'argent qu'on m'accusait d'avoir volé était toujours à la Caisse municipale et la Société de Biologie avait oublié d'aller le toucher. Il m'a fallu trois mois de démarches pour connaître le savant qui avait remis le factum et six mois pour obtenir l'autorisation de toucher l'argent. Et pourquoi toutes ces manœuvres et ces inculpations ? Mon maître, Mathias Duval, était devenu aveugle et je me présentais à sa succession. Il fallait donc me perdre dans l'estime publique ; on ne pouvait nommer un voleur à une chaire d'enseignement. Aussi Mathias Duval ne cessait-il de me répeter : « Quand on vous aura écarté, on vous accordera tous les certificats de bonnes vie et mœurs. »

Il fallait bien s'incliner devant mon innocence, mais le mal était fait, et on continua de susurrer : « Il n'y a pas ds fumée sans feu ; on l'a innocenté pour ne pas accabler un pauvre bougre. » Pour en finir et sauvegarder l'honneur de mon nom, j'en appelai au Tribunal de la Seine. Sous le prétexte que la Société de Biologie m'avait rendu justice, le Tribunal rendit un jugement en faveur du calomniateur et me condamna aux dépens. Parmi les juges se trouvait M. Monier, l'ami de M. et Mme Bolo.

Conclusion : les professeurs de la Faculté de Médecine m'ont déclaré qu'on ne me pardonnera jamais le mal que j'avais fait au calomniateur, et je fus écarté. Le calomniateur fut récompensé du service rendu et de sa belle conduite, car il fut nommé Président de la Société de Biologie.

Pour étouffer ma voix, on voulait me *limoger* en m'envoyant dans une Faculté de province ; mais j'ai refusé.

Vous voyez, mon cher confrère, que j'avais quelque raison d'écrire que, parmi des hommes qui doivent chercher la vérité et qui sont dits savants, il y en a qui ne songent qu'à intriguer, à duper, qui manquent de sens moral et de tout idéal.

Dernier problème des plus délicats et qui n'a cessé de diviser à toutes les époques les hommes : tous les phénomènes naturels sont-ils les effets de la matière ou bien l'homme possède-t-il un principe d'essence différente de cette dernière ? Dans mon livre, je soutiens que l'être intellectuel, ou *le moi*, est un produit de cellules cérébrales ; donc, je puis être classé parmi les matérialistes. D'autre part, je prétends que les phénomènes d'ordre intellectuel et moral postulent la survivance du *moi* dont nous

(1) *Journal d'Urologie*, t. XXI, 1926, p. 22.

avons, par notre initiative personnelle, déterminé l'épanouissement. Pour ce dernier motif, vous me traitez de spiritualiste, qui aurait été renié par mon maître Ch. Robin. Je suis d'avis contraire. Combien de fois ai-je vu mon vénéré maître dont j'ignorais encore les théories et à qui je soumettais mes préparations se tourner vers moi, pour me dire : « Je me suis trompé, vous avez raison. » Vous me répondrez qu'il s'agissait là de faits visibles, positifs, tandis que mes opinions roulent sur la métaphysique.

La pensée est pour moi, comme pour Ch. Robin, une élaboration de la matière vivante. L'être intellectuel, le *moi* est un produit des cellules cérébrales. Quand notre guenille meurt dit Auguste Comte, il reste l'œuvre, la pensée de l'homme ; la gloire est la récompense des grands hommes. Certes, qui n'a rien fait, qui a passé son existence à intriguer, à exploiter, à assouvir ses instincts bestiaux, ne saurait rien laisser. Mais prenons l'être intellectuel, le *moi* de l'homme qui, à force de labeur, a découvert quelques vérités, ou bien a consacré son existence à faire du bien à ses semblables. Il a créé quelque chose qui n'existait pas avant lui ; c'est un fait aussi positif que celui que nous pouvons constater par la vue ou le toucher. J'avoue qu'il nous est impossible de le peser sur les plateaux d'une balance ou de le mesurer au mètre ou au micromillimètre. Alors se pose la question suivante : l'être intellectuel qui a cherché la vérité ou fait le bien aura-t-il après la dissolution du corps le même sort que la brute qui n'a obéi qu'à ses instincts, que le brigand ou l'assassin ? J'ai répété à satiété dans mon livre que je n'en ai nulle preuve ; mais en toute justice, l'honnête homme mérite de connaître un jour toute la vérité ou de continuer son œuvre bienfaisante. Je suis persuadé que Ch. Robin, si bon, si juste, ne me renierait point pour avoir pareille espérance.

Je suis transformiste à un degré supérieur à Lamarck ou Darwin, parce que j'ai observé les mutations des cellules placées dans des conditions différentes de nutrition et de milieu ou soumises à des excitations fonctionnelles d'ordre variable. Dans les exemples cités, chacun pourra vérifier mes données. C'est l'effort personnel qui est le facteur du progrès et pour montrer que je crois au perfectionnement illimité, j'ai écrit (p. 342) : « Nouvel Icare, l'homme parcourt l'espace et parviendra un jour à visiter le monde planétaire. » Et plus loin, j'ai ajouté que je ne partage pas l'opinion de Bull et de ses compatriotes pour qui l'homme est arrivé au dernier terme de sa perfectibilité et qui pensent que les générations futures marcheront à la dégénérescence. Mais il est une condition à remplir pour voir s'accomplir ce progrès, cette évolution vers le mieux, c'est que l'homme soigne ses organes, cultive son esprit, et s'élève au point de vue moral. Vous le voyez, je suis loin d'être d'accord avec certains Darwinistes (Nietzsche et Haeckel) prétendant que l'avenir appartiendra à la force brutale, à la ruse, à la suppression des faibles et que les plus perfides et les plus barbares ont le droit d'asservir le monde.

L'histoire nous montre que le cerveau, les phénomènes tant moraux qu'intellectuels ont toujours gouverné et continueront à gouverner les hommes. Mais pour marcher dans la voie du progrès, il ne suffit pas de nous en tenir aux formules de nos devanciers, quel que soit leur mérite ou leur génie. Grâce aux moyens d'investigation plus précis dont nous disposons, il est de notre devoir d'acquérir des notions plus profondes et plus étendues sur la matière tant brute que vivante et d'en mieux connaître les manifestations. L'humanité en possession de plus de faits positifs et moraux, modifiera ainsi les idées générales léguées par ses devanciers. Les théories les plus séduisantes, le clinquant et le fla-fla dont on fait grand étalage s'évanouiront et, ce qui restera, ce sont les acquisitions nouvelles fondées sur l'observation et l'expérimentation.

Je m'arrête et j'espère, mon cher confrère, avoir éclairci quelques points qui vous semblaient obscurs ou contradictoires et je vous prie d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Ed. RETTERER.

BIBLIOGRAPHIE

Storia della Medicina, par le Prof. Arturo CASTIGLIONI (volume in-8 de 1.000 pages, avec 390 illustrations en noir et couleurs), Milano. Società editrice « Unitas ».

L'histoire de la médecine a toujours eu en Italie des adeptes fervents. On a pu observer particulièrement dans ces dernières années une floraison pleine de promesses dans ce champ d'études. Il manquait cependant en Italie, comme cela fait défaut dans notre littérature, un ouvrage moderne et complet recueillant les résultats des plus vastes recherches et mettant en juste lumière la part prépondérante à faire à la science latine dans l'évolution de la pensée médicale. Le prof. Castiglioni, bien connu aussi du monde médical en France par ses études historiques très appréciées, a heureusement comblé cette lacune. Son livre d'histoire de la médecine, paru récemment dans une fort belle édition magnifiquement illustrée, tant au point de vue documentaire qu'au point de vue artistique, est sans conteste le meilleur livre de ce genre que nous possédions jusqu'ici, car il offre dans une forme littéraire très brillante et très accessible au grand public, une source de culture médicale de tout premier ordre.

Le Prof. Castiglioni a étudié le problème de l'évolution de la science médicale à travers les siècles avec un plan très original et fort intéressant. Il a considéré dans son ouvrage la médecine comme une branche de la civilisation, examinant à chaque époque de l'histoire l'influence que la philosophie, l'art, les évènements politiques et sociaux eurent sur l'évolution médicale. Ainsi chaque chapitre de ce livre présente un tableau dans lequel nous retrouvons les personnalités les plus intéressantes de l'époque et leurs ouvrages étudiés du point de vue de leur relation avec la médecine. C'est ainsi que les mages et les législateurs, les philosophes et les alchimistes, les écrivains de la Grèce et de Rome, les grands penseurs du monde islamique et les artistes de la Renaissance trouvent leur place dans cette œuvre où Dante et Petrarque, Galilée et Descartes, Voltaire et Rousseau voisinent à côté des grands médecins de leur temps.

L'auteur a apporté des soins tout particuliers à l'étude des grandes périodes historiques : la médecine hippocratique et romaine, la grande école laïque de Salerno et celle de Montpellier, la renaissance de l'anatomie dans le XVe siècle, la grande œuvre des maîtres italiens et français du XVIe siècle sont le thème de quelques chapitres fort remarquables qui seront lus avec le plus grand plaisir par quiconque désire s'informer sur l'histoire de la civilisation européenne. Pour les lecteurs français nous signalons le beau chapitre dans lequel est traitée l'histoire des sciences médicales pendant le XVIIIe siècle avec quelques considérations très intéressantes sur l'action de l'école philosophique française sur les systèmes de la recherche médicale.

Ce qui constitue une partie non moins importante de l'œuvre du prof. Castiglioni et qui sera sans doute apprécié par le plus grand nombre de lecteurs ce sont les deux derniers chapitres, consacrés à l'histoire de la médecine du commencement du XIXe siècle jusqu'à nos jours. C'est avec satisfaction que nous y retrouvons très bien marquée l'importance que l'école des grands cliniciens français, essentiellement hippocratiques, eut sur le développement de la médecine moderne. L'Auteur trace distinctement les notes caractéristiques de la mentalité médicale néolatine, comparée à celle anglo-saxonne durant les périodes des grandes découvertes de la microbiologie, faisant large part à l'œuvre de Pasteur et de Villemin. Il termine son ample étude en démontrant le retour de la médecine, dans l'après-guerre, à une conception hippocratique, c'est-à-dire à cette tendance des recherches cliniques basées sur l'étude de l'individualité du malade, qui trouva ses premiers et plus éminents maîtres et précurseurs parmi les cliniciens français et italiens de la première moitié du dernier siècle.

En résumant rapidement cette œuvre nous n'avons pu qu'essayer de donner une idée générale des études que le prof. Castiglioni a accomplies et qui sont fondées sur une exacte documentation historique. Ce livre, qui a eu en Italie un très grand succès et qui a été l'objet de quelques études critiques très larges, non seulement dans les revues médicales mais encore dans les grands quotidiens, trouvera aussi parmi les médecins et le grand public de France un accueil très sympathique. Il démontre chez son auteur des qualités qui en font un des meilleurs écrivains scientifiques de notre époque.

Les provinces de France illustrées et leurs divisions départementales, illustrées en 4 couleurs, par J.-P. PINCHON. (Editions Ed. Blondel La Rougery, 7, rue Saint-Lazare, Paris (9e). Prix de l'Album relié carton, dos toile : 18 fr.

Ce magnifique album, composé de 48 planches tirées en 4 couleurs, d'un format 24 × 30, ornées de vignettes, représente toutes les provinces de France suivant les délimitations arrêtées en 1789.

En regard de chaque planche d'illustrations, la partie instructive est donnée par une carte géographique en 4 couleurs montrant la délimitation des départements actuels et celle des anciennes provinces dans lesquelles ils sont enclavés.

Un courte notice, donne l'historique des provinces, les causes de leur rattachement à la France, l'énumération des départements leurs chef-lieux, et, par ordre alphabétique, leurs sous-préfectures. Une carte départementale de la France complète cet ouvrage.

Les vignettes illustrant chaque planche sont traduites par une notice explicative.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre du Commerce : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 3 LE NUMÉRO: 50 Centimes 21 JANVIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. CHAMPY est nommé professeur d'histologie.

Thèses. — 17 janvier. — M. CHABRUN. De l'infection humorale chez l'enfant en bas-âge. — M. DESSART. Etude sur la diphtérie.

18 janvier. — M. CASTAN. Les injections intracardiaques d'adrénaline. — M. LARSONNEUR. Les injections intramusculaires dans la première enfance. — M. PELLETIER. Le bassin gonococcique. — M. MAHIEU. Etude sur les méningococcémies.

19 janvier. — M. BONNET. Etude de l'hépatomégalie chez les hypertendus. — M. DARIUS-GHOUILA-HOURI. Etude des fistules vésico-intestinales.

Légion d'Honneur. — MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le Dr BROCQ, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade d'officier. — MM. les Drs ABADIE (d'Oran), DELHERM, FEUILLIÉ, GRIVOT (de Paris), GUÉRIN (de Lille), HAUTANT (de Paris), ROCAZ (de Bordeaux), SOURBÉS (de Mezin).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs BERGOUIGNAN (d'Evian), BONNIOT (de Paris), CARBOU (de Carcassonne), CHEVALIER, CHOUQUET (de Paris), CONDAMY (de La Rochelle), FRINGUET (de Brioux-sur-Boutonne), JACQUEMIN (de Larressorre), PAMART (de Paris), ROCHER (de Rouen), ROCHON (de Clermont-Ferrand), SANTENOISE (de Saint-Vile), SCHWARTZ (de Colmar), SÉJOURNET (de Paris), SETA (de Bastelica), TACUSSEL (de Chablis).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le Professeur agrégé F. LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis avec la collaboration de MM. les Drs AUBIN, MADURO et REMY NÉRIS, assistants du service, commencera, le 13 fevrier 1928, à 14 heures et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 500 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e)

Programme du cours. — 1° Anesthésies. Paracentèse. Extraction des osselets. Trépanation de la mastoïde. — 2° Les évidements pétro-mastoïdiens. La chirurgie du labyrinthe. — 3° Les complications veineuses et encéphaliques des oto-mastoïdites. — 4° Ligature de la jugulaire interne et de la carotide externe. — 5° Chirurgie endo-nasale et endo septale. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire, du sinus frontal et de l'ethmoïde. — 7° Les rhinotomies et la résection du maxillaire supérieur. — 8° Trachéotomie. Laryngo-fissure, Laryngectomie partielle. — 9° Laryngectomie totale et pharyngotomies. — 10° Broncho œsophagoscopie sur le cadavre. — 11° Broncho-œsophagoscopie sur le chien. — 12° Trachéotomie Thyrotomie. Laryngectomie sur le chien.

Etat de l'académie des sciences au 1er janvier 1928. — Section médecine et chirurgie : Drs ARSONVAL, Charles RICHET, E. QUÉNU, F. WIDAL, P. BAZY, J. VINCENT.

Hôpital St-Antoine. (Service du Dr BENSAUDE.) — *Cours sur les maladies de l'intestin.* — Du 6 au 11 février, le Dr Raoul BENSAUDE, assisté de MM. André CAIN, médecin des hôpitaux, Pierre OURY, HILLEMAND, RACHET, LELONG, LAMBLING, MEYER, MARCHAND, TERRIAL et BARADUC, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (Rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic.

Les conférences théoriques traiteront du diagnostic et du traitement des affections et syndromes suivants : constipation ; diarrhée ; appendicite chronique ; cancer du côlon ; dysenteries ; hémorroïdes ; cancer du rectum ; recto-colites ; rétrécissements du rectum ; méga-côlon ; syndromes coliques de l'enfant ; traitement hydro-minéral des affections intestinales.

Des démonstrations pratiques suivront chacune de ces conférences et porteront sur les sujets suivants : Examen chimique et parasitologiques des fèces ; Examen radiologique par repas et lavement opaque ; Biopsie rectale ; Emploi des différents agents physiques dans les affections intestinales.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 francs, et s'inscrire, en raison du nombre limité de places, auprès du Dr OURY (Hôpital St-Antoine, Service du Dr BENSAUDE).

Un certificat d'assuidité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 13 février 1928, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 23 janvier au mercredi 1er février 1928 inclusivement.

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 février 1928, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'assistance publique de quatorze heures à dix-sept heures, du lundi 30 janvier au samedi 11 février 1928 inclusivement.

Le secret professionnel. — Un médecin expert, le Dr X. vient d'être poursuivi devant la 12e chambre correctionnelle sous l'inculpation de violation de secret professionnel : une telle poursuite est rare, et le cas d'espèce soumis aux magistrats se présentait dans des conditions curieuses.

Le Dr X. avait écrit à un de ses amis, en instance de divorce, une lettre dans laquelle il lui indiquait que l'actuel état de santé de sa femme était la suite de malaises et d'accidents survenus à une date antérieure au mariage et pour lesquels il avait été appelé à lui donner ses soins.

Le mari s'empressa de verser cette lettre au dossier du divorce qui fut alors prononcé.

La femme riposta en déposant une plainte contre le docteur X, qui avait violé le secret préfessionnel.

A l'audience, le mari de l'ancienne cliente du médecin, voulant dégager la responsabilité de celui-ci, affirma qu'il était au courant des évènements auxquels se rapportait la lettre du docteur X.

Ainsi donc, plaidait Me Brunschwicg, au nom de l'inculpé, le Dr X. n'a pas révélé le secret, puisqu'il n'y avait point de secret, le délit n'existe donc pas.

Mais le subsistut Falco, dans un réquisitoire très fortement motivé, critique une pareille argumentation :

— L'obligation au silence, dit-il, s'impose au médecin, même quand le fait est connu. Le médecin recevant les confidences d'un malade et connaissant son mal, est par le fait même dépositaire d'un secret qu'il ne peut révéler, confirmer ou authentifier.

« Il n'est pas tolérable que les médecins qui sont toujours des confidents nécessaires, se fassent les pourvoyeurs de divorces ».

Et le tribunal, que présidait Me Tanon condamna le docteur X à 500 francs d'amende.

Cours de Cassation. — *Dommages-intérêts réclamés par un employé de la Compagnie du Nord pour une aggravation d'une affection de l'estomac résultant d'un prétendu fonctionnement défectueux du service médical de la Compagnie. — La juridiction prud'homale, décide la Cour de Cassation, n'a pas qualité pour connaître un litige qui n'est pas la conséquence directe du contrat de louage de services.* — Un employé de la Compagnie du Nord, entré en 1918 dans cette administration, comme dessinateur, se plaignit, en 1921, de souffrir de l'estomac.

Le médecin de la Compagnie le soigna pour des troubles nerveux attribués à la guerre et, la maladie s'étant aggravée, un examen radiographique, effectué à l'hôpital Saint-Antoine, révéla chez le sujet une lésion déjà ancienne de l'estomac.

En 1924, nouvelles souffrances, qui obligèrent le dessinateur à interrompre son service. Le médecin principal de la Compagnie diagnostiqua des crises hépatiques et, à défaut d'accord avec son administration, l'employé l'assigna devant le conseil des prud'hommes en remboursement de ses quatre premiers jours de maladie, avec 5.000 fr. de dommages-intérêts à raison du prétendu préjudice *moral* à lui causé « par les accusations publiques de folie du médecin de la Compagnie », qui l'avait soigné comme névropathe, et *matériel* dû à l'aggravation de son état, faute de traitement approprié depuis 1921.

Les prud'hommes accordèrent au demandeur 77 fr. 80 de salaires et se déclarèrent incompétents pour les dommages-intérêts. Leur décision fut confirmée, le 12 février 1927, par un jugement du tribunal de la Seine, contre lequel l'employé s'est pourvu en cassation.

Après plaidoirie de Mes Hersant pour le dessinateur, et Cail pour la Compagnie du Nord, la chambre civile a rejeté le pourvoi (basé sur la violation de la loi du 27 mars 1907, art. 1er), en disant qu'à bon droit le tribunal avait déclaré le conseil des prud'hommes incompétent quant aux dommages-intérêts réclamés pour une aggravation de maladie résultant du prétendu fonctionnement défectueux du service médical de la Compagnie, — car le litige n'étant *pas la conséquence directe du contrat de louage de services*, la juridiction prud'homale n'avait pas qualité pour en connaître. (*Echo de Paris.*)

La maison de Darwin. — L'Association britannique pour la préservation des monuments historiques a songé à protéger Downe House, dans le comté de Kent, des profanations éventuelles. C'est dans cette demeure, en effet, que le fameux naturaliste et physiologiste anglais Darwin passa quarante années de sa vie et y collationna de ses innombrables observations personnelles les idées qui devaient former le corps de la doctrine transformiste. Dès que l'école qu'abrite actuellement Downe House aura trouvé d'autres locaux, la maison du savant deviendra propriété nationale.

Un pavillon pour les lépreux à l'hôpital St-Louis. — Le conseil général de la Seine a voté un crédit de 1.040.000 francs à l'hôpital St-Louis dour la construction d'un pavillon spécialement réservé aux lépreux de Paris. On estime qu'il y a 500 ou 600 lépreux dans toute la France dont 150 environ à Paris.

A la maison natale de Pasteur. — A Dôle, le 27 décembre dernier, le comité de « la maison natale de Pasteur » a fêté l'anniversaire de l'illustre savant. A cette occasion, une délégation se rendit à la maison natale ; on déposa une gerbe devant les portraits de famille ; les bienfaits de Pasteur furent éloquemment rappelés. Une reproduction du buste de Louis Pasteur par Aronson, que l'Etat sur la proposition de M. Paul Léon, directeur des Beaux-Arts, vient d'attribuer à la maison natale, fut présentée au public. On jeta les bases d'une société qui portera le nom de « Société des amis de la maison natale de Pasteur ». En 1927 les visites à la maison natale de Pasteur ont été encore plus nombreuses qu'en 1926, du mois de juillet à octobre, on a enregistré mille six cent quatre-vingt-huit entrées.

Collège libre des sciences sociales (Sociétés Savantes, Métro : Odéon). — *Cours d'hygiène, organisation & technique ménagères.* Inaugurés sous les auspices du Sous-Secrétariat d'Etat de l'enseignement technique.(Psychophysiologie du Travail.)

Le Dr Gommès, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin inspecteur des écoles, professeur, commencera son cours le mercredi 25 janvier et les continuera les mercredis 1er 8, 15, 22 février, à 4 h 1/2. (Avec projections. Entrée Libre.)

Nécrologie. — M. Gustave Patein, ancien pharmacien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Dr Jean Keller, chef du laboratoire de radiologie de l'hospice de Bicêtre. — M. Jean Danysz, chef de service à l'Institut Pasteur. — Dr Dagron, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Les religions révélées, par Henri Roger. Tome I : L'Hébraïsme, Tome II : Le Christianisme. Deux volumes petit in-4° (19 × 24), tiré à 550 exemplaires numérotés : 90 francs. *Les Arts et Livre*, 17, rue Froidevaux, Paris.

L'ouvrage de M. Henri Roger est destiné à tous ceux qui s'intéressent aux questions religieuses et qui n'ont ni le temps ni le moyen de remonter aux textes, et de s'initier aux travaux de l'exégèse moderne et de la critique.

Le premier volume, consacré à l'*Hébraïsme*, commence par une analyse de la Bible. Peu de personnes ont lu le livre sacré dans un texte exact et intégral. L'auteur en donne un résumé précis, en ayant soin d'indiquer les emprunts faits aux mythes antérieures et de réfuter les interprétations erronées des Pères de l'Eglise ; dans un chapitre synthétique, il décrit en détail la religion des Juifs, montre l'évolution des conceptions et des doctrines, trace un portrait saisissant du Dieu terrible et jaloux, dont il analyse la curieuse psychologie.

Passant à l'histoire des prophètes, il relève tous les textes invoqués par les Pères de l'Eglise ; il conclut que rien de ce qu'ils ont annoncé ne peut s'appliquer, sans réserve, au Christ chrétien.

Le deuxième volume consacré au *Christianisme*, commence par un exposé de ce que nous savons sur la vie de Jésus et par une critique des doctrines et des idées qu'on peut lui attribuer. Après quelques pages sur le rôle de Saint-Paul, l'auteur trace l'évolution du Christianisme, résume l'histoire de son développement, de ses cultes politiques et de ses conflits avec la science. Il fait l'histoire critique des Miracles et termine par un exposé de ce qu'on peut appeler la religion Mondaine du XX[e] siècle.

Habitué à la recherche scientifique, l'auteur passe au crible d'une critique serrée les mythes et les dogmes et il en démontre la fragilité ; les bases mêmes de la religion Judéo-Chrétienne sont ébranlées par les coups que leur porte sa logique implacable.

Ce livre suscitera de vives polémiques ; il sera violemment attaqué aussi bien par les croyants de toutes les églises que par les libres-penseurs. L'impartialité de l'auteur ne lui vaudra l'approbation d'aucun parti. Mais la puissance de sa dialectique et la solidité de son argumentation permettront aux lecteurs judicieux d'apprécier une œuvre où sont exposés et discutés, avec bonne foi, les problèmes qui de tout temps ont passionné l'Humanité.

La Vie, par le Dr Jean-Paul BOUNHIOL, avec une préface du professeur L. JOUBIN. Bibliothèque de philosophie scientifique. Un volume in-18 jésus. — Prix : 12 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Riche de faits, et d'idées, cet ouvrage est d'une lecture des plus attachantes. On y trouvera une étude pénétrante du débit énergétique des animaux et de l'homme avec une conception nouvelle des hiérarchies fonctionnelles, de l'assimilation, de l'accroissement, du vieillissement des individus, des lignées et des espèces.

L'influence des milieux physiques et des climats s'y trouve lumineusement mise en relief. Les associations biologiques spontanées (parasitismes) ou provoquées (greffes) y reçoivent des explications toutes nouvelles. Une conception particulière de la genèse des cancers et autres tumeurs anarchiques en découle logiquement. Les greffes dites de *rajeunissement* qui ont fait, un moment, tant de bruit, y sont étudiées et leur avenir nettement prédit.

L'auteur n'a pas négligé les grandes questions relatives à la fécondation, à l'hérédité, à la variation. Il a essayé de les rendre plus accessibles et plus nettes. Par des liens étroits, il rattache tous ces phénomènes à la loi générale du vieillissement. Le sens de l'évolution animale tout entière se dégage et se précise.

L'art de se raser, par Georges MALET. (Préface de Georges-Armand Masson). Un volume in-16 96 pages : 4 fr. Editions du Siècle : 121, Boul. Saint-Michel, Paris.

On se rend compte, en lisant M. Georges Malet, que notre éducation est toute à refaire, que nous nous rasons le plus souvent mal et selon des principes périmés.

Apprenons donc à nous bien raser. M. Georges-Armand Masson, qui a écrit pour ce livre une préface éblouissante, prétend que « savoir se raser, c'est peut-être la définition du bonheur, c'est en tous cas l'art de réussir ».

Jésus devant la Science. Voilà vos bergers., par le Dr. E. VÉRUT Préface de M. Louis BERTRAND. Chez Maloine. Edit. 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Ce livre n'est point de ceux qui passent inaperçus, et l'effort du Dr. E. Vérut mérite d'être souligné, tant par la conscience de sa documentation que par le haut sujet qu'il envisage.

Qu'était Jésus ? Etait-il Dieu ? comme le croient les chrétiens. Ne fut-il qu'un homme ? comme le prétendent les rationalistes, qui ont successivement fait de lui un juste (Voltaire), le fondateur du panthéisme (Renan), un paralytique général (Jules Joury), un fou religieux (Binet-Sanglé), Le fondateur du communisme (Barbusse). Les modernistes sont même allés jusqu'à nier sa réalité historique.

De ces diverses solutions proposées au problème de la personnalité de Jésus, le Docteur E. Vérut à entrepris, en les envisageant d'abord isolément, de démontrer qu'aucune ne tient debout, « Entreprise d'une belle audace » dit son éminent préfacier Louis Bertrand, et à laquelle seul pouvait se risquer un médecin averti et « d'une vaste érudition »

Puis, il a montré que, par surcroît, toutes ces solutions se brisent par ce même inévitable écueil, qui est l'explication de l'établissement du christianisme. Et sur ce même écueil il a édifié la solution positive du troublant problème à laquelle la Science l'a conduit.

Il sera difficile à quiconque aura suivi pas à pas son argumentation, de ne pas souscrire aux conclusions de sa « très sérieuse et très solide étude ».

De toute manière c'est une œuvre bonne et belle et qui mérite qu'on dise d'elle avec La Bruyère : « Quand une lecture vous élève l'esprit et qu'elle vous inspire des sentiments nobles et courageux, « ne cherchez pas une autre règle pour juger de l'ouvrage : il est bon « et fait de main d'ouvrier »

L. LORTAT-JACOB

Lamartine et la Savoie (*Extraits situés et commentés*), par G. ROTH. Dardel, éditeur, Chambéry, 1 vol. Prix : 12 fr.

On conçoit dès qu'un admirateur de Lamartine, pris lui aussi de dilection pour les mêmes vallées, se soit attaché à recueillir dans les œuvres et dans la biographie du poète, tout ce qui concerne ses rapports avec la Savoie.

Ces éléments divers et épars, une fois groupés et commentés avec érudition et clairvoyance, gagnent un plus grand intérêt du fait de leur réunion et grâce aux renseignements qu'apporte le commentaire. Ainsi les amis du poète le touriste lettré auront plaisir à relire, replacés dans leurs circonstances et dans leur cadre, quelques-uns des admirables poèmes et nombre de pages d'une prose harmonieuse écrits par celui dont on a pu dire justement qu'il était « la poésie même ».

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la valeur séméiologique des contractures dans les inondations ventriculaires et méningées. Essai d'explications pathogéniques

Par L. LANGERON,
(Clinique médicale de l'Université libre de Lille.)

Il est de notion courante et à juste titre classique, que parmi les comas apoplectiques, quelques-uns se signalent par des contractures précoces plus ou moins généralisés, tandis que d'autres, en plus grand nombre, sont caractérisés par une flaccidité totale ou prédominante du côté paralysé, abstraction faite naturellement des autres éléments séméiologiques du tableau clinique, abstraction faite également de la variété pseudo-précoce des contractures de Bard, toutes choses dont il ne sera pas question ici.

Les premiers relèvent d'une inondation ventriculaire ou méningée, hémorragie cérébro-méningée ou méningée primitive constituant cliniquement la forme apoplectique des hémorragies méningées opposée à la forme méningitique de ces mêmes hémorragies. Les seconds ont pour cause une hémorragie, ou quelquefois un ramollissement localisé à l'intérieur du cerveau et la contracture ne s'y montre que tardivement.

L'inondation ventriculaire ou méningée à forme apoplectique se caractérise donc par des contractures précoces qui différencient ces comas de ceux très analogues causés par la simple hémorragie intra-cérébrale. La constatation de contractures précoces au cours d'un coma apoplectique fait penser à l'inondation ventriculaire ou méningée ; l'absence de contracture fait éliminer cette cause.

Telle est la doctrine classique : opinion de Boudet(1), de Durand-Fardel (2), ce dernier s'exprimant ainsi :

« Quand le sang épanché demeure circonscrit dans la pulpe cérébrale, il y a une simple résolution des membres, c'est-à-dire paralysie avec flaccidité des muscles. Quand le foyer s'est ouvert dans les ventricules ou les méninges, on observe de la contracture dans les membres paralysés, quelquefois dans les autres. »

Déjerine (3) dit de même « la coexistence de contractures et de coma chez un homme âgé, athéromateux ou cardiaque, fera présumer une hémorragie ventriculaire ». Et enfin tout récemment Klippel (4) : « Il faut encore indiquer en outre des troubles qui se produisent durant le coma (apoplectique) mais qui au lieu de relever de la torpeur apoplectique sont le résultat de l'irritation qui peut se produire dans le foyer d'hémorragie... mais surtout au niveau des ventricules et des espaces méningés, quand l'épanchement se produit dans ces cavités ou qu'il vient à fuser jusque dans le rachis. Ce sont des contractures et des convulsions comme on en voit habituellement dans l'hémorragie méningée primitive. »

Voici donc nettement exprimée l'opinion classique répondant à la généralité très grande des faits : hémorragie intra-cérébrale, ictus apoplectique flasque et exceptionnellement contractures : inondation ventriculaire ou méningée, contractures précoces, plus ou moins généralisées. Il y a pourtant des exceptions et ce sont sur celles-ci, peut être pas assez présentes à l'esprit, que nous désirons attirer l'attention, à savoir la possibilité d'inondations ventriculaires ou méningées sans contractures.

Déjà dans la statistique de Durand-Fardel, sur vingt-six cas d'hémorragie cérébrale avec rupture du foyer dans les ventricules ou les méninges, quatre se signalèrent par une résolution musculaire complète, sans contractures.

Dans la thèse de Froin (1), pour ne citer que ce travail d'ensemble sur les hémorragies méningées, sur douze observations d'hémorragies cérébro-méningées avec inondation ventriculaire plus ou moins marquée, on note quatre cas de contracture généralisée, quatre de flaccidité sans contractures et neuf de contractures localisées. (Les deux autres observations n'ont pas d'autopsie). C'est dire par conséquent que cette constatation n'est pas exceptionnelle d'inondation ventriculaire, avec flaccidité ; il y a contraste évident entre la très grande fréquence de la contracture, dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne méninge-cérébrale primitive à forme de méningite aiguë et la contingence de cette manifestation dans l'inondation ventriculaire, hémorragie cérébro-méningée, à forme d'ictus apoplectique.

Nous venons d'observer, dans notre service, deux observations anatomo-cliniques de ces inondations ventriculaires et méningées sans contractures : les voici :

I. — F... Marius, 54 ans. Amené dans le coma apoplectique complet, datant d'un ictus établi brusquement dans la rue, sans prodromes, quelques heures auparavant. Le visage est vultueux, la respiration stertoreuse avec rythme de Cheynes-Stokes, les quatre membres en état de résolution, partielle aux membres supérieurs où les réflexes existent, complète aux membres inférieurs avec abolition des réflexes, Babinski en extension, réflexes de défense très nets bilatéraux.

Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig.

Le cœur parait gros, les battements en sont tumultueux et arythmiques ; il y a au niveau du IIe espace droit un éclat clangoreux du deuxième bruit sans souffle diastolique ; le pouls est à 80, la P. A. à 270/160 ; rien aux poumons, ni à l'abdomen ; les urines ne peuvent être examinées. Les pupilles sont inégales et en mydriase sans réactions bien nettes.

Ponction lombaire : liquide sanglant, s'écoulant en jet, la tension est extrêmement forte et inappréciable l'aiguille du manomètre (appareil de Claude) venant buter à la fin de sa course, elle est certainement supérieure à 150, sans qu'on puisse l'évaluer plus exactement.

Laquage du sang, épreuve de Bard positive.

Une saignée est faite. Urée 0 gr. 65 0/00. La malade meurt dans les instants qui suivent.

A l'autopsie : Hémorragie considérable, remplissant les ventricules latéraux et moyen, les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux et médullaires ; congestion veineuse des hémisphères, piqueté hémorragique de la substance cérébrale mais sans foyer hémorragique, source de l'inondation méningée. Il s'agit donc d'une hémorragie méningée primitive.

Le cœur pèse 550 gr., dilatation et hypertrophie du ventricule gauche : les reins paraissent normaux ; l'aorte est athéromateuse ; les poumons congestionnés, les surrénales volumineuses.

En somme il s'agissait, chez un hypertendu probablement solitaire, d'une hémorragie méningée primitive, considérable avec énorme hypertension rachidienne, ayant déterminé un coma apoplectique brusque sans contractures musculaires.

II. — D... Sophie, 72 ans. Amenée à l'hôpital dans le coma. On sait seulement qu'elle était bien portante la veille, et qu'on l'a trouvée le matin même dans l'état où elle est actuellement.

Le faciès est pâle, non cyanosé, les pupilles en myosis, la respiration à rythme de Cheynes-Stokes. La résolution musculaire est complète, les réflexes tendineux à peu près normaux ; il y a un Babinski en extension bi-latéral. Les réactions pupillaires sont normales, rien à la face. La tension artérielle est de 20/10, les bruits du cœur réguliers mais sourds ; la température est de 37° mais monte à 39° le lendemain : albuminurie à 0 gr. 50 0/00 ; azotemie 0 gr. 67 0/00. Une ponction lombaire ra-

---

(1) Mémoire sur l'hémorragie des méninges. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839.)

(2) De la contracture dans l'hémorragie cérébrale. (*Archives générales de médecine*, 1843.)

(3) Seméiologie des affections du système nerveux. (Masson et Cie, 1914, p. 13.)

(4) Nouveau Traité de médecine. (Masson et Cie, 1925, t. XIX, p. 362.)

(1) Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hémolyse en général. (Paris 1904-1905.)

mène un liquide sanglant, ne se coagulant pas, l'épreuve de Bard y est positive. Pas de Kernig.

La malade meurt le surlendemain, toujours dans le coma avec résolution musculaire complète et généralisée.

A l'autopsie : Piqueté hémorragique de la région opto-striée gauche, avec foyer de ramollissement hémorragique dans la région juxta-ventriculaire gauche ; les deux ventricules latéraux, surtout le gauche, sont remplis de caillots ; du sang liquide a fusé dans les autres ventricules et dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux et médullaires.

Cœur gros avec dilatation hypertrophique du ventricule gauche.

Le rein gauche pèse 210 grammes, il est d'apparence normale, se décortique bien : le rein droit par contre ne pèse que 70 gr. : il est nettement scléreux, dur à la coupe, la substance corticale est extrêmement réduite, la capsule très adhérente entraîne des lambeaux de tissu rénal.

En résumé : néphrite chronique atrophique avec hémorragie intra-cérébrale et inondation ventriculaire et méningée, coma apoplectique sans contractures.

Ces divers exemples montrent suffisamment qu'on peut observer dans le cadre clinique de l'ictus et du coma apoplectique des exsudations ventriculaires et méningées d'origine diverse, hémorragie méningée primitive ou cérébro-méningée, sans contractures ; ces faits bien que rares, sont incontestables. Leur peu de fréquence s'oppose néanmoins à la contracture intense qui accompagne habituellement l'hémorragie sous-arachnoïdienne à forme de méningite. Quelles raisons peut-on donner, quelles explications peut-on fournir de ces différences avec ce qu'on observe habituellement.

La contracture des hémorragies ventriculaires et méningés en général est communément rapportée à l'irritation des surfaces méningées par le sang épanché. Froin fait remarquer qu'elle est souvent à son maximum au moment où la destruction des hématies se fait avec le plus d'intensité, c'est-à-dire d'une façon assez tardive : on sait par ailleurs qne sa topographie est variable, tantôt bilatérale, tantôt unilatérale, tantôt même prédominante du côté sain ; elle n'est pas non plus toujours en rapport avec l'importance de l'hémorragie, absente le plus souvent dans les comas profonds, elle est presque constante chez le malade éveillé ou à demi-conscient ; elle est enfin spontanée ou seulement provoquée par la recherche du signe de Kernig ou la mobilisation du malade.

D'autre part, pour expliquer la torpeur et l'état de résolution musculaire du coma apoplectique de l'hémorragie cérébrale, il existe de nombreuses théories, qu'il est inutile de rappeler ici, et parmi lesquelles celle de la stupeur ou de l'inhibition cérébrale est la plus généralement admise.

Ces données anatomiques, cliniques et pathogéniques peuvent servir à tenter une explication des différences séméiologiques observées dans les diverses formes d'hémorragies ventriculaires et méningées.

Dans l'inondation ventriculaire ou méningée qui se caractérise cliniquement par le coma apoplectique, il existe le plus souvent des lésions cérébrales plus ou moins intenses ; l'hémorragie est habituellement cérébro-méningée détruisant d'abord une portion variable du tissu cérébral avant de faire irruption dans les ventricules. Au contraire dans l'hémorragie méningée primitive et isolée à forme de méningite, le tissu cérébral est habituellement intact. il n'est donc pas étonnant que dans le premier cas on ait un mélange, en proportions variables suivant les éventualités qui peuvent se produire, de symptômes dus à la stupeur cérébrale (torpeur et flaccidité) et à l'irritation méningée (agitation et contractures) ; et ceci d'autant plus, que la gravité et l'abondance de l'hémorragie ne permettent pas, en amenant rapidement la mort dans la majorité des cas, cette résorption sanguine qui, d'après Froin, serait la principale cause de l'irritation méningée, cause de la contracture. Il n'est donc pas surprenant que les phénomènes de stupeur cérébrale puissent prendre le pas sur les symptômes d'irritation méningée et que contrairement à la règle clinique, l'inondation ventriculaire ou méningée apoplectiforme puisse se signaler par l'absence de contractures. Dans l'hémorragie méningée isolée, à forme méningitique, au contraire, tout permet ces contractures, intégrité relative de tissu cérébral, hémorragie moins abondante, évolution plus lente permettant la résorption sanguine.

Ces considérations anatomiques permettent donc de concevoir, comment les choses peuvent se passer dans la majorité des cas ; cependant elles ne sauraient toujours suffire. En effet dans notre première observation, il s'agissait d'une hémorragie à forme apoplectique purement méningée, sans destruction du tissu cérébral et cependant la flaccidité était remarquable surtout aux membres inférieurs : en revanche l'hypertension rachidienne était énorme, dépassant de beaucoup les chiffres qu'on a l'habitude de rencontrer, et nous pensons qu'il y a là, peut-être, la raison de cette absence de contractures, vraiment anormale dans l'hémorragie méningée pure. On connaît bien en effet les effets de l'hypertension rachidienne, aboutissant à la torpeur, au coma et la flaccidité musculaire avec abolition des réflexes, dans les états chroniques où cette tension s'élève progressivement, les tumeurs cérébrales par exemple et on explique communément ce résultat par l'action de l'hypertension sur les centres nerveux supérieurs et sur les racines postérieures, dans lesquelles se produit une sorte de dilacération et d'inhibition mécanique à laquelle s'ajoute quelquefois même un élément inflammatoire. Il n'est pas absurde de supposer, au cours de l'inondation ventriculaire ou méningée, un processus analogue méningé et purement mécanique, agissant à la fois à la périphérie et au centre de l'axe nerveux cérébro-spinal, pour déterminer dans les cas, d'hypertension brusque et intense, une sorte d'inhibition ou de stupeur cérébrale médullaire et même radiculaire, expliquant l'état comateux apoplectique, la flaccidité musculaire, l'abolition des réflexes au lieu des contractures qui s'observent lorsque cette même hémorragie ventriculaire ou méningée ne détermine qu'une minime hypertension rachidienne, permettant alors la mise en jeu des symptômes, non plus d'inhibition, mais bien d'excitation cérébrale et médullaire. On pourrait peut-être trouver danc ce fait la raison d'être, d'après les observations de la tension rachidienne, des différences cliniques, formes apoplectiques ou méningitiques, entre les hémorragies méningées primitives anatomiquement semblables, sans lésions cérébrales, et ne différant entre elles que par la rapidité et l'intensité de l'hémorragie, entraînant des différences parallèles entre les états tensionnels observés au niveau des cavités encéphalo-rachidiennes. Mais pour fixer un chiffre même approximatif de la tension rachidienne en deçà duquel apparaissent flaccidité et état apoplectique, nous manquons totalement de documents, la plupart des observations étant ou bien antérieures à la pratique de la prise de tension rachidienne, ou bien muettes à ce sujet. Il faudrait pour cela, dans tous les cas où cette question se pose, noter systématiquement et le chiffre de la tension rachidienne, et l'état de flaccidité ou de contracture musculaire observée.

Quoi qu'il en soit de cette double explication (anatomique le plus souvent par l'existence de lésions cérébrales expliquant la stupeur ou inhibition cérébrale, physiologique quelquefois par hypertension entraînant cette même inhibition ou stupeur cérébrale) de l'absence de contractures dans certaines formes d'inondations ventriculaires ou méningées d'allure apoplectique, le fait anatomo-clinique n'en subsiste pas moins et on doit en tenir compte dans la pratique. Pour dépister précocement ces cas, avant la ponction lombaire ou en son absence, il faut connaître d'abord leur existence, en désaccord avec l'opinion généralement admise, rechercher ensuite dans le tableau clinique d'autres éléments séméiologiques qui permettent de les faire reconnaître. Sans vouloir faire ici cet inventaire, nous signalerons



l'importance accordée par Froment et Bernheim(1) à l'hyperkinésie réflexe bilatérale et symétrique, dans un cas où précisément toute contracture faisait défaut, avec cependant une hémorragie méningée étendue à toute la corticalité sans foyer hémorragique intra-cérébral.

Nous conclurons donc ainsi :

1) La contracture n'est pas un élément indispensable du tableau clinique des inondations ventriculaires ou méningées à forme apoplectique ; en face d'un coma apoplectique avec flaccidité, il faut songer à la possibilité de cette inondation et en chercher les autres signes.

2) La raison de cette flaccidité, au lieu de la contracture classiquement et le plus souvent observée, peut être trouvée dans l'existence de lésions cérébrales (hémorragies cérébro-méningées) à la faveur desquelles les symptômes de stupeur cérébrale prennent le pas sur ceux d'inondation méningée, soit dans l'hypertension encéphalo-rachidienne créée par l'hémorragie (purement méningée et sans lésions cérébrales) entraînant également des symptômes d'inhibition intense.

3) Il est possible que ces différences de tension puissent expliquer les différences cliniques, formes apoplectiques et méningitiques, qui distinguent les hémorragies méningées primitives, anatomiquement semblables et sans lésions cérébrales, les formes apoplectiques étant le fait d'une considérable et brusque hypertension.

Sur le sens phylogénétique des réflexes d'orthostatisme viscéral chez l'homme, leur labilité et leurs rapports avec les ptoses et les prolapsus. Le réflexe périnéal (2)

Par le Dr M.-J. LOBIN-EPSTEIN
Assistant de la Clinique.

On sait maintenant que les organes abdominaux et même rétro abdominaux de l'homme sont maintenus en place non pas par les mésentères ou les ligaments suspenseurs,qui ne jouent qu'un rôle orientateur, mais bien par la pression réciproque de ces organes, pression entretenue par les contractions réflexes des parois musculaires de la cavité abdominale.

Déjà Mathes et d'autres auteurs avant lui ont indiqué que la notion de la presse abdominale doit s'étendre à tout l'ensemble des parois musculaires de la cavité abdominale.

Les mécanismes réflexes, contractibilité réflexe ou tonus des muscles indiqués, qui maintiennent la forme caractéristique de cette dernière se compose à proprement parler des éléments suivants : 1° la contraction tonique (tonus) réflexe des parois abdominales antérieures ; 2° la contraction tonique du diaphragme pelvien ; 3° la contraction tonique des parois abdominales postérieures ; 4° partiellement par le tonus du diaphragme ; 5° en dehors de ces muscles, il faut considérer l'action corrélative des mécanismes réflexes des autres muscles du tronc (par exemple des muscles vertébraux) et même du membre inférieur.

L'ensemble et l'action réciproque de ces réflexes détermine la forme de la cavité abdominale propre à l'homme. Cette dernière se caractérise par une série de caractères qui nous est propre ; tandis que chez tous les mammifères et oiseaux elle est arrondie, ovoïde avec un grand diamètre transversal allant d'avant en arrière, la cavité abdominale de l'homme présente un aplatissement antéro-postérieur.

(1) Hémorragie méningée, exagération des réflexes et hyperkinésie bilatérales. (*Lyon médical*, 1921, 225.)

(2) Travail de la Clinique de pathologie chirurgicale générale de l'Institut médical de Kiew ; Directeur : M. le prof. M.-N. MOSKALEW.

D'autre part la lordose lombaire,habituelle chez l'homme actuel, n'existe pas chez les autres mammifères ; même les anthropoïdes qui nous sont le plus rapprochés dans la série animale ne présentent pas de lordose lombaire ; leur cavité abdominale est arrondie et proéminente surtout dans sa partie inférieure. En cela la forme de la cavité abdominale de ces primates diffère de celle de mammifères pronogrades (c'est-à-dire tenant leur tronc parallèlement au plan de propagation), car chez ces derniers la partie postérieure de l'abdomen est plutôt rétrécie ; la masse des viscères trouve son appui sur le diaphragme et la partie craniale des parois abdominales antérieures. Dans la région pelvienne, règne une pression minime, parfois même négative, car cette région est somme toute le point le plus haut de la cavité.

Chez l'anthropoïde orthograde (c'est-à-dire tenant le tronc à moitié redressé) la pression dans la région pelvienne est déjà plus élevée, mais — comme l'indique Keith — la pression de la colonne viscérale tombe sur la région pubienne ; la partie caudale inférieure de son abdomen est proéminente, bombée en tonneau, mais il n'y a pas encore de réflexes des muscles abdominaux élaborés capables de rejeter automatiquement en arrière les viscères et de les maintenir d'une façon stable, car somme toute l'attitude verticale et redressée n'est pas leur position habituelle.

Ce n'est que chez l'homme que nous voyons, grâce à la lordose et à une bascule du bassin que le diaphragme pelvien forme la partie la plus déclive de la cavité abdomino-pelvienne. La pression de la colonne hydraulique des viscères a amené une élaboration des contre-actions, mécanismes réflexes, à savoir une contraction tonique des parois pelviennes et abdominales : cette dernière se redresse et n'est plus bombée en avant. Mais la forme de la cavité abdominale devient déjà beaucoup plus compliquée : la lordose lombaire et la proéminence accentuée des corps vertébraux en avant font subdiviser celle-ci en quatre parties : droite et gauche, supérieure et inférieure. Cette configuration de la cavité abdominale ainsi que la lordose est intimement liée à la station verticale de l'homme et est sa conséquence directe. L'homme de Neanderthal qui n'avait pas une démarche complètement redressée, avait une lordose lombaire peu marquée (Boule, Klaatsch et d'autres) ; le nouveau-né, suivant la loi de récapitulation ontogénétique, présente une absence de lordose (Lammers, Merkel, Cunningham et autres) et un abdomen arrondi et proéminent, rappelant en cela les rapports existant chez les anthropoïdes ; par contre chez des fœtus humains de quatre à cinq mois environ que l'on doit examiner plongés dans de l'eau, j'ai remarqué que la partie inférieure de l'abdomen a une forme plus rétrécie, ce qui doit être considéré comme une récapitulation d'un stade phylogénétique antérieur correspondant à l'état pronograde des primates.

Comme nous l'avons dit plus haut, les parois musculaires du détroit inférieur du bassin chez l'homme ont à soutenir une pression relativement très grande ; c'est cette musculature qui somme toute forme la contre-pression et détermine la résistance de la partie déclive de la cavité abdomino-pelvienne.

C'est en raison de cela que — suivant le principe de Lamarck — la morphologie de la sortie pelvienne de l'homme a subi d'énormes changements. Et en première ligne déjà l'attitude semi-verticale de l'anthropoïde a amené — comme l'a déjà indiqué Broca — à la disparition de la queue. En effet, normalement chez le pronograde le diaphragme pelvien ne subit pas de pression : dans les moments de redressement du tronc de l'animal ce sont les muscles fléchisseurs ventraux de la queue (pubo-iléo-caudales) qui par leur contraction contribuent au soutien de la masse viscérale, dont la pression exagérée provoque cette contraction. Chez l'orthograde semi-redressé (anthropoïde) ancestral, cet abaissement continuel de la queue a fait diminuer et même abolir sa fonction et a amené à l'atrophie de cette organe (Keith), qui a eu lieu

à une époque suffisamment ancienne et bien antérieure à l'élaboration de la station verticale.

Les muscles ayant servi aux mouvements de la queue ont subi des changements considérables ; les fléchisseurs dorsaux sont presque disparus : des fléchisseurs ventraux, ceux qui ont pris part dans la formation du diaphragme pelvien se sont énormément développés (ayant formé le muscle releveur de l'anus), les autres se sont réduits. Ce n'est pas la place ici d'exposer ces processus anatomiques, étudiés par Strauss-Durkeim, Kollmann, Holl et d'autres, du côté de la primatologie comparative, je dirais seulement que si la structure du diaphragme pelvien est en principe la même chez nous et chez les anthropoïdes, par contre le degré quantitatif de ce processus est tout différent : ce n'est que chez l'homme que le releveur de l'anus a acquis la puissance que l'on sait et qui est en rapport direct avec le redressement complet du tronc.

C'est la même cause qui a amené un autre processus morphologique très important : les rapports de plus en plus étroits entre les muscles constituants du releveur de l'anus (et notamment du pubo-caudal-cocyg). et le rectum. Si chez les pronogrades, ces deux formations n'entrent pas pratiquement en contact, nous voyons dans la série des anthropoïdes comment cette liaison devient de plus en plus intime pour arriver à l'état observé chez l'homme, où, comme l'ont observé Sappey, Leshaft, Starkow et bien d'autres les fibres du releveur s'entremêlent avec celles des parois du rectum au point qu'il est impossible de séparer les deux formations. Au cours du développement de notre fœtus et du nouveau-né on peut observer (Popowski et d'autres) d'une part l'évolution suffisamment tardive du diaphragme pelvien et d'autre part la liaison intime entre le releveur de l'anus et du rectum, qui elle aussi refait ontogéniquement la récapitulation des processus phylogénétiques.

Parallèlement aux changements morphologiques de la sortie du bassin s'est élaboré chez l'homme un mécanisme réflexe du côté du diaphragme pelvien pour le maintien des viscères dans l'état de redressement vertical du tronc (orthostatisme viscéral).

Comme le mécanisme réflexe-tonus des parois abdominales antérieures, le tonus réflexe du diaphragme pelvien se trouve habituellement dans un état demi-contraction ; par des excitations diverses on peut amener sa contraction plus ample. Celle-ci se révèle par une *rétraction de l'anus vue à l'œil et par une contraction de la région sus-anale sentie par un doigt ganté introduit dans le rectum.*

Cette contraction réflexe que l'on peut, je crois, appeler le RÉFLEXE PÉRINÉAL (1) se provoque de manières différentes.

1° En mettant le malade sur le dos et prenant soin que les muscles du tronc soient relâchés (la tête doit reposer sur le plan horizontal) et après avoir mis les cuisses et les genoux en flexion et en abduction, on frappe avec le marteau à réflexe sur la ligne médiane de la région pubienne (os pubis), tout à fait de la même manière comme cela se fait pour provoquer le réflexe médico-pubien de Guillain :

2° En mettant le malade dans la position genu-pectorale avec les cuisses moyennement en abduction on frappe sur la région de l'articulation sacro coccygienne.

3° On peut l'obtenir aussi par des excitations de la peau de la région périnéale — et non pas seulement de la région anale strictement — par exemple par une épingle ou d'une façon analogue.

La contraction réflexe provoquée par les deux premières manières est due à des irritations venant du périoste ; c'est donc un réflexe périostal cutané, il est dû à la contraction du muscle releveur de l'anus qui, comme l'ont indiqué les auteurs antérieurs et surtout Morestin, Starkow, Keith et récemment encore W. Fischer et d'autres, est un muscle qui assure la fermeture du rectum.

Le réflexe indiqué doit être distingué du réflexe anal proprement dit (le réflexe du sphincter anal) ; ce dernier est moins étendu, provoque la simple fermeture de l'anus et s'obtient par l'excitation de la peau immédiatement autour de l'anus. Par la percussion de la région pubienne, il ne s'obtient pas, c'est-à-dire on n'obtient pas de cette dernière façon une contraction pure et simple de l'anus, mais bien une rétraction et un certain soulèvement de l'anus.

Les réflexes d'orthostatisme viscéral (réflexe des parois abdominales antérieures, périnéal etc.) de l'homme sont donc des caractères acquis avec la station verticale, c'est-à-dire phylogénétiquement très jeunes (1).

Ce fait se trouve confirmé d'une façon remarquable par les constatations faites tout récemment par Aronowitsch qui a entrepris l'étude des réflexes divers chez des singes et un orang ; il a trouvé chez eux l'absence totale des réflexes des muscles abdominaux (grand et petit obliques et transverse) ; on ne pouvait constater chez ces primates que des réflexes du muscle peaucier de l'abdomen (disparu chez nous). Cet auteur met justement en rapport l'élaboration du réflexe des parois abdominales chez l'homme avec la station verticale d'une part et son absence des primates à tronc non complètement érigé d'autre part.

J'ai cherché de ma part le réflexe périnéal chez des quadrupèdes (chien, chat, bouc) et aussi chez un singe. Chez les premiers le réflexe indiqué manque totalement c'est-à-dire on ne peut pas le provoquer ni par des coups légers sur le pubis ou la région sacro-coccygienne ni par des excitations cutanées. Chez le singe, qui était très agité, autant qu'il était possible d'en juger, ce réflexe était absent de même. Cette absence du réflexe périnéal chez des animaux pronogrades, où il est inutile, est entièrement conforme à ce que nous avons dit plus haut à propos de la pression hydrostatique minime au détroit inférieur du bassin chez ces animaux.

A l'évolution phylogénétique récente des réflexes d'orthostatisme viscéral chez l'homme correspond — suivant la loi de récapitulation ontogénétique de Müller Haeckel — l'apparition tardive des réflexes abdominal et périnéal chez le nouveau né.

En effet j'ai étudié ces réflexes chez des nouveau-nés que le Dr Khatountzeff (premier Assistant à la clinique obstétricale et gynécologique du Prof. Sokolow, de notre Institut) a bien voulu me permettre d'examiner ; chose curieuse et importante : j'ai trouvé que *ni le réflexe abdominal ni le réflexe périnéal ne s'observe pas chez eux.*

Le réflexe médio-pubien de Guillain qui se compose de deux parties : une supérieure — contraction de la paroi abdominale — et une inférieure — flexion et adduction des cuisses — n'est représenté chez eux que par sa partie inférieure, tandis qu'on observe le manque total de contraction de la paroi abdominale, la flexion des cuisses s'observe très nettement et très facilement. En cela ce réflexe se comporte chez le nouveau-né exactement comme chez les singes, où Aronowitsch a constaté la présence de l'élément inférieur et l'absence de l'élément supérieur du réflexe médio-pubien.

Ce n'est que plus tard que peu à peu le réflexe abdominal ou périnéal apparaît chez l'enfant. L'abdomen proéminent en tonneau de l'enfant nouveau-né, ce qui est une récapitulation de la forme ancestrale de la cavité abdominale chez les anthropomorphes, dépend évidemment comme chez ces derniers de l'absence du méca-

(1) Autant que j'ai pu m'orienter dans la littérature, ce réflexe comme tel n'a pas été décrit ; les professeurs neuropathologistes Manjkowski et Seletzki, de notre Institut, m'ont dit aussi qu'ils ne se souviennent pas d'avoir lu sur un réflexe analogue.

(1) L'opinion de Klaatsch de l'ancienneté de la station verticale de l'homme n'est plus acceptée. On s'accorde maintenant, avec Le Damany, R. Martin et d'autres, que l'érection parfaite est une des dernières acquisitions phylogénétiques de l'homme. M. Baudoin l'évalue même à 130.000 ans, ce qui semble trop peu. En tout cas les anatomistes (Schwalbe G., Weidenreich et d'autres) insistent sur ce fait qu'ils sont d'accord que les ancêtres humains avaient des caractères généraux analogues aux anthropomorphes.

nisme réflexe de l'orthostatisme viscéral de l'abdomen (1). Vers 2 ou 3 ans, les réflexes d'orthostatisme viscéral se constatent déjà avec netteté.

Ainsi, *phylogénétiquement et ostogénétiquement* (à cause de phénomènes de récapitulation embryonnaire) *les réflexes d'orthostatisme viscéral ne sont élaborés que relativement tard et en raison de cela montrent une labilité toute particulière suivant le principe étiologique fondamental* que j'ai formulé et généralisé dans mes travaux antérieurs (2).

Ne donnant pas ici l'énoncé complet qu'on trouvera ailleurs, je n'en citerai que quelques éléments.

« *En considerant les affections pathologiques d'un système* « *d'organes ou de leurs parties (anomalies de développement* « *atrophies, fréquence de processus inflammatoires, néoplasiques,* « *fractures,* etc.) *on observe une succession régulière et définie* « *qui consiste dans ce que les organes ou les caractères phylogé-* « *nétiquement les plus anciens se montrent le plus resistants* « *(sont plus rarement atteints de malformations congénitales ou* « *autres anomalies de developpement, variant moins, sont plus* « *rarement atteints ; au cours d'un processus pathologique ces* « *organes sont frappés plus tardivement et bien moins profondément.) Par contre les organes, leurs parties ou les caractères* « *phylogénétiquement plus jeunes sont frappés en première ligne* « *beaucoup plus profondément, etc.* en un mot :

« LA FACULTÉ DE RÉSISTANCE DES ORGANES OU DE LEURS « PARTIES, DES CARACTÈRES, ETC., ENVERS DES INFLUENCES « PATHOLOGIQUES OU ENVERS DES ÉCARTEMENTS DU « NORM » « D'UNE PART ET LA CAPACITÉ DE RESTAURATION DE CEUX-CI « EN CAS DE GUÉRISON D'AUTRE PART EST PROPORTIONNEL A « LEUR AGE PHYLOGÉNÉTIQUE MUTUEL » (3).

Conformément au principe énoncé la récence phylogénétique des réflexes d'orthostatisme viscéral chez l'homme nous explique la facilité avec laquelle ils sont frappés au cours des affections diverses. Ainsi, on sait qu'au cours de l'hémiplégie les réflexes abdominaux sont vite inhibés ou même disparaissent ; par contre leur rétablissement se fait relativement plus lentement.

Le réflexe périnéal, qui est l'analogue pelvien du réflexe des muscles abdominaux, se comporte d'une façon analogue : au cours des affections du système nerveux central et des hémiplégies en particulier, il est affaibli ou même aboli très vite et se rétablit à peu près parallèlement à celui du réflexe abdominal.

Ce fait a été établi par moi sur des malades de notre clinique et aussi de la clinique pour les maladies nerveuses du prof. Seletzki, de notre Institut.

Dans le cas où le réflexe périnéal est absent d'un côté on voit un certain déplacement latéral de l'anus vers le côté sain quand on le provoque par des percussions du pubis ou de la région sacro-coccygienne ; l'excitation cutanée du côté sain provoque un déplacement tandis que la même procédure du côté atteint ne manifeste pas ou très peu de réaction. Quand on fait passer un doigt ganté dans le rectum et qu'on frappe sur le pubis on obtient une sensation de contraction plus profonde du releveur anal qu'il faut distinguer de celle plus superficielle du sphincter anal ; dans le cas d'atteinte unilatérale du réflexe périnéal cette contraction est sentie plus ou moins unilatéralement.

(1) Il y a un grand intérêt d'étudier les réflexes d'orthostatisme viscéral (abdominal, périnéal, etc.) chez le gorille, l'anthropoïde le plus redressé, car Arnowitsch a étudié un seul orang-anthropoïde le moins marcheur et de plus trop jeune.

(2) 1° Congrès russe de Röntgenologie, 1925.
2° *Oukrainski medicni wisti*, 1926, n° 4-5.
3° *Rousski anthropologiceski journal* 1927 et surtout un travail beaucoup plus ample, monographique, qui s'édite actuellement sous le nom. Le « principe étiologique fondamental » et comprenant une revue générale et complète ; il va paraître prochainement.

(3) Quelques indications fragmentaires dans le sens du principe énoncé se trouvent déjà chez quelques neurologistes comme Thomson, Bittorf, Gierlich, Förster, Monakow, Astwatzatourow, Hunt etc., et aussi chez Wiendrsheim, Hasebœk, Grunewald, mais sans donner à ce principe une extension générale et sans lui accorder un rôle important dans l'étiologie des maladies humaines et l'origine de lours traits caractéristiques chez nous.

La notion de la labilité notable des réflexes phylogénétiquement très jeunes jette une lumière nouvelle sur l'étiologie des ptoses (Glénard) et des prolapsus viscéraux. Ces affections ne s'observent guère ni chez les animaux ou primates pronogrades ni même chez les primates orthogrades (anthropoïdes), car leurs viscères et parois musculaires sont depuis des époques phylogénétiques lointaines déjà adaptés à leur situation normale (1).

Comme illustration de ce dernier fait peuvent servir les expériences de Sklifassowski ; ce dernier a opéré deux malades à propos des tumeurs malignes des parois abdominales ; il restait un défaut, ouverture dans celle-ci qu'on ne pouvait couvrir que par la peau. Des hernies post-opératoires ennuyantes se sont formées.

Pour étudier cette question expérimentalement il a entrepris des opérations analogues sur des chiens ; à son grand étonnement aucune hernie ne s'est formée. Au cours de mes expériences avec des greffes des glandes endrocrines, je faisais souvent des défauts-ouvertures dans les parois musculaires des abdominales des lapins, mais je n'obtenais pas de hernies. Dans quelques expériences j'ai coupé sur la ligne médiane les parois musculaires de l'abdomen près de de l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis et je ne mettais qu'une seule suture au milieu de l'incision. Une hernie plus ou moins grande mais bien moindre qu'on pouvait s'y attendre se formait habituellemeut rien que dans le secteur cranial de l'incision, où chez le pronograde la pression est élevée ; au contraire aucune hernie ne s'est formée dans le secteur pelvien où la pression est moindre. On voit combien difficilement des viscères adaptés depuis des époques phylogénétiques anciennes à leur position habituelle se prêtent à des déplacements ptosiques.

Par contre nous avons vu que chez l'homme la station verticale — caractère phylogénetique jeune — a nécessité une révolution dans l'agencement de la majeure partie des mécanismes automatiques réflexes (Keith) et l'élaboration de mécanismes nouveaux, très jeunes et par conséquent peu stables.

Que les ptoses et les prolapsus viscéraux sont des conséquences de l'érection de l'homme a été indiqué par Lane, Klapp, Payr, Mathes, Harrenstein et d'autres. Mais il ne suffit pas de se contenter des réflexions générales. Je me permets donc d'indiquer le sens biologique et phylogénétique de ces états pathologiques exclusifs à l'homme d'une part et le mécanisme de leur apparition d'autre part.

Normalement, le tonus réflexe du maintien automatique de nos viscères s'obtient grâce à l'excitation des appareils sensitifs terminaux nombreux placés dans les mésentères, le péritoine (surtout pariétal), etc. provoquée par les déplacements des viscères : cette excitation met en jeu l'arc réflexe de contraction des parois musculaires qui est dans une certaine mesure agencée par étages et segmentaire. Ainsi, le passage de l'état assis dans la station debout déclanche le mécanisme réflexe mentionné En coupant les racines postérieures des nerfs spinaux dans les segments abdominaux ou en interrompant les nerfs afférents des viscères abdominaux (Sherrington) on supprime le tonus « postural » des parois musculaires de l'abdomen. François Franck a montré que la ptose viscérale chez des chiens narcotisés (affaiblissement du tonus musculaire des parois abdominales) et placés verticalemsnt est considérable, tandis que dans la position pronograde on n'observe pas de déplacement viscéral : mais en mettant et maintenant des animaux pronogrades (chiens) pendant un certain temps verticalement on peut observer des ptoses plus ou moins prononcées, ce qui est dû probablement à ce que leur mécanisme réflexe de main-

(1) Les organes abdominaux des mammifères pronogrades sont maintenus en place par les *forces élastiques* et conractiles des parois abdominales et surtout de la fascia abdominalis, ce qui est un caractère ancien et utile, car il réalise une grande économie sur les forces actives de contraction des muscles abdominaux.

tien viscéral n'est pas adapté à soutenir pendant longtemps la station verticale.

Chez nous, la capacité responsive des appareils sensitifs des mesentères et du péritoine a subi du fait de l'érection des changements qualitatifs et quantitatifs considérables ; leur distribution et fonctionnement chez l'homme est un caractère phylogénétique récent et pour cela même montre une labilité toute particulière.

L'insuffisance de la capacité de réponse réflective des appareils sensitifs sus-mentionnés aux déplacements viscéraux dans la station debout amène un tonus de contraction insuffisant, les parois musculaires deviennent chroniquement distendues et même quelque peu forcées passivement dans les régions déclives de la cavité abdomino-pelvienne par le poids des viscères : cela contribue à l'atrophie des muscles abdominaux et pelviens. D'autre part, la descente chronique des viscères et la distension des mésentères diminue la sensibilité des appareils dont je parlais plus haut et leur capacité réflective est ainsi entamée : il se constitue une sorte de cercle vicieux — la ptose et le prolapsus s'installent.

J'ai examiné les réflexes d'orthostatisme viscéral (abdominal, périnéal) chez beaucoup de malades porteurs de ptoses et de prolapsus : *toujours j'ai constaté un affaiblissement très prononcé, souvent enorme, de ces réflexes.* Ce qui est d'une importance majeure c'est que eet affaiblissement s'observe chez des malades où la ptose est encore légère, pour ainsi dire en voie de constitution. Chez certains malades porteurs de prolapsus moyens et datant de très peu de temps, j'ai pu introduire dans le rectum toute la main sans provoquer des douleurs ou même des incommodités notables aux malades ; leur sphincter et muscle releveur de l'anus ont perdu la capacité primitive de réaction.

On peut donc dire que *le primum movens des ptoses et des prolapsus c'est la stabilité insuffisante des mécanismes réflexes de l'orthostatisme viscéral chez l'homme* et non pas une atteinte primitive, soit congénitale, soit acquise, des organes déplacés ou des parois contenantes. Les lésions anatomo-pathologiques observées dans les organes, leurs moyens de fixation, dans le péritoine ou dans les muscles des parois doivent être considérées comme des phénomènes secondaires. Ainsi, l'atrophie musculaire des parois abdominales chez les individus porteurs de ptoses ou les lésions anatomo-pathologiques du diaphragme pelvien des individus porteurs de prolapsus sur lesquelles insistent Napalkow et d'autres doivent être regardées comme le résultat de la distension chronique sorte de forcement lent ou à action prolongée.

On doit dire la même chose de la position basse du cul-de-sac de Douglas invoquée comme cause primaire du prolapsus du rectum ; ici encore la situation profonde du Douglas se constitue secondairement. Son état bas chez le nouveau-né a des raisons phylo et ontogéniques que je ne peux analyser ici, mais n'a rien à faire avec le prolapsus de l'adulte, car rien n'indique que la situation basse primitive du Douglas est la cause primaire du prolapsus chez des enfants chez qui, comme nous l'avons vu, les mécanismes réflexes d'orthostatisme viscéral ne se sont pas encore élaborés, « enracinés » pour ainsi dire, plaide dans le même sens, car il n'y a pas de raison d'admettre ici des dégénérescences musculaires primitives, quant aux ptoses, on peut dire que c'est en quelque sorte l'état normal pendant les deux ou trois premières années

L'affectibilité facile des réflexes d'orthostatisme viscéral et de maintien de la forme de la cavité abdominale apparaît non seulement dans les ptoses, les affections du système nerveux central, mais à chaque pas au cours d'autres états pathologiques (1). Ainsi, dans les *O ukraïnshi Meditchniwiti* n° 4 et 5, 1926, j'ai indiqué que les éléments caractéristiques à l'homme de la « défense musculaire » abdominale ne sont autre chose que le résultat de la labilité notable (en partie par étages et segmentaire) du mécanisme de l'orthostatisme viscéral actuel et une sorte de retour à celui de maintien de la forme de la cavité abdominale plus ancien et phylogénétiquement antérieur au stade proprement humain et par contre plus stable.

Les changements de position du tronc et de membres au cours des états dits de défense musculaire se caractérisent :

1) Par la disparition de la lordose lombaire et le rapprochement de l'appendice xiphoïde au pubis ;

2) par la flexion des cuisses sur l'abdomen avec une certaine abduction et rotation externe ;

3) Par une tendance de la cavité abdominale à prendre une forme plus arrondie.

Tous ces éléments rappellent singulièrement l'état du mécanisme réflexe correspondant observé à l'état normal chez les anthropoïdes.

Les notions susindiquées nous amènent à des déductions thérapeutiques. La littérature chirurgicale des dernières années est marquée par une série d'articles de grands chirurgiens (Liex, Leriche, Sauerbruch, Fedorow et autres) qui dénoncent l'activité opératoire dans les cas de neuroses de toute sorte et des neuroses abdominales (ptoses, etc.) en particulier.

Il me semble qu'il ne suffit pas d'indiquer que la ptose viscérale est une neurose abdominale : il faut rechercher la cause de la facilité énorme — en comparant avec des autres mammifères — avec laquelle nos organes sortent de leur situation habituelle, constituant les ptoses. Mes indications dans ce sens semblent donner une réponse à la question.

Nos efforts thérapeutiques doivent donc être dirigés non pas vers le rétablissement mécanique de la situation réciproque des organes en les fixant artificiellement de telle ou telle façon, mais bien vers l'amélioration et le renforcement des mécanismes réflexes ; ces derniers peuvent devenir insuffisants d'une façon temporaire : des crises de psychasthénie ou des états analogues peuvent largement influencer sur l'automatisme des réflexes abdominaux en les inhibant et provoquer ce que Mathes a appelé la *crise asthénique*. En dehors du traitement général organique, psychique, etc. il faut attacher aussi une grande importance aux traitements locaux : renforcement des muscles par le massage, des procédés physiothérapeutiques, etc. qui donnent très souvent des résultats meilleurs que les traitements opératoires.

Dans des cas de prolapsus pas trop invétérés le massage d'après la méthode de Thurn-Brandt ou d'autres donne de très bons résultats. Le traitement opératoire n'est indiqué que quand les procédures indiquées ont échoué ou sont impraticables.

Mais même quand on s'est décidé à intervenir, on doit préférer les méthodes les moins mutilantes, qui abîment le moins les éléments et les rapports anatomiques normaux. Dans des cas de prolapsus du rectum, je pratique depuis 3 ans des injections sclérosantes d'alcool à 70-75° faites méthodiquement. Dans un travail spécial qui va paraître prochainement, j'indique la méthodie et les résultats. Cette dernière méthode permet de ménager le plus possible l'appareil nerveux et les mécanismes réflexes du diaphragme pelvien.

(1) Pour les autres mécanismes réflexes, le système nerveux en général et les antres systèmes de l'organisme, voyez mon travail détaillé : « Le principe étiologique fondamental » et aussi les travaux antérieurs.

Les amis de nos amis sont nos ennemis

Les hommes n'obéissent qu'à leurs plaisirs ou à leurs intérets. Il n'y a pas d'exception ; la seule différence est dans l'art de le dissimuler.

La reconnaissance est une grosse dette et une pauvre créance.

On s'oublie facilement pour ses enfants, mais il est plus facile encore aux enfants de ne pas s'oublier pour leurs parents.

Les Cahiers de Joachim Legris (avec un avant-propos de Charles Richet. Alcan. Paris. 1928).

BIBLIOGRAPHIE

La cruauté, par René Guyne. Un volume in-16 de 154 pages. Alcan, éditeur, Paris, 1927.

Le livre de M. Guyne est particulièrement intéressant pour les moralistes et les psychologues, car il donne une analyse complète de ce défaut. L'auteur indique les caractéristiques de la cruauté et aboutit à une excellente définition. Il fournit une étude très fouillée des manifestations de la cruauté : cruauté physique et morale, cruauté envers ses semblables et les animaux. Un chapitre sur l'historique de la cruauté (lisez la cruauté à travers les âges) est fort intéressant. Quelle est la valeur morale du défaut ? Une réponse rationnelle et décisive est donnée. Pour terminer M. Guyne indique comment la loi devrait être modifiée et perfectionnée pour enrayer la cruauté et certaines de ses manifestations passées dans les usages (chasse, courses de taureaux, etc.)

L'auteur n'a pas cru (et je le regrette), nécessaire de montrer les relations de la cruauté et avec la perversité constitutionnelle et avec les tares dégénératives. De ce fait il n'a pas envisagé la réforme judiciaire cependant bien urgente pour défendre la société contre la catégorie des cruels pervers.

Mais ce volume étant resté surtout psychologique et moral, je ne puis dire que c'est un oubli ; j'assure que c'est un regret en me plaçant dans le plan uniquement médico-social. G. P.-B.

La question eugénique dans les divers pays. Publications de l'Association internationale pour la Protection de l'Enfance. Bruxelles, 1927. Nisot (Mme M. T.), docteur en droit.

A l'époque où nous vivons, l'élite intellectuelle des pays civilisés tend à envisager les questions eugéniques à un point de vue positif et scientifique. L'auteur a pensé qu'il était indispensable de porter à la connaissance des personnes qui veulent être informées les documents nécessaires à se procurer un jugement sur la question, vitale entre toutes pour l'humanité. Ces documents sont restés jusqu'ici éparpillés dans une foule d'ouvrages différents, de revues spéciales ou non, de manière qu'on n'aperçoit pas aisément les liens qui les rattachent et même parfois il est malaisé de trouver des précisions sur telle question.

M. Nisot comble cette lacune et dans ce travail encyclopédique dont on ne saurait trop la féliciter, elle envisage l'état actuel du problème eugénique dans chaque pays. Après avoir étudié l'évolution des idées sociales depuis les temps les plus reculés, elle recherche les causes qui justifient l'utilisation des règles eugéniques en tenant compte des conditions économiques, biologiques, mésologiques, etc. Toutes les règles employées ou proposées sont méthodiquement exposées : éducation morale, surveillance de l'hérédité, réglementation du mariage, problème de l'immigration, mesures d'hygiène sociale, adaptation des anormaux, contrôle des naissances, etc. Les médecins, les sociologues, les économistes, les juristes, les moralistes doivent posséder ce volume : ils y trouveront des aperçus complets, une mise au point impartiale. J'ajoute que le plan de cet ouvrage est merveilleusement conçu : chaque rubrique se trouve à la même place avec l'exposé de l'activité de chaque pays. Des indications bibliographiques et exactes sont multiples. Attendons avec impatience le tome II. Le tome I rapporte ce qui se passe en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis, en France.

Dr G. Paul-Boncour.

Diathermie et diathermothérapie, par le Dr H. Bordier. Préface de Bergonié, 4e édition revue et augmentée, 1928. 1 volume in-8 de 630 pages avec 210 figures (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences) 60 frs. J. B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Dans cette nouvelle édition l'auteur a donné une certaine ampleur au chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence en général à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux, et surtout à travers les tissus vivants : c'est une question fondamentale pour le médecin qui désire être instruit sur les circonstances qui accompagnent et régissent les lois complexes de cette propagation.

Le lecteur trouvera plusieurs paragraphes nouveaux, aussi bien dans les chapitres consacrés à la diathermie chirurgicale que dans ceux consacrés à la diathermie médicale.

Il constatera l'importance que commence à prendre la diathermo-coagulation dans les Centres anti-cancéreux et en particulier à Bordeaux sous l'intelligente et active direction du professeur Réchou.

Il verra que dans certains cancers la diathermo-coagulation est nettement supérieure aux rayons X et au radium.

Il lira les passages se rapportant aux belles guérisons obtenues sur un certain nombre de victimes des petites et des fortes doses de rayons X (cancer des radiologistes et radiodermites ulcéreuses.)

Dans la partie consacrée aux applications d'ordre médical, l'auteur a donné un plus grand développement à certainsa paragraphes.

Asthénie constitutionnelle et crises hystériques

Par R. BENON.
Médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Asthénie constitutionnelle et débilité mentale constitutionnelle. Amyosthénie et anidéation. Crises hystériques surajoutées. Questions diagnostiques et pronostiques Évolution et thérapeutiques empiriques. Une observation. Conclusion.*

La complexité des névroses, ou mieux des psycho-névroses puisqu'il entre toujours des éléments psychiques dans ces syndromes dynamiques, paraît aussi grande que leur variété. Chaque homme, presque, a ses tendances secrètes et mystérieuses, et ce sont ces tendances qui, cliniquement, s'épanouissent en formules plus ou moins pathologiques, donnent lieu à des réactions bizarres, fantastiques, inconcevables. Heureux et pitoyable, celui qui croit en médecine mentale ou nerveuse à des cadres simples, à des entités nosologiques vastes et définitives !

***

Le malade dont nous voulons rapporter ici l'observation nous apparait comme un asthénique constitutionnel dont l'affection a été accidentée de petites crises hystériques pendant une période de deux ans environ.

L'asthénie constitutionnelle, qui est caractérisée, comme l'asthénie ordinaire, par la coexistence des phénomènes de faiblesse musculaire et d'hypo-idéation, n'est guère discutable dans le cas présent : les anamnestiques sont précis. L'anomalie congénitale constatée est bien d'ordre dysasthénique : le sujet expose que, mentalement et physiquement, depuis qu'il se connaît, depuis qu'il peut se comparer aux autres, il est sans force, sans énergie, sans résistance ; il fait même remarquer qu'il envie les sujets robustes qui l'entourent. Chez lui, il n' y avait donc pas, comme quelques-uns ne manqueraient pas de le dire, débilité mentale congénitale, faiblesse d'esprit native, mais seulement faiblesse nerveuse générale. Son niveau intellectuel était moyen : il a pu apprendre à lire, écrire et compter, il a pu acquérir des notions suffisantes sur les deux petits métiers qu'il exerce. Voudra-t-on un jour se donner la peine de faire ce diagnostic différentiel qui s'impose notamment dans les écoles et lycées où il faudrait rechercher ces malades toujours fatigués, méconnus de leurs professeurs et tyrannisés par leurs condisciples.

Un fait digne d'observation, c'est que ces asthéniques constitutionnels, souvent, semblent présenter plus nettement de l'amyosthénie que de l'anidéation. Ils s'isolent volontiers, ne participent pas aux jeux, ne rient jamais, ne courent pas. A l'étude, ils s'appliquent au travail, font lentement leur devoir, y parviennent seuls maintes fois. Ils n'oublient pas ce qu'ils ont bien appris, mais ils l'évoquent difficilement.

L'asthénique constitutionnel qui fait l'objet de notre observation, a été affecté à trente ans de crises nerveuses de nature émotionnelle ou hystérique. Celles-ci n'ont jamais atteint une grande intensité. Elles étaient constamment déclanchées par les petites contrariétés de la vie quotidienne. Le malade avait le temps de s'allonger ou simplement de s'asseoir. Il ne perdait pas totalement connaissance. Les convulsions faisaient défaut. Des pleurs annonçaient la fin des crises qui ont duré environ deux ans (mai 1913-novembre 1915). Chose curieuse, ces crises n'ont pas été aggravées par le fait de la guerre. Elles ont disparu à la suite d'un choc émotionnel d'ordre privé (retour de captivité du père du malade et décès quelques semaines après). Bien mieux, dans la suite, le patient qui avait été réformé en raison de ses troubles nerveux en septembre 1915, a contracté un engagement volontaire pour la durée de la guerre et a servi au front comme conducteur d'automobile dans les services de l'aviation.

***

Des cas analogues à celui de notre malade soulèvent des questions de diagnostic et de pronostic singulièrement délicates. Pour nous, c'est sans doute un vain espoir que de croire ces problèmes solubles seulement du point de vue organique ou biologique. La psychologie d'un être est une chose, la biologie une autre : leur interdépendance est toute relative et combien variable.

Rappelons d'abord la nécessité qu'il y a de distinguer l'asthénie nerveuse constitutionnelle de la débilité mentale congénitale qui est simplement la faiblesse d'esprit. Disons aussi que certains malades qui font des crises d'hystérie ont une disposition remarquable à l'asthénie, soit avant la crise, sous l'influence des vexations et mortifications qu'ils subissent, soit après la crise, à cause des contorsions longues et violentes auxquelles ils se livrent. L'asthénie de ces convulsionnaires n'est pas congénitale ; elle date du moment où sont apparus leurs troubles du caractère spéciaux, leurs crises à base d'énervement.

D'autres médecins, chez notre malade, auraient été tentés de porter le diagnostic de démence précoce, soit par défaut d'analyse psycho-clinique, soit à cause de l'aggravation constatée à 30 ans dans l'évolution de la névrose : l'état actuel démontre bien l'erreur de telles tendances. En outre, les alternatives d'énervement (avant les crises) et d'anéantissement (après les crises) ne doivent nullement faire penser à la psychose périodique, même dans ses formes atténuées. L'asthénie-manie, alterne ou circulaire, est constituée uniquement d'éléments asthéniqu s et maniaques : notre malade n'a jamais présenté de signes de joie morbide spontanée.

Le pronostic, dans tous ces cas, est très difficile à fixer. La vie des psycho-névropathes est déroutante. On ne saurait en conséquence s'étonner de succès thérapeutiques obtenus par les méthodes les plus empiriques. Qui pouvait prévoir la conduite de notre malade, pendant la guerre, après une réforme obtenue d'emblée ? Pourquoi ce redressement soudain, malgré une maladie chronique incurable ? Faut-il l'attribuer au choc moral qu'a déterminé la mort de son père ? En tout cas, cela paraît possible.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Homme*, 33 *ans* (1915). *Asthénie constitutionnelle. Aggravation de cet état d'asthénie en novembre* 1912, *à 30 ans. Crises nerveuses hystériques surajoutées au syndrome durant deux ans environ. Soldat pendant la guerre (service auxiliaire), le sujet est réformé n°* 2. *Il s'engage pour la durée de la guerre* (1er *décembre* 1915), *après un choc moral, fait du service au front jusqu'à l'armistice et se marie en* 1920. *État névropathique stationnaire* (*décembre* 1926).

Enessong..., Albert, 33 ans, apiculteur et cordonnier, soldat du Nme régiment d'infanterie, entre à la C.P.B. le 15 septembre 1915.

Antécédents. — Ses parents, originaires de la Meuse envahie étaient bien portants en 1914 ainsi que ses deux frères. Une tante, du côté paternel, morte à 33 ans, aurait présenté des troubles nerveux. Le patient, élevé dans sa famille, n'a jamais eu de maladie grave, mais il était chétif, délicat. Il a reçu une bonne instruction primaire et connaît bien les métiers de cordonnier et d'apiculteur.

Histoire clinique. — Le soldat E... apparaît d'emblée comme un asthénique de naissance. « J'ai toujours été faible. Mes parents croyaient que je ne vivrais pas. On a essayé tous les médicaments. Je n'ai jamais été comme un autre. Tout petit, je ne pouvais pas sortir avec mes camarades ni m'amuser comme eux. Je n'étais pas robuste, mais toujours comme languissant. Ce que j'ai appris à l'école, ou dans la suite, je ne l'ai acquis que lentement et péniblement... »

A 20 ans, en 1902, il a été versé dans les services auxiliaires pour faiblesse de constitution.

Son état d'asthénie constitutionnelle s'est aggravé, en novembre 1912, à la suite d'un incendie, survenu dans sa commune. E... est allé au feu en pleine nuit, rien qu'avec sa chemise et son pantalon. Il a fait la chaîne pendant trois heures. Au retour il s'est mis à frissonner et à claquer des dents. Il n'a pas eu de fièvre. Il a été environ six mois sans travailler ; il avait des maux d'estomac, des maux de tête, de l'insomnie, des cauchemars, de la constipation. Longtemps, ensuite, il n'a fait que de petites journées ; il s'occupait à de menus travaux de cordonnerie, ou sortait dans les champs, ou allait au rucher, voir les abeilles, guider leurs travaux.

Très irritable, depuis cet incendie (novembre 1912), il a présenté, vers le milieu de 1913, de petites crises nerveuses hystériques qui éclataient aux moindres contrariétés.

Lorsque la guerre survient, il est toujours dans le même état d'asthénie avec hyperémotivité à base d'énervement. Il suit un régime sévère, ne boit que du lait, ne se nourrit que de pâtes alimentaires et de légumes. Mobilisé dès le 3 août 1914, on l'occupe au dépôt comme cordonnier. Ses crises sont assez rares et de faible intensité. Il ne faisait, dit-il, aucun écart de régime.

Le 12 janvier 1915, il est déclaré apte au service armé. Il reste à l'atelier de cordonnerie jusqu'au 9 septembre (1915), date à laquelle il se voit obligé de commencer ses classes : le 15, il entrait à l'hôpital.

Etat actuel : 16 septembre 1915. — On constate chez E... des signes d'asthénie nerveuse générale et de petites crises de nature hystérique.

L'amyosthénie paraît plus accusée que l'anidéation : « Je n'ai plus aucune force, dit-il, aucune énergie. C'est une lassitude générale. Je suis à bout. Je souhaite la mort puisque je ne suis bon à rien, que je ne vaux pas même un sou... Je ne me plains pas trop de ma mémoire, bien que mes idées soient comme embrouillées... ». Il évoque de nombreux souvenirs de son existence, mais lentement. Il se plaint de maux de tête, de rachialgie, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, d'insomnie, de douleurs d'estomac après les repas, de constipation. L'asthénie génitale est manifeste. « Je n'ai jamais songé aux filles, dit-il. Comment aurais-je eu des idées sur elles, puisque je ne suis bon à rien ? Quand je vois un homme fort, je l'envie. Je pense : « Est-il heureux celui-là !... » Je sais ce que c'est que la masturbation, eh ! bien je n'ai jamais eu la force de me masturber... Je ne suis pas comme les autres et j'en souffre. Si je fais cinq cents mètres un peu vite, mes jambes s'en vont, fléchissent et je ne peux plus avancer. »

Voici comment il explique et décrit ses crises nerveuses : « Je suis d'un caractère très irritable. Il me faut peu de chose pour me contrarier, m'énerver : une réflexion, une petite difficulté dans le travail, à la cordonnerie, où j'étais, et alors je sens quelque chose qui se contracte au cœur, ici (il indique l'épigastre). Ça se resserre. C'est une grande gêne. Ça fourmille là-dedans (estomac) et ça monte à la gorge. J'ai le temps de m'asseoir ou de m'allonger. Je m'évanouis, mais je ne perds pas connaissance. C'est noir devant les yeux. J'entends tout ce qu'on dit autour de moi. Ça tinte dans les oreilles. Je ne me débats pas. Je pleure à la fin et ça passe. Je suis anéanti durant plus de deux heures. A l'atelier, si j'avais une crise, le sommeil, après, m'empoignait. » Depuis la guerre (2 août 1914), j'avais moins de crises au dépôt que chez nous. C'est qu'à l'atelier des cordonniers, je faisais ce que je voulais et que je suivais bien mon régime. Je sais mon père en captivité chez les boches, ça me fait du chagrin, mais je supporte bien ce mal. »

L'examen physique ne révèle ni catatonie, ni stéréotypies, ni signes d'affection organique du côté des grands appareils de la cavité abdominale ou de la cavité thoracique.

Evolution : 1915-1926. — Le malade a pu être suivi pendant onze ans : voici les événements qui ont marqué sa vie.

25 *septembre* 1915. — Présenté devant la commission de réforme comme asthénique incurable, il a fait l'objet d'une mise en congé n° 2.

30 *octobre*. — Il a rejoint son frère mobilisé à Lyon. Son père, gravement malade, est rentré de captivité par la Suisse, le 15 octobre : épuisé, cachectique, il est décédé le 30.

1er *décembre*. — Indigné de l'état de « délabrement » dans lequel il avait vu son père, si bien portant avant la guerre, il contracte un engagement volontaire pour la durée des hostilités.

Juin 1916. — Versé dans les services de l'aviation (section T.S.F.), il y remplit le poste de conducteur de voiture automobile. A la fin de décembre 1915, blessé au médius gauche par un camarade en faisant l'exercice, il a eu la première phalange écrasée et a présenté un phlegmon de la main. Guéri en un mois, il est parti presque aussitôt pour le front. Blessé de nouveau en mai 1916 (coup de manivelle dans les bourses, en mettant en marche), il a dû subir une opération et le médecin australien qui l'a soigné lui a dit qu'il serait incapable d'avoir des enfants s'il se mariait. A noter qu'il n'a pas eu une seule crise nerveuse depuis son engagement, mais il reste asthénique.

1er *décembre* 1918. — Il a servi au front jusqu'à l'armistice. Lui qui, en 1915, ne pesait que 130 livres (1 m. 70), il pèse actuellement 150. Il ne suivait plus aucun régime.

Mai 1921. — Marié il y a plus d'un an, il se plaint toujours de faiblesse, de maux de tête. Il ne peut faire aucun effort pénible. Il vit au grand air, fait peu de cordonnerie, cultive surtout les abeilles et ainsi gagne sa vie.

14 *décembre* 1926. — Etat stationnaire. Toutours très irritable et peu sociable, mais sans crises nerveuses. Pas d'enfant. Il n'a présenté, depuis 1915, aucune affection organique sérieuse. Il a maigri de nouveau et ne pèse pas plus de 140 actuellement.

* * *

Si déconcertante que soit la pathologie nerveuse et mentale, à cause de la multiplicité des formes cliniques, à cause des bizarreries d'évolution constatées, elle attire vivement l'observateur. Les nombreux inconnus qu'elle porte en elle, le mystère troublant des idées, sensations et émotions qu'elle touche de si près, sont des facteurs puissants d'intérêt. Quel que soit le fondement organique de tous ces phénomènes, — et qu'on ne croit pas que nous ayons pour lui le moindre dédain, — il reste au psycho-pathologiste un champ libre infini, vaste comme la pensée humaine.

Les variétés mentales du délire aigu,

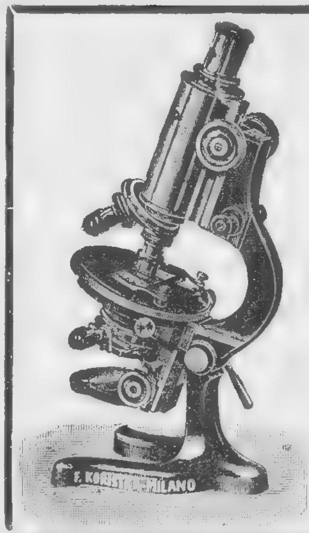
Par **Henri DAMAYE** et **Pascal AVELLA**

Médecins des Asiles d'aliénés.

Le délire aigu est une de ces affections mentales que les services de psychiatrie des hôpitaux auront à traiter, dans l'avenir, plus souvent peut-être que ceux des asiles. C'est une affection d'une extrême gravité que tous les médecins devraient connaître, sa guérison n'étant possible que si elle est traitée au début. Nous ne reviendrons pas sur la thérapeutique, l'ayant exposée plusieurs fois déjà ici-même. Ce petit article a pour but d'en montrer les diverses formes cliniques.

Le délire aigu est une psychose toxi-infectieuse suraiguë. C'est une septicémie à staphylocoques, streptocoques, pneumocoques... Courtois-Suffit et Georges Garnier, en ces dernières années, ont montré que le bacille d'Eberth aussi pouvait en être l'agent infectieux. Le délire aigu est une septicémie avec méningo-encéphalite. Nous avons vu, en un précédent article, sa parenté avec le delirium tremens : celui-ci n'étant que le délire aigu chez un alcoolique d'habitude. Nous avons vu également que des antécédents héréditaires mentaux ou névropathiques très chargés sont habituels chez les délirants aigus et chez les delirium tremens : ce qui explique la localisation méningo-encéphalitique de l'infection, cerveau et méninge étant lieux de moindre résistance en ces individus (1).

(1) Il nous fut donné d'observer deux frères à quelques années d'intervalle : l'un atteint de *delirium tremens*, l'autre de délire aigu. La parenté des deux affections ne fait aucun doute.




SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
DE CARBONATE DE CHAUX
ADRIAN
Chaque Comprimé contient 0gr 25 de Carbonate de Chaux
GROS 9 & 11 RUE DE LA PERLE PARIS 3e


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
D'HYDRATE DE MAGNÉSIE
ADRIAN
Chaque Comprimé contient 0gr 25 d'Hydrate de Magnésie
GROS 9 & 11 RUE DE LA PERLE PARIS 3e

La gravité du délire aigu vient, d'une part, d'un état physique défectueux et affaibli. Si l'on ne supprime rapidement l'infection, si l'on ne soutient le cœur avec de petites doses quotidiennes de digitale, le malade meurt par fléchissement du myocarde. Il est souvent indispensable d'administrer chaque jour, pendant toute la durée de l'infection, une petite dose stimulante de poudre de digitale en infusion : 5 centigrammes par exemple.

Nous avons vu mourir aussi des délirants aigus, par petites hémorragies pie-mériennes. La température s'élevait tout à coup à 40°, 41°, 42° même, et à la nécropsie on trouvait, de petites suffusions à la pie-mère et un liquide encéphalique rosé. L'agitation intense et une fragilité capillaire en rapport, peut-être, avec une syphilis antérieure, expliquaient vraisemblablement ces hémorragies méningées.

Il est évident aussi que les délires aigus à streptocoque pur ou associé sont, en l'état actuel de la thérapeutique, plus graves que ceux occasionnés, par d'autres agents infectieux. Nous avons observé un cas mortel à streptocoque-pneumocoque (1).

La gravité du délire aigu vient, d'autre part, de l'hérédité chargée du malade atteint, de ses prédispositions mentales accentuées. C'est ce qui explique les nombreux cas de psychoses chroniques incurables à la suite d'un délire aigu. Fréquemment, la psychose chronique existait déjà avant l'explosion du délire aigu.

Il est très important de savoir qu'*au point de vue mental le délire aigu peut revêtir la forme de toutes les psychoses toxi-infectieuses*. Il peut donc présenter des tableaux cliniques assez variés. Il n'est autre qu'une psychose toxi-infectieuse aiguë à l'état suraigu, c'est-à-dire avec fièvre élevée à 39°, 40°, 41°, langue sèche ou rôtie. Le grand danger, répétons-le, vient ordinairement, en de telles conditions, de la défaillance du myocarde.

Le délire aigu n'a pas de vomissements, lorsqu'il n'est pas compliqué d'une affection gastrique.

Comme tableau mental, le délire aigu n'est pas forcément une confusion mentale. Il peut être un délire tout à fait cohérent. La confusion mentale est une réaction très fréquente à l'intoxication cérébrale, mais elle n'est point la seule. Le cerveau réagit aussi fréquemment à l'intoxication par un délire cohérent, sans confusion, sans incohérence ni désorientation ou encore par de l'agitation maniaque sans confusion mentale. Voilà ce qu'il importe de savoir à tout clinicien des psychoses aiguës.

Depuis que nous observons des délires aigus, il nous a paru que la forme à confusion mentale était la plus fréquente. Mais nous avons vu aussi bien des délires aigus à forme d'agitation maniaque sans état confusionnel et d'autres à forme de délire fébrile tout à fait cohérent. Trois principales formes mentales, par conséquent.

La forme confusionnelle présente elle-même deux variétés. Nous avons vu ordinairement la confusion bruyante avec agitation. Mais il nous fut aussi donné d'observer des formes confuses avec stupidité, dépression pour ainsi dire, malgré la température élevée. Chez les mélancoliques anxieux, cette forme stupide ou stuporeuse est loin d'être rare.

L'agitation et l'insomnie sont des symptômes accompagnant les formes à délire cohérent et sans confusion, aussi fréquemment que les formes confusionnelles.

Ces jours derniers, nous observions encore un délirant aigu débile mental sans confusion aucune. La réaction mentale consiste en idées mélancoliques hypocondriaques de négation et en vagues idées de persécution avec agitation. La fièvre oscille entre 38° et 40° ; langue sèche et rôtie. Malgré une insuffisance aortique assez intense, nous avons guéri le malade physiquement et mentalement par l'électrargol intra-veineux à hautes doses, l'abcès de fixation et de grandes quantités de sérum glucoso-ioduré chaque jour. A aucun moment, ce malade ne présenta de confusion mentale.

Il est intéressant de retenir que la confusion mentale n'est pas la seule réaction du cerveau intoxiqué et que le délire aigu peut revêtir toutes les formes mentales de psychoses toxi-infectieuses.

(1) DAMAYE. — Délire aigu et *delirium tremens* (*Progrès médical* du 28 août 1926.)
La prédisposition dans le délire aigu et le *delirium tremens*. (*Progrès médical*. du 8 octobre 1927.)

CHRONIQUE

Strychnine. — Des poissons, mis dans une eau additionnée de strychnine à dose non toxique, présentent des signes d'intoxication strychnique si on ajoute une quantité non toxique de morphine (EUDOXIE BACHRACH. La morphine révélatrice de de l'intoxication strychnique. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, Paris, 1927, tome XCVII, p. 1228.)

Tanin. — BORRACHERO préconise l'emploi de l'acide tannique, en sirop ou en capsules, contre la chorée, l'hystérie et la maladie de Parkinson (BORRACHERO. Le tannin dans les maladies nerveuses. *Rev. Ibero American de Ciencia Med.*, juin, p. 257.)

Cobalt. — BLATHERWICK et SHAYUN n'ont pas retrouvé, chez le lapin, l'action du cobalt sur l'hypoglycémie insulinienne qu'avaient signalée les auteurs français. (Effet du cobalt sur l'hypoglycémie par insuline chez le lapin. *Amer. journ. of Physiol.*, août 1927, p. 560.

Quinine. — La quinine, à dose de 15 gr., environ a déterminé une mort (RAVEN. Intoxication mortelle par la quinine. *British med. Journ.*, 9 juillet 1927, p. 59.)

Soufre. — Des animaux qui reçoivent un demi-gramme de soufre en poudre *per os* en absorbent environ le dixième. (DENIS et REED. Action du soufre sur la thiémie. *Journ. of Biol. Chem.*, mai 1927, p. 51.)

L'ail. — PETROCCHI et GUTMAN (de Buenos-Aires) ont publié une observation d'intoxication mortelle chez un enfant de 5 ans 1/2 après lavement d'ail pour toux rebelle. On avait employé un demi-kilo d'ail, dose formidable : brûlure d'estomac, soif vive, somnolence, myosis, hypotension, tachycardie, refroidissement périphérique RAYBAUD (Intoxication par l'ail, *Marseille Médical*, 5 sept. 1927, p. 328), qui commente cette observation et qui rappelle à son propos les travaux de LOEPER, de H. LECLERC, de VLAICOVITCH, insiste sur l'énormité de la dose. Il rappelle aussi que chez les vaches et chèvres en lactation on a observé, à la suite d'absorption accidentelle d'ail en forte quantité, des altérations du goût du lait et de son aspect (il prend une teinte rougeâtre), qui prouvent le passage de l'essence d'ail à travers la glande mammaire.

SUNZERI a montré que l'injection d'ail, en extrait aqueux ou alcoolique, produit, chez le chien, une chute rapide de la pression artérielle par stimulation du vague. (Pharmacologie de l'ail. *Riforma medica*, 22 mars 1926, p. 270.)

Melæna-neonatorum. — Le melæna des nouveau-nés peut guérir spontanément, même quand il est très grave : CAINER a observé une guérison après hémorragie de trois jours. Traitement : 0,06 cc. de teinture de perchlorure de fer toutes les heures. (CAINER. A propos de la transfusion pour maladie hémorrhagique du nouveau-né. *British med. journ.*, 30 juillet p. 162.)

MOORE et BRODIE ont cru pouvoir attribuer un cas de mala-

die hémorrhagique au régime carencé de vitamine B, suivi par la mère pendant la gestation. La mère fit une hémorrhagie de la délivrance après accouchement rapide. L'enfant eut de la tachycardie, de la tachypnée, du refroidissement, de l'hématurie. A l'autopsie : hémorrhagie rétropéritonéale, hémorrhagie de la surrénale et du rein, hyperémie du duodénum, lésions nerveuses ressemblant à celles du béribéri. (Régime maternel et hémorrhagie du nouveau-né. *Amer. Journ. of dis. of Children*, juillet 1927, p. 53.)

Alcool. — Les souris femelles sont plus résistantes que les mâles à l'intoxication par l'alcool. (ABDERHALDEN et WERTHEIMER Sexe et alcool, *Biochemische Zeitschr.*, 21 juin 1927, p. 252.)

Applications de forceps. — Dans certains cas où l'en croit devoir appliquer le forceps au D.S. (membranes rompues, fœtus vivant et bassin normal) et le forceps serait l'opération de choix), GACITUA conseille de pratiquer une rotation manuelle qui amène l'occiput en avant, de faire fixer la tête par les deux mains externes d'un aide et d'appliquer le forceps en directe. (Forceps au D. S. *Boletin de la Soc. de Cirugia de Chile*, 20 avril 1927, p. 37.)

Gestation ectopique. — il n'y a que 20 % des femmes atteintes de gestation ectopique, qui aient de l'aménorrhée et qui puissent soupçonner de ce fait leur état de gestation (MACIAS DE TORRES. Diagnostic différentiel de la gestation extra-utérine. *Revista Esp. de Obstet. y Ginecologia*, juin 1927, p.241.)

Extrait thyroïdien. — ZAVADOVSKY administre à des poules, en une dose, 30 à 50 gr. de poudre thyroïdienne. Au cours de la deuxième semaine, les plumes tombent et elles repoussent au cours de la quatrième ; elles sont tachetées de blanc, le nombre de taches blanches étant proportionnel à la dose de poudre.

Les doses répétées déterminent des phénomènes nerveux d'incoordination motrice avec lésions du cortex (ZAVADOWSKI. Extraits thyroïdiens. *Vestnik endocrinologie*, mars 1925, p. 91.)

Rayons U. V. — Le traitement par les R. U. V. ne modifie que très peu le métabolisme basal des enfants. (FRIES. Effet des doses thérapeutiques de R. U. V. sur le métabolisme basal des enfants. *Amer. Journ. of dis. of Children*, août 1927, p. 159.)

Maladies infectieuses. — BLEYER a constaté que, dans plus de la moitié des cas (56 %), l'éruption de la rougeole s'accompagne d'une brusque hypertrophie splénique, qui disparaît très rapidement. (BLEYER. Hypertrophie splénique chez l'enfant. *Amer. Journ. of dis. of Children*, août 1927, p. 176.)

Chimie du sang. — *Cholestérol.* — La cholestérolémie normale moyenne est de 0,202 pour cent centicubes.

Il y a hypercholestérolémie dans le diabète, dans certains cas d'ictère, dans les néphroses.

Il y a hypocholestérolémie légère dans la maladie de Basedow et dans la pneumonie, et très accentuée dans l'anémie et la leucémie. (BARMVATER. Cholestérolémie et maladies diverses. *Hospitalstidende*, 31 mars 1927, p. 287.)

Calcium et potassium. — KYLIN donne comme valeur moyenne de Ca dans le sang 1,06 par litre.

L'activité parathyroïdienne augmente la calcémie, la menstruation l'augmente, la ménopause la diminue en général, l'ingestion de Ca l'augmente de façon passagère chez le sujet normal et de façon durable s'il y avait auparavant hypo-calcémie, le diabète l'augmente.

La valeur moyenne de K est de 2,07.

L'asthme, l'hypertension augmentent la potassémie. (KYLIN. Teneur du sang en Ca et K. *Acta med. Scand*, 1927, 19e supplément.)

Réaction de Wassermann. — KLOPSTOCK en injectant du lait dans les veines d'un cobaye a déterminé chez lui un Wassermann positif qui devint négatif après un traitement arsenical. (KLOPSTOCK. Le Wassermann chez le lapin. (*Deutsche med. Woch.*, 9 oct. 1925, p. 1701.)

MARMEAUX.

REVUE DE LA PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Nutrition.

L'obésité est une cause fréquente d'hypertension (Régnier, *La Bourgogne médicale* juin-juillet 1927) ; s'il s'agit d'une obésité simple, qui gêne simplement les organes dans leurs fonctions sans altérer leurs éléments, on peut envisager le retour à la pression normale par la cure diététique ; si au contraire les organes ont subi une véritable dégénérescence graisseuse, le rein n'est plus apte à filtrer convenablement, même après un régime sévère et prolongé et l'on se contentera de réduire l'hypertension *de luxe*, celle qui n'est pas indispensable à une bonne filtration rénale. Sept observations et deux graphiques montrent que la courbe de tension suit la courbe de poids, comme s'il y avait une relation de cause à effet.

Pédiatrie.

L'invagination intestinale du nourrisson est souvent curable par des moyens médicaux simples ; se basant sur le fait qu'elle siège 7 fois sur 10 au-dessous de la valvule de Bauhin, Le Cam propose l'administration de lavements sous pression suivant une technique personnelle (*Gazettes médicales du Centre, de Bretagne, de l'Ouest et du Sud-Ouest*, 15 octobre 1928) : le nourrisson est mis en position de Trendelensburg ; on injecte lentement, à la poire, un mélange à parties égales d'eau et d'huile ; l'intestin une fois rempli, les ondes péristaltiques commencent, très violentes ; il faut alors introduire le doigt dans l'anus pour empêcher le liquide de sortir ; le mélange reflue alors vers la seule région encore susceptible de se distendre, c'est-à-dire vers la zone invaginée ; la longueur du boudin diminue rapidement sous l'action de cette pompe foulante, après chaque onde, on essaye d'injecter encore du liquide ; la manœuvre dure environ une demi-heure. Deux séances ont toujours suffi. Les échecs sont dus au siège de l'invagination sur l'intestin grêle ou à un défaut de technique (pression insuffisante ou pas assez prolongée du lavement).

Chirurgie.

Trop souvent la fracture de Dupuytren est imparfaitement réduite (Max Poissonnier, *Gazette médicale de Picardie*, juin 1927) ; si la déviation en dehors persiste, on a un pied valgus traumatique ; si la déviation en arrière n'est pas corrigée, on a un pied équin traumatique ; plus tard, il en résultera des douleurs et de la contracture à la moindre fatigue. Il faut donc dire et répéter que la déviation du pied en dehors et en arrière nécessite une *hypercorrection franche* ; on ne doit pas immobiliser la jambe dans le plâtre, avant d'avoir obtenu l'hypercorrection en varus et le refoulement du talon d'arrière en avant ; le résultat sera contrôlé par un nouvel examen radiographique et l'appareil refait si l'hypercorrection paraît insuffisante.

L'ostéomyélite est une des affections pour lesquelles on voit le plus d'erreurs de diagnostic (J. Poucel, *Sud médical et chirurgical*, 15 juin 1927) : elles sont occasionnées par la fièvre, la douleur ou la connaissance d'un traumatisme ; la confusion se fera respectivement avec la fièvre typhoïde, le rhumatisme ou une fracture. Il faut savoir en particulier que la radiographie est absolument impuissante à déceler l'infection de la moelle osseuse et toujours penser à l'ostéomyélite, car l'avenir du membre dépend de l'état du cartilage de conjugaison et seule une intervention précoce donne des résultats satisfaisants

La rapidité du diagnostic est capitale dans la perforation des ulcères duodénaux pyloriques en péritoine

libre. Raoul Thouvenin (*Archives médicales d'Angers*, juin 1927) tire de trois observations personnelles d'opérés guéris les conclusions suivantes : 1° Ce ne sont pas les vieilles lésions qui se perforent ; les troubles gastriques sont de fraîche date, mais l'ulcus latent se révélant par la perforation est rare et l'on reconstitue presque toujours un passé gastrique. 2° La perforation d'un ulcus s'impose ; malgré la piqûre de morphine, *cache misère*, le tableau est toujours le même. A la suite d'une douleur brutale, comme un coup de couteau, état de contracture douloureuse de tout le ventre avec maximum sus-ombilical indiscutable, pas de température, pouls de 90 à 100. 3° De la précocité du diagnostic dépend le salut du malade ; il faut une intervention immédiate ; *douze heures* après il est presque toujours trop tard. 4° Les suites opératoires sont habituellement bénignes. 5° Le pronostic semble se transformer du tout au tout, il y a quelques années les cas heureux étaient des curiosités, maintenant ils sont publiés par séries. 6° Mais la thérapeutique se montre plus exigeante ; au lieu de procéder à une opération d'urgence en obturant simplement la perforation, en laissant planer la menace d'une seconde opération à froid, il est recommandable de pratiquer les deux interventions à la fois par une excision large de l'ulcus au thermo, suivie ou non de gastro-entérostomie.

Obstétrique.

Le radio-diagnostic obstétrical est indispensable (Dujol et Michelon, *Loire médicale*, octobre 1927), 1° lorsqu'il y a doute sur la gestation (diagnostic entre gestation et tumeur, problème médico-légal) ; 2° lorsque, la gestation étant avérée, on ne peut conclure cliniquement s'il s'agit d'une gestation simple chez une obèse, d'une gestation avec hydramnios, d'une gestation compliquée de kyste ou de fibrome, enfin et surtout d'une gestation gémellaire ; 3° lorsqu'il s'agit de confirmer une monstruosité fœtale ; 4° lorsqu'il s'agit d'affirmer la mort du fœtus, Spalding ayant décrit un signe radiographique pathognomonique de macération fœtale caractérisé par le chevauchement de os du crâne et une disproportion nette entre la boîte cranienne et la substance cérébrale affaissée.

A défaut de l'accouchement indolore, réduisons sensiblement la douleur, suivant la technique de Gwathmey (Bougrau, *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 novembre 1927). 1° Lorsque les contractions utérines ont lieu à des intervalles de quatre à cinq minutes et durent au moins trente secondes, on fait une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, dissous dans 2 c. c. d'une solution de sulfate de magnésie à 50 %. 2° Une heure ou deux après, si l'injection a un effet sédatif très prononcé, 15 ou 20 minutes après dans le cas contraire, on pratique une instillation rectale du mélange suivant :

Bromhydrate de quinine.......	0 gr. 65
Alcool..........................	70 gr. 50
Ether...........................	75 gr.
Huile d'olive............ q s, pr	120 gr.

La patiente s'assoupit et souvent s'endort, pendant 4 heures environ, sans qu'il y ait le moindre retard dans le travail. 3° Dans le cas où l'anesthésie serait insuffisante, on en augmente l'effet par une ou deux injections sous-cutanées supplémentaires de 2 c. c. de la solution de sulfate de magnésie à 50 %, mais sans morphine.

Rayons X.

La stéréoradiographie pulmonaire « reprend à l'heure actuelle un peu de vie » (Legourd, *Gazettes médicales du Centre, de Bretagne, de l'Ouest et du Sud-Ouest*, 15 octobre 1927), car elle présente des avantages certains. En dissociant les plans dans l'espace, elle juge plus sûrement de la valeur des ombres pulmonaires et de leur constitution anatomique ; en donnant la sensation de profondeur dans le thorax, elle apprécie le volume des lésions dans leurs trois dimensions ; en localisant un détail géométriquement dans l'espace, elle solutionne le problème de sa situation exacte dans l'épaisseur du thorax.

Thérapeutique.

Les injections intraveineuses d'eau tridistillée agissent par hémolyse (Le Boutillier, *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 octobre 1926) ; les globules rouges se rompent et libèrent dans le plasma du sang leur contenu, c'est-à-dire l'oxyhémoglobine, la lécithine, les sels, le ferment de fibrine et les enzymes ; l'action est celle d'une protéine étrangère, mais sans réaction. La dose varie de 0 c. c. 50 à 4 c. c. ; la meilleure pour un traitement continu est de 1 c. c. 50 à 2 c. c., les injections sont pratiquées tous les les deux jours dans les cas aigus, toutes les semaines dans les cas chroniques ; la voie intraveineuse est préférable à la voie intramusculaire. Les indications ne paraissent pas être nettement précisées, il semble que ce traitement inoffensif ait été essayé un peu au hasard, dans les cas rebelles à toute autre thérapeutique, avec des résultats impressionnants du reste ; le promoteur de la méthode, Schatz, d'Allentown (Pennsylvania) et l'auteur ont enregistré des succès dans l'acidose avec ou sans vomissements cycliques, la névrite, le lumbago, la sciatique, le tic douloureux de la face, l'arthrite, l'asthme des foins, la pneumonie, la broncho-pneumonie, les otorrhées.

Varia.

Dès leur entrée au collège, une conscription précoce enrôle aujourd'hui tous les petits Français : il n'est plus question de faire ses humanités, c'est-à-dire de former des hommes, ils sont incorporés d'office dans une section A. B. ou C. et, à l'issue du baccalauréat, on a même préparé pour ceux qui se destinent à la médecine une année de volontariat où, sous le nom de P. C. N., on s'obstine depuis trente ans à leur faire perdre le peu de curiosité qu'ils avaient pour les sciences physiques, chimiques et naturelles. (Bosc, de Tours).

On reste rhumatisant comme on reste syphilitique ou paludéen (Jean Giraud, d'Amiens).

Combien de médecins restent attachés à ce préjugé qu'il existe des cloisons étanches entre les divers groupes de psychopathes, rendant les malades atteints de psychoses dites fonctionnelles ou de psychonévroses tributaires du neurologiste, tandis que, seuls, les délirants ou les déments seraient dévolus à l'aliéniste ! (Rayneau, de Chamalières).

Grâce aux découvertes de l'urologie moderne, on explore un rein avec presque autant de précision que l'on ausculte le poumon (Jean Perrin, de Marseille.)

Un médecin colonial sans microscope est un peu comme un aveugle sans guide. (J. Peyrot, médecin principal des troupes coloniales). J. Lafont.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un médecin de campagne

Nouvelles silhouettes de maîtres

Par le Dr **Georges LOUVEL**, de la Ferté-Macé.

VERNEUIL (1823-1895).

On eût dit d'une petite outre ventrue débordant de l'orgueil dont elle était pleine. Rabelais en eût fait le plus glorieux et le plus oultre cuidé qui oncques fût.

Il avait à tâche, chaque jour, de vanter une de ses qualités. Quand il avait épuisé la série, il recommençait. Il roulait, alerte et redondant, d'un lit à un autre, entraînant, dans son mouvement giratoire et rapide, une pléiade de tabliers blancs, nombreuse et disciplinée qui subissait, sans sourire et sans révolte, la superbe du patron.

Le jour que je le vis, c'était sa prodigieuse faculté de se souvenir qu'il exaltait. Il en voulait tirer de prestigieux effets :

« Vous allez voir quelle est ma mémoire ! Voilà un arrivant de ce matin. Je l'ai opéré, il y a dix ans ! Tu avais une hernie dont j'ai fait la cure radicale, n'est-il pas vrai ? »

« Pardon, vous faites erreur, M. le major ; j'entre aujourd'hui pour la première fois à l'hôpital ».

« Eh bien ! alors, c'est en ville que je t'ai vu ? »

« Excusez, M. le major, je n'ai jamais été malade ».

Il n'en voulut point, quand même, à l'hospitalisé, d'un désaveu qui humiliait son assurance. Il affirma seulement que la tête du patient avait une ressemblance frappante avec celle d'un ancien malade.

Plusieurs autres appels à sa mémoire infaillible n'eurent pas plus de succès et furent expliqués par des confusions de physionomie que tout le monde accepta.

Haut de cinq pieds, la tête haute et pleine de morgue, encadrée de favoris soyeux, blancs et légers, plaqués sur les joues comme de la mousse d'œufs à la neige, il menait tambour battant sa troupe d'esclaves. Il n'admttait pas de contradiction. Il n'aurait pas souffert qu'on contrôlât ses diagnostics qu'il formulait comme un dogme sacré.

Avant la découverte de Sanchez Toledo et Veillon, il avait établi une origine exclusivement équine au tétanos. Il fit de nombreux mémoires à ce propos. Je ne sai ss'il ost mort avant qu'on n'eût dressé l'état civil du bacille tétanique. S'il a eu connaissance du fait, il dut subir un rude crèvecœur en voyant renversée l'étiologie empirique qu'il avait bâtie de toutes pièces et dont il revendiquait âprement la priorité.

Le professenr ALFRED RICHET (1816-1891).

Je n'ai jamais connu un homme qui osât avec autant de conviction et de piété dresser de son vivant et de ses propres mains un plus monumental piédestal à sa haute renommée. Sa taille élevée le faisait dominer toute sa cour d'élèves. Il se sentait, physiquement, bien au-dessus de ses disciples et de ses pairs qu'il dépassait de la tête et, moralement, il ne voyait personne qui l'atteignît.

Sortant de bonne heure, un jour, de chez Tillaux à l'Hôtel-Dieu, je me trouvai entraîné par un tourbillon d'étudiants qui s'engouffrait dans l'amphithéâtre de Richet. Pris par le mouvement, je ne regrettai pas cette occasion de voir le grand pontif de la chirurgie.

Je tombai juste sur une de ces opérations dont il avait établi une technique personnelle. Un hémorrhoïdaire, les cuisses relevées et écartées montrait une floraison végétante et bleuâtre de varices anales dont le volume était effarant.

Près de lui, rougissaient jusqu'au blanc, dans un brasero, de longues pinces de forgeron dont les mors, épais et larges, éblouissaient. On se serait cru dans une salle de question au temps de Torquemada.

Lui, le maître, dissertait longuement sur sa méthode. Il avait la bouche un tantinet asymétrique et un peu torse, ce qui forçait ses phrases à sortir lentement et comme en spirale avec un effort dernier, où il criait : « Messieurs, je n'opère pas les hémorrhoïdes, je les volatilise. » Aussitôt dit, aussitôt fait et les tenailles rouges mordaient, avec adresse et sans anesthésie, la corbeille fleurie du patient. Une odeur de viandes brûlées remplissait l'amphithéâtre et le maître attendait de sacrifier de nouvelles tumeurs veineuses. Toute la matinée y était consacrée.

Il était rare qu'il fît un cours sans y glisser quelque historiette intime et plaisante, où le bon père de famille qu'il était, livrait aux élèves les secrets du foyer. Callamand dans le dernier numéro du *Progrès médical* rapporte une anecdote amusante où « mon fils Charles » est mis à contribution. Ces digressions, parfois saugrenues, faisaient le bonheur des étudiants qui les racontaient dans le quartier latin. Elles épiçaient d'une pointe gaie la solennité de la leçon et relevaient par leur saveur piquante l'attention de l'auditoire. Elles couraient les brasseries et les cafés et le père Richet y gagnait une réputation d'originalité et d'humour qui le rendait tout à fait populaire parmi la jeunesse des écoles.

Il avait créé, dans sa vie, deux œuvres dont il était particulièrement fier : « *Le Livre* » et « son fils Charles ». « Le livre » qu'il appelait ainsi comme les dévots disent « la Bible ». C'était son « Anatomie chirurgicale » qu'il estimait *le livre* par excellence. Dans les examens il ne manquait pas de dire, « Voyez *Le Livre* » ou bien « Vous n'avez pas vu *Le Livre* ». Il n'a jamais pardonné à Tillaux son « Anatomie topographique » qui balançait le succès du *Livre*.

Sa seconde œuvre est plus puissante. Son fils Charles a pris le flambeau des mains du père et a ajouté à sa clarté, en l'agitant en divers sens. Il ne m'appartient pas, puisque je n'ai fait que l'entrevoir, de toucher à la multiple personnalité du fils qui a su gagner tous les sommets de la science et du goût. Du savoir et des arts, il a fait son domaine, ou il évolue avec une égale assurance. L'ombre du père doit tressaillr d'orgueil, sachant qu'elle a laissé sur terre l'héritier d'un grand nom dont l'éclat ne fait que s'aviver.

BESNIER

Dans une de ces présentations hebdomadaires de malades, qui se faisaient en la petite académie des « Peauciens » Besnier montrait un cas tout nouveau. Il argumenta longtemps sur le sujet et pour clore, dit « Je demande l'avis de M. Fournier qui, seul, avec moi, peut déchiffrer cet hiéroglyphe cutané ».

Le reste de l'aréopage encaissa le complément négatif et mit son mouchoir par dessus. Je me suis demandé comment une telle insolence confraternelle n'avait été relevée par aucun assistant. Personne ne souffla mot ; tout le monde sembla reconnaître les deux hautes valeurs qui s'affirmaient, d'elles-mêmes, avec si peu de souci de la politesse.

Besnier, il faut le dire, avec sa figure carrée, plane et à angles vifs, dont les favoris ras arrivaient jusqu'à des lèvres minces et assez méprisantes, avait une haute opinion de ses connaissances dans les affections de la peau. Il masquait, sous des dehors simples, l'immense orgueil de balancer celui de Fournier et de créer une école à côté de celle du grand syphiligraphe. Il y est parvenu et sa réputation s'est faite mondiale. Mais il manquait d'allure. Son physique très ordinaire et son entregent sans élégance ne faisaient point ressortir la puissance de sa maîtrise. Quand on avait entendu parler de lui, à travers les hôpitaux, on était tout surpris, en arrivant à St-Louis, de trouver un petit bonhomme qui n'avait rien de transcendant dans son extérieur. Sa science seule en imposait, alors que chez Fournier elle s'appuyait sur une prestance proconsulaire et sur une suffisance écrasante d'arbitre suprême.


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

TENNESSON

Que faisait dans ce rayonnement de deux gloires surajoutées et quelque peu interférentes, mon petit maître Tennesson ?

Il faisait une ombre et une figure allongée comme les autres collègues. Je me souviens que, ce jour de la sortie impertinente de Besnier, il ramena son mince troupeau, composé d'un interne, de trois externes et de deux stagiaires, en mordillant ses longues moustaches, avec une rage qu'il tâchait à dissimuler mais qu'on sentait grincer, quand même. Il se garda de la moindre allusion, mais il avait perdu sa propre assurance, dans la leçon clinique qu'il nous fit après. Il ne nous invita plus à ces matinées dermatologiques, où l'on avait fait de lui si peu de cas. Je sais qu'il s'y rendait, obligé qu'il y était, mais il nous donnait toujours de la besogne à faire dans son service pendant ces assises où il occupait une place d'arrière-plan.

C'était un petit homme, mince et voûté, redressant quand même sa tête au-dessus de sa cyphose. Il avait des yeux verts de chat ; une abondante moustache, gris châtain, couvrant des lèvres dont je ne vis que l'inférieure assez hargneuse et une barbe en pointe finissant son visage prognathe. Son nez quasi bourbonnien s'allumait en son terme, d'une lueur violâtre, qui, je le pense, faisait son désespoir. Au contraire du renard qui a la queue coupée, il défendait toute boisson alcoolique à sa clientèle d'hôpital. Il recommandait l'eau à outrance et pestait contre le vin qui n'était pourtant point chez lui la cause de cette iododermie acnéique qu'il ne put jamais éteindre.

Irascible et violent de nature, il ne fit jamais sentir à ses étudiants la moindre humeur grincheuse. Il aimait à pérorer en professeur et s'attachait, par, une longanimité contrainte, l'esprit et le cœur de ses élèves. On sentait qu'il faisait effort pour être aimable et on lui en savait gré.

Je lui dois ce que je sais en dermatologie.

ACTUALITES

Le livre du Dr Maurice Bedel, lauréat du Prix Goncourt.

Pour la deuxième fois, un médecin, vient d'obtenir le Prix Goncourt. Maurice Bedel, l'auteur de *Jérome 60° latitude Nord* (1) est un élève de Gilbert-Ballet et de Deny. Bon observateur, très au fait des choses de la psychiatrie, il a su oublier un jargon qui alourdit trop souvent les livres contemporains et ne retirer des analyses psychologiques que ce qui était nécessaire pour éclairer un instant de vie : choisissons quelques exemples résumés en de courtes notes. Ils donnent une idée exacte de la manière de l'auteur.

Jérôme commence de devenir amoureux d'Uni. « Il était la « proie de l'instant perfide, se faisait souris entre les pattes du « chat, prolongeait son angoisse par le secours de reminiscences « romantiques. « Ce rêveur rencontre sa bien-aimée en wagon. « Et c'était si bien elle qu'il recula jusqu'au soufflet pour « prendre le temps de s'adapter à cette soudaine réalité ».

Il cherche dans Uni un reflet de la Norvège qui l'exalte. Il « était amoureux de la Norvège comme il l'était d'Uni Hansen « en raison d'un faisceau d'idées préconçues, c'est-à-dire avec « fanatisme ». Plus loin, la présidente de la Ligue d'abstinence totale parle comme un psychanalyste et soutient que « l'amour était l'expression la plus haute de l'intelligence, que « les organes de son activité étaient la parole et l'écriture, que « l'union des deux esprits dans une idée commune en était le « terme final, d'autant plus désiré qu'il était peu souvent « atteint ». N'est-ce point là la sublimation freudienne ?

(1) Gallimard, 1927.

Mais nous ne voulons pas nous attarder à ces citations, ni conter par le menu l'aventure du jeune auteur dramatique qui abandonne une réalité parce qu'elle n'est pas à la hauteur de son rêve. Cette aventure se déroule en des pages claires et gaies, peuplées de types amusants, que Bedel plaisante, comme il sait faire des amis. Ne lui a-t-on pas reproché d'avoir compromis les relations entre la France et la Norvège. Et ce sont des Français qui lui ont fait ce reproche. Ils ont sûrement oublié que l'esprit de chez nous n'est jamais tout d'une pièce, et que sa souplesse fait son charme. Des dames norvégiennes peuvent s'énivrer d'idéologies, et vouloir bâtir une nouvelle cité sur la pierre blanche, elles ne nous font pas oublier cet Axel franc et loyal, un peu rude dans ses démonstrations affectives, ni cette bonne Mademoiselle Daa, si norvégienne avec sa petite maison, ses meubles peints et son jardin de neige, ni Uni elle-même, qui contient mal un cœur généreux.

Sans doute les touches ironiques sont-elles nombreuses. Jérôme sait à l'occasion moquer Jérôme lui même et cela, personne ne le lui a reproché. Il n'est pas dupe de son rôle d'amoureux, en accuse la maladresse, n'en cache aucune des situations.

Un voyageur qui confie au papier le récit d'un voyage, romancé ou non, doit obéir à la mode d'aujourd'hui et faire montre de l'esprit européen. La crainte d'être trop de son pays ne se rencontre pas dans le livre de Bedel. Je lui suppose même le souci contraire, parce qu'il chante Langeais, sa ville natale et fait dire au vieux peintre Christiansen : « Le français, c'est la langue même des dieux.»

Ne nous plaignons pas du ton insouciant et léger du récit des aventures de Jérôme. Les écrivains du XVIIIe siècle, même après leurs voyages à Londres ou à Berlin ne faisaient pas autrement.

Les juges du prix Goncourt, dans un temps où les lettres sont peu plaisantes, ont sans doute été charmés de retrouver un peu du vieil esprit de chez nous chez le candidat qu'ils ont choisi.

Puisse ce choix marquer le début d'une délivrance et la fin des livres amers et tristes, chargés de la lourde angoisse d'aujourd'hui.

Jean VINCHON.

Deux études sur la croyance à la Magie

Charcot avait accordé une large place dans ses études à la Magie et aux sciences occultes. Freud les a envisagées au point de vue psychanalytique dans Totem et Tabou. Les deux livres que nous allons analyser et qui sont basés sur l'observation des faits ne peuvent donc laisser le médecin indifférent.

Le premier de ces ouvrages, *Les non civilisés et nous* (1) de M. Raoul Allier, nous montre l'évolution parallèle de la croyance à la Magie chez le civilisé et chez le sauvage. Il esquisse d'abord la psychologie de ce dernier, instinctif et intuitif, mais capable à l'occasion d'un bon sens qui contraste avec son manque habituel de logique. Le sauvage est une énigme pour l'observateur.

En réalité la croyance à la Magie domine sa vie tout entière. Elle est en accord avec son imagination demeurée puérile. La tradition l'alimente de ses apports ancestraux. Il vit entouré de forces mystérieuses, qui lui voilent la réalité des choses. Il cherche à les connaître et à les prévoir par la divination et la sorcellerie. Celles-ci lui apportent des solutions toutes faites en accord avec le degré de son intelligence, qui s'élève rarement au raisonnement ainsi qu'à la critique des faits, et apparait de ce fait arrêtée dans son évolution. La faiblesse de l'intelligence entraîne, chez le sauvage, la désagrégation morale. Celle-ci se traduit par la pratique du mensonge, imposé souvent par un rite magique. L'individu dissimule la vérité pour se défendre : il espere ainsi échapper aux sortilèges. Le mensonge lui sert en outre à écarter toute émotion pénible. La debilité morale livre le non civilisé aux passions et aux élans

(1) Payot, 1927.

instinctifs, elle compromet jusqu'au sentiment de conservation en favorisant le suicide pour des motifs futiles.

Un être qui se sent exposé, à chaque instant, à devenir la victime d'un sortilège ou d'un génie, souffre d'une angoisse continuelle, qui lui fait craindre et chercher tour à tour l'influence du sorcier.

Ainsi envisagée, la croyance à la Magie constitue le plus grand obstacle aux progrès de la civilisation. A première vue, elle semble faire partie du psychisme du non civilisé. Elle permettrait par conséquent de classer l'humanité en deux grandes catégories.

Cette thèse est discutable. La Magie ne domine pas la vie du civilisé, mais elle existe aussi chez lui. Et cette conclusion s'impose qu'un fonds de tendances communes réunit les deux tronçons de l'humanité qui semblaient séparés par un fossé profond.

La persistance de la croyance à la Magie peut-elle être expliquée par la survivance de traditions millénaires ? La chose est possible. Mais il n'est pas moins vrai que certaines idées ou certains rites sont réinventés, comme créés spontanément par les individus. Le joueur qui adopte en entrant dans la salle de baccarat toutes les superstitions de ses semblables le fait à cause de dispositions, jusque-là latentes dans les profondeurs de son psychisme, qui le rapprochent du sauvage. Ces dispositions, surtout affectives, abolissent l'esprit critique chez l'un comme chez l'autre. Tous deux éprouvent un besoin commun de fétiches.

L'individu normal n'a pas conscience d'être superstitieux. Pourtant il fait certains gestes, dans des heures d'émotion, qui semblent faire appel à des forces occultes.

Le joueur de boules, entr'autres, continue à suivre la boule qu'il a lancée, comme s'il pouvait en diriger encore la course. Les moyens de défense des obsédés, traduisent dans le domaine pathologique des états affectifs analogues, déformés par la névrose. Poursuivant son étude, M. Raoul Allier retrouve les mêmes faits chez l'enfant, plus émotif et plus imaginatif que l'adulte. Il saisit ainsi « en pleine action, quelques-unes des lois psycho« logiques, dont le jeu nous explique ce qui est si vivant et si fort chez le non civilisé ».

Le psychisme du sauvage est dirigé tout entier par les croyances magiques. Chez nous, elles sont en contradiction avec le reste de notre vie intellectuelle et morale. C'est là la seule différence ; mais elle marque bien le moment où s'est arrêtée l'évolution d'une partie de l'humanité. Pour M. Raoul Allier, l'évangélisation par les missions qui s'efforce de modifier l'état affectif peut seule remédier à cet arrêt du développement intellectuel et moral des non civilisés.

Cet important travail s'appuie sur des nombreux documents. L'observation directe de faits immédiats, par l'auteur, contrôle toujours les documents de seconde main. Cette méthode assure la solidité du livre. Il éclaire pour nous autres, médecins, certains côtés de la psychologie des névropathes en les reliant à l'ensemble de l'humanité, civilisée ou non.

Le second livre : *Les Aventuriers du Mystère* (1), de M. Frédéric Boutet retrace l'histoire de la croyance à la Magie dans le monde civilisé depuis 1840. C'est une série de portraits de croyants ou de pseudo-croyants. Cet ouvrage, destiné au grand public fait revenir des figures pittoresques, comme celles des Rose-Croix, de l'abbe Boullan, de Stanislas de Guaita à côté des somnambules et des tireuses de cartes des quartiers populaires. Il résume des plaquettes et des livres devenus introuvables, comme le Satanisme et la Magie, de Jules Bois, les brochures sur Vintras, sur Hysmans, qui connurent le succès, au moment où ils furent édités. Il y ajoute des notes personnelles. Il conclut en affirmant la solidité des croyances à la magie « à cause de l'indéracinable appétit du surnaturel, — qu'on pourrait appeler le besoin magique, — qui hante les cervelles humaines, qui les hante davantage encore depuis la guerre, — engendré par la peur et l'angoisse, et aussi par le dégoût d'une vie quotidienne trop difficile ».

Ce document bleu complète le chapitre de M. Raoul Allier sur « la Magie dans les sociétés supérieures ». Il justifie ainsi la réunion de ces deux analyses dans une même chronique.

Jean VINCHON.

(1) Les documents bleus. Gallimard, 1927,

SOCIÉTÉ SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDEDINE

Séance du 10 janvier 1928

Vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le BCG. Statistiques et résultats du 1er juillet 1924 au 1er novembre 1927. — M. A. *Calmette*. — Depuis le 1er juillet 1924 — date à laquelle l'Institut Pasteur a mis le vaccin BCG à la disposition des médecins et des services publics d'assistance — jusqu'au 1er décembre 1927, 52.772 enfants ont été vaccinés à leur naissance tant à Paris que dans les départements.

De ces 52.772 enfants, 5749 qui ont été signalés comme nés de mères tuberculeuses ou vivant dans un milieu bacillaire, ont chacun leur fiche qui permet de suivre leur destinée et d'obtenir régulièrement de leurs nouvelles. 3808 d'entre eux sont vaccinés depuis moins d'un an au 1er décembre 1927. A cette date on avait compté parmi eux 118 décès dont 34 de maladies présumées tuberculeuses. La mortalité générale (par toutes causes de maladies) des vaccinés en contact tuberculeux était donc de 3,1 % et la mortalité tuberculeuse de 0,9 %, alors que pour les non vaccinés, avec ou sans contact tuberculeux, la mortalité générale est en France, de 8,5 % enfants et la mortalité tuberculeuse de 24 % (minimum des enfants surveillés par les dispensaires.)

1941 enfants en contact tuberculeux sont vaccinés depuis 1 an à 3 ans 1/2. Ils ont fourni, à partir de leur douzième mois, un total de 21 décès dont 4 seulement par maladies présumées tuberculeuses. La mortalité générale (par toutes causes de maladies) pour ce groupe a donc été de 1,2 % inférieure de 0,4 % à celle (1,6) des enfants de 1 à 4 ans non vaccinés, avec ou sans contact tuberculeux, et la mortalité tuberculeuse a été de 0,2 %.

De ces 1941 enfants, au 1er décembre 1927, 917 avaient de deux ans à trois ans et demie. Aucun décès par maladie tuberculeuse ne s'est produit parmi eux. La mortalité tuberculeuse pour ce groupe a donc été nulle.

L'immunité antituberculeuse produite par le vaccin dure beaucoup plus longtemps qu'on ne l'avait tout d'abord espéré. Il semble bien, d'après ces constatations et d'après ce qu'ont observé Weill-Hallé et Turpin sur les enfants vaccinés par eux depuis 1921, que cette immunité persiste au moins cinq ans, c'est-à-dire pendant tout le premier âge, donc pendant toute cette période de la vie où l'enfant est particulièrement exposé et sensible aux infections tuberculeuses graves. C'est une constatation très rassurante. Elle démontre avec évidence que la vaccination par le BCG est parfaitement inoffensive et que son efficacité ne peut être mise en doute.

Le péril national de la mortalité excessive. — M. ***Strauss***, sénateur, ancien ministre de l'hygiène, fait une communication sur la natalité et la mortalité comparées en France et dans divers Etats Européens. D'un document de la Conférence économique internationale de la Société des Nations, il ressort que parmi les 41 Etats d'Europe et d'Amérique, considérés au point de vue de l'excédent des naissances sur les décès, la France occupe le dernier rang. Ce faible accroissement de la population de la France, tient, suivant M. Paul Strauss, davantage à un excédent de décès qu'à l'insuffisance des naissances, si évidente et si regrettable que soit celle-ci. Alors que la natalité a diminué sensiblement, depuis 1913, en Angleterre (22 %), en Allemagne (26,5), en Italie (13,2), dans les Pays-Bas (10,6), en Belgique (8,8), elle a augmenté en France, faiblement il est vrai (0,53 %.)

La mortalité, par contre, a moins diminué en France, depuis 70 ans, que dans les pays précités. Depuis 1913, l'abaissement de la mortalite a été pour la France de 1,13 %, alors qu'elle était en Angleterre de 11,6, en Allemagne de 21,3, dans les Pays-Bas de 20,3, en Italie de 11,15, en Belgique de 5,75.

La faible décroissance des décès en France a été obtenue particulièrement de 0 à 1 an, sans nul doute à cause des progrès de la puériculture, de l'action des lois et de l'efflores-

cence des institutions et des œuvres de protection maternelle et infantile.

La tuberculose est chez nous particulièrement meurtrière, puisque pour 10.000 personnes âgées de 23 à 34 ans, la statistique enregistre 25 décès en France et 13 en Angleterre.

M. Strauss conclut en émettant l'avis que l'Académie recherche et indique les moyens d'intensifier la lutte contre les fléaux sociaux, particulièrement contre la tuberculose, contre la mortalité infantile, contre le cancer, contre les maladies transmissibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURG E

Séance du 11 janvier 1928.

A propos de la neurotomie rétro-gasséérienne. — M. *de Martel* a fait 90 neurotomies sans une seule mort. Il est d'avis, d'apres deux observations personnelles, que la récidive est possible par régénération de la racine sensitive du trijumeau.

Diaphragme cloisonnant le vagin. — M. *Lecène* critique la conduite de M. *Tierny*, qui, en présence d'un pyocolpos, opéra par la voix haute. Il a cependant utilisé cette voie chez une jeune femme de 27 ans qui présentait un épais diaphragme cloisonnant le vagin, mais chez qui le toucher rectal montrait l'existence d'un col et d'un corps utérin normaux. Après effondrement du cul-de-sac vésico-utérin et ouverture du vagin, il a pu réséquer le diaphragme. Depuis l'opération, la malade est devenue enceinte.

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. *Mocquot* rapporte une observation de M. *Matry* (de Fontainebleau) où un homme, après un abondant repas, est pris de douleurs violentes abdominales avec vomissements. Sans avoir un diagnostic très précis, on opère, et l'on trouve un énorme estomac distendu et atone ; on fait alors une gastrostomie et par la nouvelle bouche, des lavages. La mort survient quelques heures après.

Quoi qu'il s'agisse d'un fait exceptionnel on trouve quelques observations comparables dans la littérature, qui soulignent le caractère de haute gravité de cette affection.

Il semble bien qu'il s'agisse d'un estomac forcé.

Méthode de Robertson-Lavalle. — M. *Tavernier* (de Lyon) a réalisé cette opération dans sept cas d'ostéo-arthrite tuberculeux, qu'il a suivis pendant un an au moins. Il a obtenu : un résultat très mauvais, avec arthrite suppurée fistulisée, trois améliorations rapides et nettes, mais qui n'ont pas duré et enfin trois guérisons, mais où les lésions osseuses ne se sont pas modifiées. Le résultat le plus net a été la disparition des douleurs, des contractures, et une atténuation des lésions fongueuses.

M. *Bréchot* n'a jamais obtenu aucun résultat chez les enfants ; dans une ostéomyélite atténuée, par contre, l'amélioration a été manifeste.

M. *Ducroquet* insiste sur le fait que, dans tous les cas de M. Tavernier, les lésions osseuses ont continué à évoluer.

M. *Mouchet* qui avait vu de très mauvais résultats jusqu'ici, doit à la vérité de dire que, dans un cas de tumeur blanche du genou, il y a eu une amélioration évidente.

M. *Mocquot* a fait deux opérations de Robertson-Lavalle. Le premier malade a eu un résultat saisissant sur les douleurs.

Dans le deuxième cas, l'amélioration a été moins nette.

Enchevillement d'une fracture trans-cervicale. — M. *Basset* présente la malade, chez qui il a vissé, avec la méthode de Delbet un os mort. Excellent résultat.

Luxation récidivante de l'épaule. — M. *Lenormant* présente une malade atteint de cette affection et opérée par lui. Il a dédoublé la coracoïde et l'a allongée encore par des greffes ostéopériostiques pour constituer une butée. Excellent résultat.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1928.

Polynévrite consécutive à une suette miliaire. — ***MM. O. Crouzon, L. Justin-Besançon* et *Robert Lévy*.** — A la suite d'une suette miliaire typique, une malade présente une polynévrite caractérisée par l'abolition complète de trois réflexes tendineux, la diminution considérable de tous les reflexes, l'atrophie de certains groupes musculaires et de troubles de la sensibilité subjective. Cette polynévrite s'accompagne de troubles psychiques marqués. La régression de l'ensemble de ces troubles nerveux installés immédiatement au déclin de la suette miliaire s'est effectuée d'une façon particulièrement rapide. Les auteurs discutent le diagnostic entre ces troubles nerveux et ceux qu'aurait pu déterminer une atteinte infectieuse chez un sujet éthylique.

Syndrome bulbaire. Enclavement du bulbe. — ***MM. Apert, Odinet* et *Lang*** racontent l'histoire d'une fillette qui, jusque-là bien portante, fut il y a quatre mois prise de symptômes bizarres qui allèrent en s'accentuant de plus en plus : asthénie qui devint bientôt extrême, empêchant la marche, puis la station et même assise, sensations d'étouffements, rejets de minimes quantités de crachats battus en fine mousse, tachycardie, céphalées, aucun trouble de la sensibilité, de la contractilité musculaire, ni des réflexes. Mort par affaiblissement progressif de la pression artérielle et des mouvements respiratoires. A l'autopsie intégrité complète des viscères thoraco-abdominaux, du cerveau du cervelet, mais le bulbe est enclavé au niveau du trou occipital par la pénétration de l'apophyse odontoïde à la partie antérieure de ce trou, comme conséquence d'une luxation en avant de la masse latérale gauche de l'atlas commémoratif de traumatisme pour expliquer cette luxation.

Les modifications de la cholestérinémie au cours de la croissance. — ***MM. Baylac* et *Seudrail*** (de Toulouse) ont observé que le taux de la cholestérine s'élève progressivement depuis la naissance jusqu'à la puberté. Il paraît anormalement élevé chez les tuberculeux et est peut-être en rapport avec l'allergie acquise à l'égard de la tuberculose.

Péritonite par perforation au cours d'une typhoïde grave. Intervention chirurgicale. Guérison. — ***MM. Gregoire, H. Redon* et *R. Worms*** insistent dans leur cas sur l'extrême progressivité des symptômes qui a empêché de porter un diagnostic précoce. Opérée tardivement, leur malade a pourtant guéri ; il n'y a donc pas de lois pronostiques absolues. L'intervention a consisté en une suture simple de la perforation et un drainage péritonéal par mèches et drain dans le petit bassin. Cette technique s'oppose à celle qui a été suivie dans les cas récents également guéris par l'intervention (Aurousseau et J. Marie, Duffour, Gernez et Nativelle, Poncel, Cassoute), ce qui montre qu'en matière de traitement on ne saurait déterminer *à priori* la conduite à tenir. Une règle toutefois est absolue : l'obligation de n'effectuer sur l'intestin que le minimum de manœuvres.

Encéphalite aiguë avec convulsions subintrantes. Action remarquable de l'abcès de fixation sur les accidents convulsifs. — ***MM. d'Œlsnitz, Turillot* et *Prince*** décrivent l'histoire d'un jeune enfant qui, après un début infectieux banal présente des convulsions d'intensité progressive et de nombre croissant atteignant 100 et plus par jour. Au vingt-et-unième jour de cet état, on pratique un abcès de fixation. Le surlendemain de l'injection térébenthinée, la collection se formant, les crises diminuent brusquement de 100 à 5 pour disparaître définitivement le surlendemain de l'incision en même temps que l'état général et nerveux se réparent progressivement. Ils ont observé des résultats comparables dans deux encéphalites otogènes et dans une encéphalite d'origine plus complexe où les accidents convulsifs se répétaient quotidiennement depuis de nombreux mois : chaque fois, les convulsions ont cédé dès la formation de l'abcès pour disparaître sans retour après son ouverture. Ces faits favorables méritent d'être enregistrés à l'actif de l'abcès de fixation, sur la valeur thérapeutique duquel l'accord n'est pas encore réalisé.

Un cas de splénomégalie d'apparence primitive d'origine distomienne. — ***MM. Pilod, Codvelle*** et ***Hugonot.*** — Les auteurs rapportent l'observation d'un soldat indo-chinois, porteur d'une grosse rate d'apparence primitive, découverte fortuitement et bien tolérée, qui finit par succomber à une granulie généralisée. Tous les examens hématologiques et coprologiques avaient été négatifs. L'autopsie révéla l'existence d'une distomatose hépatique à Clonorchis sinensis, à laquelle l'analyse histo-pathologique permit de rapporter les lésions profondes de la rate et du foie. Les auteurs concluent à l'existence de splénomégalies d'apparence primitive, d'origine distomienne, et à la nécessité, pour les dépister, d'examens coprologiques minutieux et persévérants.

Manifestations aortiques transitoires au cours d'une spirochétose ictérogène. — ***MM. Loeper, Schulmann*** et ***Lemaire*** rapportent un cas de spirochétose dans lequel, au cinquième jour de l'ictère sont apparues des manifestations aortiques : souffle systolique de la base, signes périphériques d'insuffisance aortique avec tension artérielle de 19 5. Disparition des signes aortiques et les auteurs pensent à une myocardite régionale seule capable d'expliquer le caractère transitoire de ces troubles.

Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. — ***MM. Lemierre*** et ***Kourilsky*** rapportent un cas d'abcès amibien autochtone du poumon survenu chez un homme de 45 ans, en l'absence de tout antécédent dysentérique net. Cet abcès remarquable par son volume occupait presque tout l'hémithorax droit ; les signes cliniques et radiologiques correspondaient à ceux que l'on attribue à la pleurésie interlobaire. Le diagnostic fut assuré par la ponction exploratrice qui retira un pus amicrobien, alors que les crachats étaient fétides. La cure d'émétine amena en quelques jours une guérison véritable, clinique et radiologique, actuellement stable depuis huit mois. Les auteurs insistent sur l'erreur de diagnostic qui faillit être faite avec la pleurésie interlobaire, affection en réalité très rare, et qui faillit conduire le malade à une intervention chirurgicale.

M. Bezançon signale les bons effets de l'émétine dans les abcès amibiens, et aussi l'amélioration passagère dans les suppurations non amibiennes. Il pense que les bons effets de l'émétine n'implique pas toujours le diagnostic d'abcès amibien quand il n'y a pas guérison rapide et complète.

M. Sergent insiste à nouveau à propos de la communication de MM. Lemierre et Kourilski sur la rareté de la pleurésie interlobaire.

Faut-il toujours faire un traitement spécifique aux vieilles syphilis et notamment aux syphilis nerveuses. — ***M. G. Heuyer.*** — L'application du traitement spécifique n'est pas toujours sans inconvénient chez l'adulte dans la vieille syphilis, surtout neurologique. Même appliqué avec logique et précaution, il peut déterminer des accidents viscéraux graves ou même il peut produire une aggravation plus ou moins rapide de la maladie nerveuse en cause. Chez l'adulte ou le vieillard, il faut quelquefois ne pas traiter de vieilles véroles, chez l'enfant au contraire le traitement spécifique est bien supporté et donne de bons résultats et d'heureuses surprises.

MM. Sicard, Sézary, Tzanck, Flandin considèrent que chaque malade est un cas d'espèce, et qu'il faut toujours traiter les malades dont les lésions sont nettement de nature syphilitique quand celles-ci ne sont pas trop anciennes et définitives.

René Giroux.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Laxatifs et purgatifs

« Principium sanitatis bene
« moratus venter ».
(Sylvius)

Lorsqu'il s'agit de provoquer l'exonération rapide et complète de l'intestin, on doit prescrire les purgatifs, mais ceux-ci constituent une médication purement symptomatique dont l'emploi ne doit être que temporaire. L'idéal de la médication évacuante n'est pas de *faire évacuer*, mais de rappeler l'intestin, sans violence agressive, à son devoir normal. La mission du laxatif est de remédier, le *plus naturellement possible*, au dysfonctionnement intestinal et de rétablir, sans provoquer de crise d'entérite, même passagère, le cours physiologique du péristaltisme. Depuis quarante ans, la supériorité, comme laxatif moteur et secrétoire, a été, unanimement, dévolue à la Cascarine Leprince, eccoprotique parfait, sensibilisatrice glandulaire, destructive de la flore microbienne septique, éliminatrice des toxines hépato-rénales, des poisons hémolytiques et dermatogènes, des virulences d'origine tissulaire et *a fortiori* de tous les hôtes saprophytes indésirables du milieu viscéral. C'est en vertu de ces services que les Anglais ont rendu à la cascarine un juste hommage, en la surnommant « a vegetable calomel ». Diminution de la toxicité urinaire, avec élévation du taux de la sécrétion et abaissement des sulfo-éthers ; retour à la normale des rapports urologiques, témoignant du trophisme rétabli ; suppression du ballonnement, de l'inappétence, de la dyspepsie, de l'haleine fétide et de l'insomnie, avec amendement graduel des troubles cardio-nerveux et de l'irritabilité générale (qui font, aux fermentations putrides un habituel cortège) : tels sont les avantages cliniques constamment reconnus à la cascarine.

En tant que médication laxative, elle permet de prolonger, autant qu'il est nécessaire, les éliminations utiles, chez les arthritiques, les torpides, les gastrodyniques, sans attentat à la composition intime du sang et sans éveil de la susceptibilité de l'estomac ou de l'intestin. Ne déterminant pas l'accoutumance, la Cascarine Leprince fournit toujours l'effet cherché, sans nécessité d'augmenter les doses, comme cela arrive avec presque tous les évacuants usuels. Enfin, les effets eccoprotiques de la cascarine ne sont jamais irrésistibles ou subconscients (comme c'est, par exemple, l'inconvénient de l'huile de paraffine) ; c'est toujours la volonté qui intervient pour dénouer la stase intestinable au moment jugé le plus propice au transit rectal, de préférence le matin.

La libération alvine s'effectue, avec la plus grande facilité, sans péristaltisme spasmodique ; *sans contracture des fibres lisses*, c'est-à-dire sans coliques, ni ténesme, ni nausées reflexes, même chez les enfants, les convalescents, les desaxés du ventre et du bas-ventre. L'utérus n'est nullement influencé par elle comme cela est à craindre avec les purgatifs résinoïdes. Mais il est recommandé de formuler toujours « Cascarine Leprince » si l'on veut être assuré de toutes ces supériorités, intimement liées à l'origine géographique de la plante, à sa récolte d'activité, *maxima*, entre trois ou quatre ans ; à la stabilisation des écorces, pour le vieillissement méthodique des glucosides qui s'y développent par dédoublements des anthraquinones ; enfin et surtout (Dujardin-Beaumetz) à l'exclusion complète des substances drastiques recélées dans la cascara sagrada et éliminées par le procédé Leprince exposé, en 1892, à l'Académie des Sciences.

Il faut considérer tout constipé comme un malade forcément menacé, un jour ou l'autre, d'infection par toxémie fécale. Ce n'est que par le nettoyage régulier de l'intestin que l'épée de Damoclès sera détournée. Ce nettoyage s'effectuera par la Cascarine Leprince qui supprimera toute paresse, tout retard, toute insuffisance d'exonération. On obtiendra ainsi la prophylaxie de bien des occurences pathologiques : manifestations arthritiques et herpétiques, dyspepsies gastro-hépatiques, appendicite, hémorroïdes, migraines, états congestifs et névropathiques, obésité, etc.., sont, forcément, influencés par la chasse régulière des résidus nocifs qui alimentent ces états morbides et dont la détersion s'impose et s'imposera toujours, quelles que soient les théories médicales en vigueur.

On voit que la Cascarine Leprince n'est pas un médicament voué à un soulagement passager ou temporaire : c'est une médication de haute portée et de longue échéance.

Ce sont. comme l'a dit LECLERCQ, des maladies de la cinquantaine ; dans certaines familles. c'est une tare héréditaire, ce qui démontre une influence diathésique, l'influence de l'arthritisme. qui prédispose à ces troubles de nutrition. L'examen du sang montre presque toujours une exagération de l'urée. de l'acide urique, de la cholestérine. La présence de cette dernière, substance antitoxique secrétée par l'organisme, est pour DOUMER la preuve d'un état d'intoxication chronique que des troubles du métabolisme et de la nutrition peuvent seuls expliquer.

Dans son rapport, DOUMER montre l'origine commune de tous ces états de sclérose artérielle ou rénale, de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension évoluant différemment suivant les individus mais découlant toutes de troubles de la nutrition générale. Dans tous les cas, à une période de la maladie, tantôt dès le début, tantôt, au contraire, plus tardivement, l'hypertension fait son apparition et conditionne l'évolution des symptômes et la marche de l'affection. Les causes de son apparition sont encore mal définies. Pour DOUMER il ne faudrait pas l'attacher aux scléroses rénales, comme le veut une opinion actuellement classique. Il se base sur ce fait que l'hypertension est souvent isolée et que lorsqu'elle est associée à la sclérose rénale, il n'est pas certain qu'elle soit sous sa dépendance, car souvent elle la précède et la néphrite chronique apparait plutôt comme une complication du trouble hypertensif. Il constate cependant que la plupart des hypertendus finissent par faire de la sclérose rénale et qu'en définitive tous ces troubles circulatoires : scléroses artificielles et rénales, défaillances cardiaques, hypertensions artérielles, sont toujours conditionnés par des troubles de nutrition et de métabolisme alimentaire qui ont provoqué plus ou moins rapidement l'insuffisance hépatique et rénale qui se traduit par l'hyperuricémie, l'hypercholestérinémie et même l'hyperglycémie.

DOUMER pense qu'on pourrait éviter ou retarder l'apparition de ces troubles en surveillant de bonne heure le régime de ceux qui sont prédisposés par hérédité arthritique à ces troubles de nutrition et tout au moins les amender dès qu'on en constate les premiers phénomènes.

Il est évident que la restriction alimentaire, l'hygiène raisonnée, l'hydrothérapie, l'exercice dosé, le repos intellectuel doivent jouer ici le premier rôle ; mais dès que l'hypertension sera constatée, il faudra s'efforcer de diminuer et régulariser le travail du cœur, faire cesser le spasme artériel et améliorer la diurèse.

L'emploi de la *guipsine* répond à cette triple indication et à la suite de son administration à la dose de 6 à 8 pilules par jour, pendant plusieurs semaines, on constate une baisse de la tension sanguine, une amélioration des symptômes fonctionnels, une sédation des phénomènes douloureux, une augmentation de la diurèse et des éliminations azotées et chlorurées. Cette médication est inoffensive, il n'y a pas pour elle de contre-indication ; on ne constate ni accoutumance, ni accumulation et la *guipsine* est réellement le médicament d'entretien des artérioscléreux et des hypertendus.

BIBLIOGRAPHIE

L'art de former une bibliothèque, par Emile HENRIOT. Un vol. in-16, broché : 7 fr. 50. (Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve). R. C. Seine 76035).

L'auteur qui, chacun le sait, est un très délicat lettré, se défend de vouloir imposer son goût, meme de vouloir donner des conseils.

M. Emile HENRIOT traite d'abord du Roman, puis de la Poésie et du Théâtre ; il classe ensuite ensemble les Moralistes et les Essayistes et réserve un chapitre à part aux *Mémoires et Correspondances* qui sont suivis de la *critique*, de l'histoire littéraire, des monographies. Le chapitre VII est consacré à l'Histoire et aux Voyages, et le chapitre VIII à la littérature étrangère et aux classiques grecs et latins.

Après les chefs d'œuvre, les ouvrages du second rayon, ceux dans lesquelles on trouve quelques pages exquises, dignes de figurer dans les Anthologies. Dans le chapitre X, l'auteur parle du choix des livres et des éditions à préférer. Et dans le suivant indique le 10 auteurs preférés dans chaque genre, et aussi les 10 œuvres complètes, les 10 volumes, les 10 livres divers, les 10 romans, les 10 pièces, les 10 chefs-d'œuvre, etc., qui sont l'objet de sa prédilection.

Enfin dans des appendices, M. Emile HENRIOT, révèle un certain nombre de curiosités littéraires relatives aux mémoires de Saint-Simon, de Mme d'Epinay, de Casanova ; il indique comment travaille un érudit, parle des journaux et pamphlets de l'ancien régime, de l'intérêt des éditions originales, etc.

Le bromure de sodium en thérapeutique. (PEYRUS, *Concours Médical*, 1927, n° 33). — Dans tous les cas où l'on doit ménager soit le système car dio-pulmonaire, soit l'appareil digestif, et où l'on peut appréhender des phénomènes toxiques (asthme, affections cardiaques de la période d'eusystolie ou d'hyposystolie, insuffisance de la dépuration urinaire), le bromure de sodium doit, de l'avis général des auteurs qui l'ont étudié étre préféré au bromure de potassium ; mais bien entendu, il faut employer un bromure de sodium excessivement pur et qui puisse être administré en solution suffisamment étendue : on sait que le sédobrol réalise le moyen le plus sûr, le plus élégant et le plus discret de faire absorber le bromure de sodium. Sans doute, lorsqu'il s'agit de calmer une douleur intense, il vaut mieux donner l'allonal (isopropyl-allyl-barbiturate de diméthyl-amido-antipyrine) qui est un analgésique renforcé, facile à prendre et toujours admirablement toléré. Sans doute aussi lorsqu'il s'agit de combattre une insomnie tenace, ou une agitation exceptionnelle, il est préférable de donner le somnifène, le plus maniable des hypnotiques qui permet d'administrer à chacun sa dose et qui agit de açon remarquable dans toutes les insomnies de quelques nature qu'elles soient, — mais, dans l'immense majorité des symptômes nerveux, en médecine générale, en gynécologie, en urologie, dans les affections cardiaques aussi bien que dans les maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, qu'il s'agisse de pithiatisme ou de troubles fonctionnels, de mal comitial, de convulsions, de chorée ou de laryngite striduleuse, de coqueluche, d'éréthisme génital, de palpitations, de dyspepsie hypersthénique, le sédobrol rend les plus grands services à la dose de une à deux tablettes par jour, à faire dissoudre dans une tasse d'eau très chaude : on obtient ainsi un bouillon végétal de bonne odeur et de bon goût, qu'on peut faire absorber à un malade sans qu'il se doute même qu'il prend du bromure, et qu'on peut lui présenter comme une infusion calmante quelconque, lorsqu'il a, ce qui n'est pas rare, la phobie de la médication bromurée.

Appareil circulatoire et arthritisme. — Au Congrès de l'Arthritisme, qui vient de se tenir à Vittel, le Professeur Ed. DOUMER a présenté un rapport très documenté sur les relations de l'arthritisme et des maladies de l'appareil circulatoire. Il a exposé la question de l'origine de l'artério-sclérose et des artérites chroniques et il a surtout présenté certaines conceptions nouvelles sur le rôle que jouent les troubles de la nutrition générale dans le déterminisme de certains états de défaillance cardiaque et de l'hypertension artérielle.

Lorsque la syphilis ne peut être mise en cause, l'artério-sclérose et les artérites chroniques sont le plus souvent primitives, en apparence, et surviennent en dehors de tout facteur connu. Elles sont provoquées, pour le professeur DOUMER, par un état d'intoxication chronique, par des troubles complexes du métabolisme alimentaire et de la nutrition générale qui irritent à la longue les parois artérielles.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 4. LE NUMÉRO : 50 Centimes 28 JANVIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

Pour traitement dissimulé de S preserire. Pilules Lémary A (pilules de Dupuytren Codex) Pilules Lémary B (pilules Ricord Codex) Pilules Lémary C (pilules au biiodure {biiodure d'hydrargyre 0,005 millig. iodure de potassium 0,25 centig.) en pilules kératinisées
L'étiquette porte, le prospectus indique : pilules fortifiantes, dépuratives reconstituantes

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours du prix de l'internat.* — 1° MÉDECINE : Jugement des mémoires : MM. Blondel, Boltanski, Mlle Dreyfus-Sée, MM. George, Laporte, Lemaire, Lévy, Marie, Moussoir, Olivier et Schmidt, 20 points.

Epreuve écrite. — Séance du 16 janvier. — Questions données: « Physiologie du duodénum. — Stère syphilitique ». — MM. Moussoir, 26 ; Boltanski, 26 ; Blondel, 27 ; Lemaire, 24 ; Laporte, 26 ; Mlle Dreyfus-Sée, 27. Les autres candidats se sont retirés.

Epreuve clinique. — Séance du 17 janvier. — Mlle Dreyfus-Sée, 16 ; MM. Laporte, 18 ; Lemaire, 15 ; Boltanski, 18 ; Blondel, 17 ; Moussoir, 13.

Classement des candidats : MM. Blondel, 64 points ; Boltanski, 64 ; Laporte, 64 ; Mlle Dreyfus-Sée, 63 . MM. Lemaire, 59 ; Moussoir, 59.

Epreuve supplémentaire. — Vendredi 20 janvier. — MM. Blondel 18, Boltanski 20. Laporte 19.

Les récompenses sont ainsi attribuées : Médaille d'or ; M. Boltansky : médaille d'argent : M. Laporte ; accessit : M Blondel.

2° SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT. — Jugement des mémoires : MM. Digonnet, 19 ; Galtier, 19 ; Leibovici, 16 ; d'Aubigné, 19 ; Redon, 19, Sauvage, 15.

Epreuve écrite. — Séance du 19 janvier. Questions posées : Articulation temporo-maxillaire. — Diagnostic et traitement de la tuberculose iléo-cæcale. MM. d'Aubigné 19, Redon, 15, Sauvage 17, Galtier 13, Leibovici 14.

Epreuve de consultation écrite : Séance du 20 janvier. — MM. Sauvage 20, Leibovici 19, Redon 20, Merle d'Aubigné 21, Gaultier 20.

Classement des candidats : MM. Merle d'Aubigné 59, Redon 54, Galtier 52, Sauvage 52, Leibovici 49.

Epreuve supplémentaire : MM. Sauvage 14, Galtier 16.

Les récompenses suivantes sont attribuées : Médaille d'or : M. Merle d'Aubigné ; médaille d'argent : M. Redon ; accessit : M. Galtier.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 25 janvier. — M. AUGUSTIN. Etude sur l'hydramnios. — M. DELATTRE. Le déséquilibre mental d'Arthur Rimbaud. — Mlle RENARD. Etude sur la tuberculose pulmonaire. — M. BACHELIER. Absence congénitale de l'humérus.

Thèses vétérinaires. — M. MORAT. Etude sur les maladies du jeune âge.

26 janvier. — Thèses vétérinaires. — M. ROUSSEAU. De la valeur du jetage chez les animaux domestiques.

28 janvier. — M. LAGARRIGUE. Etude sur les hernies spontanées de l'estomac. — Mlle MATRAT. Contribution à l'étude des hémorragies des fibromatoses. — M. CAILLARD. Rapports de la tuberculose et de la grossesse.

Hôpital Saint-Michel. (33, rue Olivier-de-Serres.) — *Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant.* — L'interne en titre reçoit 300 francs par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital.

L'interne remplaçant reçoit 60 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital ses jours de service et ses jours de remplacement. Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 10 février, à M. le Dr Delort, à l'hôpital Saint-Michel.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital Saint-Michel, à partir du 15 fevrier. Les 5 premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément définitif du Dr Récamier, médecin-chef de l'hôpital.

Asiles publics d'aliénés. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 19 mars 1928, pour l'admission aux emplois de médecins directeurs et médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et le asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à douze.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 18 février inclus. (*J. O.*, 12 janv. 1928),

Société nationale de chirurgie de Paris. — *Prix décernés*. — Prix Duval-Marjolin : MM. Marcel BARRET, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail : « Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine. »

Prix Ricord. — M. Maurice VANLANDE, agrégé du Val-de-Grâce, pour son travail : « Contribution à l'étude des rétrécissements acquis non néoplasiques de l'intestin grêle. »

Prix Laborie : M. MENEGAUX (de Paris), pour son travail : « Étude comparative du traitement du cancer de la langue par la chirurgie et les radiations. »

Hôpitaux du Maroc. — Trois concours pour une place de médecin chef du service des contagieux à l'hôpital civil de Casablanca, une place de médecin adjoint et une place de chirurgien adjoint au même hôpital, s'ouvriront le 10 avril à la Direction de la santé et de l'hygiène publiques à Rabat.

S'inscrire avant le 15 mars 1928 à la direction à Rabat.

Les candidats doivent posséder depuis deux ans révolus leur diplôme de docteur. Les anciens internes des hôpitaux dans les villes où siège une Faculté sont dispensés de ce stage.

Pièces à produire : Acte de naissance. Diplôme. Certificat de bonnes vie et mœurs. Exposé de titres.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — La section permanente du Conseil vient de fixer au 30 janvier la date de la première session pour 1928 du Conseil de l'Instruction publique.

— Sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et membres de la section permanente : M. le professeur WIDAL et M. le doyen ROGER.

Chaire nouvelle à la Faculté de Paris. — Sur un rapport de M. Henri Sellier, au nom de la 3e Commission, le Conseil général de la Seine vient de prendre la délibération suivante :

« L'Administration est invitée à poursuivre toutes démarches utiles pour que soit créée d'extrême urgence à la Faculté de médecine une chaire départementale de clinique médico-sociale de la tuberculose. »

Ecole de médecine de Marseille. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux de chimie s'ouvrira le 13 avril 1928 à l'Ecole de médecine. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Charles BOURRETERRE (de Dax) et Jacques MAWAS (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Pierre FREDET, chirurgien des hôpitaux de Paris, médecin en chef du P.-L.-M.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs SIROT, conseiller général du Nord ; FIDELIN, conseiller général de la Seine-Inférieure ; PEYNAUD (de Mios), GAILLARD (de Grèzes), FOULQUIER (de Saint-Marcel).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr BOURDIER (de Paris).

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Paul GIRES (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Léon BLUM (de Strasbourg) ; M le professeur LOEPER (de Paris).

Faculté de médecine de Paris. — Un emploi d'agrégé d'anatomie est déclaré vacant. (*J. O.*, 17 janv. 1928.)

Hôpital-Hospice de Saint Germain-en-Laye. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 10 février 1928. Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'Hôpital.

Faculté de Lille. — Un concours s'ouvrira le 27 juillet 1928, devant la faculté de Lille pour un emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique médicales à l'école préparatoire d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Faculté de Marseille. — La faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille comprendra, outre les 28 chaires prévues à l'article 1er susvisé du décret du 11 novembre 1922, une chaire de thérapeutique.

Ecole de Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira le lundi 25 juillet 1928 devant la faculté de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'école préparatoire de Clermont-Ferrand.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Un concours s'ouvrira le mercredi 27 juillet 1928 devant la faculté de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie interne à l'école préparatoire de Clermont-Ferrand.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

La répartition des chirurgiens-dentistes en France. — D'après la *Revue de chirurgie dentaire*, en 1926, il y avait en France un dentiste pour 6.650 habitants.

Aux Etats Unis, il y en avait un pour 1.500.

En province (en dehors de Paris et de la Seine) il n'y a qu'un dentiste sur 9.300 habitants.

Dans la Lozère, pour 108.824 habitants, il n'y a que trois dentistes.

L'Ardèche, les Ardennes, l'Aveyron, la Corse, les Côtes-du-Nord, la Creuse, la Dordogne, le Finistère, le Loir-et Cher, le Lot, la Lozère, la Mayenne, le Morbihan, l'Orne, le Pas-de-Calais, la Haute-Saône, les Deux-Sèvres, la Vendée, ne comptent qu'un dentiste pour 20.000 habitants.

La reconstruction des vieux hôpitaux de Paris. — D'accord avec le Conseil municipal, M. Mourier, directeur général de l'A. P. a décidé la reconstruction des vieux hôpitaux Beaujon, Broussais, Bichat et la Charité et l'agrandissement de l'hospice Claude-Bernard.

Broussais et Bichat seront reconstruits sur leur emplacement actuel et agrandis. Broussais deviendra un grand hôpital moderne d'un millier de lits environ. Les deux autres disparaîtront complètement : les terrains seront vendus.

L'hôpital Beaujon sera réédifié sur un terrain appartenant à l'Assistance publique à Clichy.

La réalisation de ce programme prendra de huit à dix années. On a également prévu la création de deux hôpitaux suburbains

pour les tuberculeux gravement atteints et les cmalades hroniques.

L'article 40 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires d'invalidité. Les contre-expertises. — L'article 40 de la loi a prévu que s'il y avait contradiction formelle entre l'avis des médecins experts et celui du médecin de l'intéressé, le Tribunal peut ordonner une nouvelle expertise qui sera confiée à trois médecins désignés : l'un par le ministre, l'autre par le demandeur, le troisième par le Tribunal.

Mais il faut que ce désaccord ait été constaté par le procès-verbal d'expertise.

« Considérant qu'il résulte du rapport du docteur D..., commis par le Tribunal, que l'examen auquel il a été procédé l'a été en présence du médecin du demandeur ; que dans ces conditions il n'existe aucune raison de faire droit aux conclusions de l'appelant aux fins d'une nouvelle expertise : considérant, *en effet, que du rapport déposé n'apparaît aucun désaccord entre l'expert et les médecins présents.* »

(Cour de Paris, 14 avril 1923.)

Exposition d'Athènes. — Une importante exposition aura lieu en mars prochain à Athènes. Elle comportera une section médicale, dont le Comité d'organisation est ainsi constitué :

Président : M. le Professeur Hartmann, président de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) Vice-président . M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine. Secrétair général : M. le Dr Paul Descomps, rédacteur en chef de la *Revue médicale française*.

Dans cette section pourront figurer des ouvrages, brochures, plaques, graphiques, photographies. films cinématographiques, pièces et préparations. cultures microbiennes, etc., accompagnés d'une notice explicative, rédigée aussi clairement que possible pour retenir l'attention des visiteurs.

Le Comité a l'honneur de solliciter la participation des savants et médecins français à cette exposition qui sera particulièrement précieuse pour la propagande française en proche Orient. Il vous serait obligé de vouloir bien préciser le plus prochainement possible, en tous cas *avant le 1er février*, la nomenclature des objets à exposer, indiquant leur *nature*, leurs *dimensions* et leur *valeur*. La direction de l'exposition vous indiquera alors l'endroit où vous devez faire déposer ces objets, de manière à ce qu'elle puisse en assurer l'emballage et l'expédition. Ces expéditions devant être faites le 15 *février*, il est nécessaire que ces objets soient déposés à l'endroit qu'on vous indiquera quelques jours auparavant.

Les réponses et demandes de renseignements doivent être adressées aux bureaux de l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 6e.

A la mémoire de Marey. — Par arrêté de M. le Préfet de la Seine en date du 7 janvier 1928, le comité Marey est autorisé à placer une plaque commémorative sur l'immeuble portant le n° 11 du boulevard Delessert à Paris, immeuble qu'habita Marey de 1881 à 1904. Le texte est le suivant :

« *Ici de 1881 à 1904 habita Etienne-Jules Marey, né à Beaune en 1830, mort à Paris en 1904, un des grands fondateurs de la physiologie expérimentale, de la science de l'aviation, inventeur de la chronophotographie, perfectionnée et vulgarisée sous le nom de cinématographie.*

L'inauguration de cette plaque aura lieu dans quelques semaines et la manifestation projetée aura une certaine ampleur. Un grand nombre de savants étrangers viendront à Paris pour honorer en cette occasion la mémoire d'un grand Français.

Herboristes et pharmaciens. — Un herboriste diplômé n'a pas le droit de vendre au poids médicinal des plantes ou des mélanges de plantes douées de propriétés thérapeutiques dans un but curatif : tel est le point de droit que vient de trancher dans ce sens le tribunal civil des Alpes-Maritimes, à qui la question était posée par le syndicat des pharmaciens de Cannes qui reprochait à un herboriste dans cette ville. de se livrer à ce négoce qui constituait à leurs yeux, un véritable exercice illégal de la médecine.

Me Edouard Jolly, avocat près la cour d'appel de Paris, avait présenté la défense de l'herboriste qui a été condamné à 500 francs d'amende avec sursis et à 100 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des pharmaciens de Cannes qui s'était porté partie civile.

La société centrale de médecine vétérinaire prend le titre d'Académie vétérinaire de France. — La Société centrale de médecine vétérinaire dont le siège est à Paris, rue de Seine, 12, est autorisée par décret à prendre le titre d'Académie vétérinaire de France.

Fondée en 1844, reconnue d'utilité publique en 1878, la Société centrale de médecine vétérinaire fut constituée, dès son origine, en véritable Académie , et ses travaux ont servi le plus utilement

depuis près d'un siècle les progrès de la médecine vétérinaire de France.

Les statuts de la Société sont modifiés sur les points suivants : en vue d'exercer une sélection plus étroite encore entre les candidats, le nombre des membres titulaires qui est actuellement de 44 sera ramené à 36, celui des correspondants nationaux devra être progressivement réduit de 70 à 40. Le titre de membre honoraire sera supprimé.

Les élections, entourées de toutes les garanties désirables seront dans l'avenir ratifiées par décret.

Société anatomique. — Au début de la séance du *jeudi 2 février* prochain, à 17 heures précises, M. Faure-Fremiet, sous-directeur du laboratoire d'embryogénie au Collège de France, fera une conférence sur le sujet suivant : La culture des tissus et ses applications au problème du cancer.

Cette Conférence publique aura lieu au siège habituel de la Société : 21 rue de l'Ecole-de-Médecine.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Article 225 *bis*, § 3, alinéa 2.

Le nombre des admissibles sera égal à quatre ou six suivant qu'il sera ouvert dans l'année un ou deux concours de nomination ; en aucun cas il ne pourra toutefois être supérieur à la moitié des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité,; en cas de nombre impair le quantum des admissibles sera arrêté au chiffre entier immédiatement inférieur à la moitié.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Article 227. — *Classement des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité.*

A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les points obtenus aux épreuves écrites et à l'épreuve clinique.

Le nombre des candidats qui pourront être déclarés admissibles sera au maximum de trois pour une place et de cinq pour deux places, sous la réserve qu'ils auront obtenu un total de points au moins égal aux deux tiers du maximum fixé ci-dessus. Toutefois le nombre des candidats déclarés admissibles pourra être ramené suivant le cas à deux ou quatre si le nombre des candidats inscrits est inférieur au double du chiffre réglementaire des admissibles.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Article 229. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du règlement ne pourra pas prendre part au concours d'ophtalmologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à compter du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux se compose de cinq membres tirés au sort parmi les ophtalmologistes chefs de service, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les ophtalmologistes des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'Administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury, une demande régulière de congé de maladie, tout ophtalmologiste chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination à ouvrir à la suite de ce concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilié suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité les dispositions de l'article 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours d'ophtalmologiste des hôpitaux sont réglées de la manière suivante

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de physiologie oculaires et sur un sujet de pathologie oculaire.

Il est accordé quatre heures pour cette composition. la première heure étant consacrée toutefois à la réflexion et à l'élaboration du plan des compositions définitives.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif.

L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux internes des hôpitaux spécialisés désignés par l'Administration, durant le temps dont le jury disposera pour l'épreuve de consultation écrite anonyme (temps employé par les candidats pour l'examen du malade et la rédaction de leur consultation anonyme). Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en mains les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection oculaire.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats.

Deux censeurs choisis parmi les ophtalmologistes des hôpitaux sont chargés ;

(*Voir la suite page* 163).

TRAVAUX ORIGINAUX

Auguste BROCA
(1859-1924)

Par M. Ch. LENORMANT (1).

Sa personnalité était si forte, elle s'imposait à tel point que, aujourd'hui encore, depuis trois ans qu'il n'est plus, aucun de nous n'a pu l'oublier et, quand, au hasard de nos discussions, revient l'un des sujets qui lui étaient chers, il nous semble qu'il va se lever dans quelque coin de cette salle, l'œil brillant, la barbe en broussaille, et jeter de sa voix tranchante l'une de ces phrases nettes et incisives où il condensait sa pensée et qu'il terminait par un grand geste convaincant ou par un péremptoire : « Et c'est moi, Broca, qui vous le dis ! »

En essayant aujourd'hui de faire revivre devant vous sa figure, de retracer les grandes lignes de l'œuvre de ce travailleur infatigable, je veux rendre hommage à l'un des membres les plus assidus de notre Société, à un homme qui, pendant trente ans, assista à presque toutes nos séances, y apportant toute son activité, toute son expérience, toute l'originalité de son esprit, qui fit partie du Bureau pendant quinze ans, se montrant à la fois fidèle gardien de nos traditions et protagoniste ardent de tout ce qui pouvait contribuer au développement, au rayonnement et à l'autorité de la Société de Chirurgie.

S'il est vrai, comme nous le dit Taine, que nous sommes déterminés par nos hérédités et notre milieu, nul ne fut plus qu'Auguste Broca prédestiné aux études médicales. Des deux côtés de son ascendance, on trouve des médecins. C'est son grand-père paternel, Benjamin Broca, qui, après avoir suivi les armées de Napoléon dans la guerre d'Espagne, revint s'installer dans son pays de Sainte-Foy-la-Grande, où sa bonté, son dévouement inépuisable, son libéralisme éclairé, lui acquirent l'estime et la reconnaissance de tous ses compatriotes ; vers la fin de sa vie, Benjamin Broca était venu habiter Paris, auprès de son fils Paul, et son petit-fils lui avait entendu bien souvent raconter, et ses aventures militaires, et sa rude et modeste existence de médecin de campagne.

Et c'est surtout son père, le « grand Broca », dont je ne veux pas vous retracer une fois de plus l'image, après les magnifiques portraits qu'en ont fait jadis, ici même, mon prédécesseur Horteloup et, plus récemment, à l'Académie de Médecine, M. Achard, — Broca, l'anthropologiste, qui ne fut pas seulement l'encyclopédiste, créateur et animateur d'une science nouvelle, mais qui est aussi l'une des grandes figures chirurgicales de la seconde moitié du XIXe siècle. Du triumvirat fameux qui, vers 1850, régna parmi les jeunes de l'Ecole, Follin et Verneuil sont bien oubliés aujourd'hui ; mais le nom de Broca demeure, grâce à ses recherches anatomo-pathologiques et cliniques, grâce à ses études sur le rachitisme, à certaines parties de son *Traité des tumeurs*, au *Traité des anévrysmes* surtout, qui font partie des œuvres classiques de la Chirurgie française.

Par sa mère, Broca était petit-fils de Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dont le nom a survécu parce qu'il fut le premier à introduire l'iode et les iodures en thérapeutique. Il fut aussi le premier qui tenta de mettre de l'ordre dans le chaos des scrofules. Prédestination véritable : quand Auguste Broca étudiera, à la lueur des enseignements de l'anatomie pathologique et de la bactériologie, les tuberculoses ostéo-articulaires et les adénites chroniques, il ne fera que poursuivre le sillon qu'avait ouvert son aïeul, un demi-siècle auparavant, sur les seules données de la clinique.

Auguste Broca est né à Paris, le 5 décembre 1859. Son père habitait à l'angle de la rue des Saints-Pères et du quai Malaquais : c'est dans cette maison que s'écoulèrent l'enfance et la jeunesse d'Auguste Broca : il ne la quitta qu'après son mariage pour aller habiter rue de Lille, puis dans le rez-de chaussée de la rue de l'Université où beaucoup d'entre nous l'ont connu et où il est mort. C'est donc un Parisien, et un Parisien de la rive gauche. Ses yeux se sont ouverts sur le noble paysage de la Seine, des Tuileries et du Louvre : enfant, il a, lui qui devait être toujours un grand liseur, fouillé dans les boîtes des bouquinistes, ses voisins. Il aimait ce vieux quartier, proche de l'Institut et de la Faculté, où toutes les maisons ont une histoire. Du parisien il avait l'entrain, la blague, une certaine gouaillerie, l'irrespect inné des puissances établies, mais il en avait aussi l'ardeur au travail et l'active bonté masquée par un scepticisme apparent.

Paul Broca avait trois enfants : l'aînée était une fille, Auguste était le second ; le troisième, André, de quatre ans plus jeune que son frère, devait, après un détour par l'Ecole Polytechnique, revenir lui aussi à la médecine et tous deux se retrouvèrent un jour au Conseil de la Faculté.

Auguste Broca fit ses études au Lycée Charlemagne, où l'un de ses oncles était proviseur. Parmi ses professeurs, il avait conservé une affection toute particulière pour M. Lebègue ; il aimait raconter comment il y avait, dans la bibliothèque de cet universitaire, soigneusement cachés derrière les livres classiques, toute la collection des petits bouquins bleus de la fameuse « bibliothèque à cinq sous » qui, par la modicité de son prix et la variété de ses ouvrages, a charmé notre jeunesse et contribué à notre initiation littéraire : dès que son professeur avait le dos tourné, Auguste Broca se jetait sur le rayon défendu et dévorait tout ce qui lui tombait sous la main, auteurs anciens ou modernes, sérieux ou badins, excellents ou médiocres. Il lut ainsi beaucoup et il en eut pour M. Lebègue une reconnaissance infinie.

En même temps qu'il poursuivait à Charlemagne ses études classiques, Broca faisait son instruction religieuse auprès du pasteur Coquerel, homme d'esprit très large et de grand libéralisme : c'est à ces cours d'instruction religieuse qu'il rencontra un jeune homme, à peu près de son âge, qu'il devait retrouver quelques années plus tard à la Faculté où il sera son camarade et son rival d'études et de concours : entre ces deux jeunes gens, Hartmann et Broca, s'établit une amitié profonde qui durera toute leur vie.

Je ne crois pas qu'Auguste Broca ait été au Lycée un élève particulièrement brillant : mais il avait fait de solides études, en lettres comme en sciences — il suffisait de causer un moment avec lui pour s'en convaincre — et, à seize ans et demi, il était titulaire de ses deux baccalauréats, prêt à affronter l'enseignement de la Faculté.

Il ne semble pas qu'Auguste Broca ait jamais hésité sur sa vocation et qu'il ait envisagé une autre carrière que la Médecine. Tout l'y poussait : l'exemple et l'influence de son père, le milieu tout médical où il vivait. Il prend donc sa première inscription en 1877 et débute dans le service de Gosselin : « C'est lui, écrira-t-il plus tard, qui m'a appris à examiner un malade » ; et il fut aussi l'élève de Vulpian et de Gallard.

En 1880, l'année même de la mort de Paul Broca, il est nommé externe. Il va, à ce titre, dans le service de Brouardel et il commence à préparer l'internat, avec son ami Hartmann, dans une conférence que dirigeaient Pierre Marie, Thibierge et Desfontaines. Les chefs de conférence, dans ces temps lointains, ne distribuaient pas à leurs élèves des questions toutes faites, soigneusement dactylographiées, prêtes à être apprises par cœur. Ils demandaient beaucoup plus — et comme ils avaient raison ! à l'intelligence et à l'initiative de leurs disciples : les grands traités que nous avons connus n'existaient pas encore ; il fallait mettre les questions sur pied à grand renfort de thèses et de dictionnaires. Broca s'attela de toute son énergie à cette besogne ingrate : chaque soir, jusqu'à

(1) Eloge prononcé, le 18 janvier 1928, à la Société de Chirurgie.

une heure ou deux du matin, enveloppé dans la fumée de pipes innombrables, il lisait, compulsait, rédigeait, prenant déjà cette habitude du travail intensif et méthodique qu'il conservera toute sa vie. Le succès était au bout de son effort ; après un an de préparation, au concours de 1881, il est nommé interne, le dix-septième de la liste, en même temps qu'Hartmann et deux rangs après lui : il y avait en tête de cette liste Duflocq et Beurnier et l'on remarque encore dans cette promotion, brillante s'il en fût, les noms de Marfan et de Thoinot, de Queyrat et de Legendre, de Gilles de la Tourette, de Doyen !

Auguste Broca fit sa première année d'internat partie chez Debove et partie chez Guyon, pour lequel il avait gardé une vénération profonde. La seconde année se passa dans le service de Panas. Broca eut l'occasion d'y écrire un petit mémoire « sur les hypohémas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites » : c'est, je crois, la seule incursion qu'il ait faite dans le domaine de l'ophtalmologie : mais il n'oublia jamais tout à fait ses relations d'antan avec la spécialité ; il les rappelait parfois et, personnellement, j'ai le souvenir, lors d'un examen où nous n'étions pas du même côté de la table, d'avoir trouvé fort indiscrètes les questions qu'il posait sur la pathologie oculaire.

Broca partagea sa troisième année entre les services de Lailler, à Saint-Louis, et de Lannelongue, et il termina son internat chez Verneuil. Il avait eu la médaille d'argent après sa deuxième année ; il ne participa pas au concours de la médaille d'or qui, à cette époque, était commun aux médecins et aux chirurgiens.

Comme on le voit, Broca avait fait deux semestres d'internat dans des services de médecine. Il tenait beaucoup à ce que les futurs chirurgiens reçussent une forte initiation médicale et il défendait encore cette idée dans sa leçon d'ouverture, trente ans plus tard : « Il est indispensable, disait-il, d'avoir des clartés de tout ».

En même temps que l'internat, Auguste Broca poursuit les concours de l'École Pratique : il est nommé aide d'anatomie en 1882 et prosecteur en 1885. A l'École pratique, il rencontra Farabeuf. Le premier contact entre ces deux hommes, tous deux de caractère fortement tranché, n'alla pas, paraît-il, sans quelque heurt. Puis, peu à peu, ils se connurent et, se connaissant, ils s'apprécièrent ; et quand le tour de roulement eut amené Broca à remplir les fonctions de Prosecteur du Caveau, c'est-à-dire de préparateur du cours d'anatomie, ce fut, de la part de Farabeuf une amitié très vive, de la part de Broca une affection et une admiration sans bornes, qu'il traduira un jour en écrivant : « Tout ce que je sais en anatomie chirurgicale, en médecine opératoire pour ligatures, amputations, désarticulations, c'est Farabeuf qui me l'a appris par la plume, par la parole, par le geste. »

Le 5 février 1886, devant un jury que présidait Verneuil, Auguste Broca avait soutenu sa thèse, intitulée : *Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux*. Il en avait recueilli les matériaux dans les services de Lailler, et de Verneuil. C'est un très bon travail d'observation que l'on relit encore avec intérêt et avec profit : on y voit l'étendue des connaissances de son auteur en médecine générale et en dermatologie ; mais peut-être les idées pathogéniques à la Verneuil y ont-elles trop d'importance.

Il aborde alors les derniers concours, ceux qui couronnent la carrière chirurgicale. Il arriva assez vite aux hôpitaux, où il fut nommé le 1er juin 1890, avec Walther. Mais il lui fallut encore cinq ans pour obtenir le titre d'agrégé. Il avait été admissible aux concours de 1889 et de 1892, mais pour la nomination on lui avait préféré ses aînés, Nélaton, Ricard et Tuffier, Lejars, Delbet et Albarran. En 1895, enfin, son tour arrive. Duplay présidait le jury avec, à ses côtés, Tarnier, Tillaux, Berger, Poncet, Gross, Folet et Maygrier. Les deux leçons de Broca, sur le *Prolapsus du rectum* et sur la *Tarsalgie des adolescents*, sont restées célèbres. Elles ont été publiées, d'ailleurs ; mais le texte imprimé est loin de rendre tout ce que Broca sut mettre de vie, de verve endiablée, d'entrain persuasif dans ces leçons qu'il mima tout autant qu'il les parlait. La leçon sur le prolapsus surtout fut inoubliable, et, lorsque Broca, retroussant les basques de l'habit traditionnel, représenta successivement, devant son auditoire ébahi, la mère attentive qui encourage le petit constipé : « Pousse, mon petit, pousse ! ». — puis l'enfant qui redouble d'efforts impuissants, ce fut une joie dans tout l'amphithéâtre. Cette fois, Broca triompha brillamment : il fut nommé, le premier de la promotion, avec Hartmann et Walther.

Il y avait, dans ces deux leçons, avec un talent d'exposition très remarquable, beaucoup d'idées personnelles et originales. Le hasard avait bien servi Broca en lui donnant à traiter deux sujets touchant à la chirurgie infantile, car, depuis plusieurs années déjà, son activité s'était orientée vers cette branche de l'art. Il avait été, aussitôt après sa nomination aux hôpitaux, l'assistant de Terrier. En 1892, le tour de titularisation de Jalaguier étant arrivé, la place d'assistant de Lannelongue devint vacante. Lannelongue, qui avait eu Broca pour interne, la lui offrit : Broca accepta, et ainsi se décida toute sa carrière. Lannelongue, auréolé de ses magnifiques travaux sur l'ostéomyélite, sur la tuberculose osseuse et sur les maladies congénitales, se désintéressait de plus en plus de la chirurgie active et se consacrait à peu près entièrement à ses obligations politiques. En fait, il abandonnait presque complètement son service d'hôpital à son assistant et Broca se trouvait ainsi, deux ans après sa nomination, le chef véritable d'un des services de chirurgie infantile les plus actifs de Paris. Lorsque vint pour lui, en 1898, le tour de titularisation, il put rester à Trousseau ; il ne quitta ce vieil hôpital qu'à sa démolition, en 1901, pour aller à Tenon, toujours dans un service d'enfants ; enfin, en 1904, à la mort de Brun, il vint aux Enfants-Malades qu'il ne devait plus quitter. Ainsi, il consacra toute sa vie hospitalière — trente-deux ans — à la chirurgie infantile.

Dès cette époque de sa vie, Auguste Broca avait donné des preuves de son activité et nombreuses étaient les publications qui, avec ses succès de concours, avaient fait connaître son nom. Formé à l'école de Farabeuf, il avait pour principe de « prendre comme point de départ des dissections de pièces normales et pathologiques, pour arriver à des données cliniques scientifiquement explicables, à des procédés opératoires bien réglés et bien figurés » ; il cherchait à réaliser ainsi « une sorte d'ensemble d'anatomie chirurgicale et de chirurgie anatomique ». Il avait commencé à publier, étant encore interne. Ses premiers travaux parurent à la Société anatomique, où il était entré en 1884 et dont il fut, plus tard, l'archiviste et le vice-président ; il y fit de nombreuses communications sur des sujets très divers et il y donna deux séries de mémoires devenus rapidement classiques : des recherches sur l'anatomie pathologique du bec-de-lièvre, appuyées sur la dissection de 48 pièces humaines, et son étude, faite en collaboration avec Hartmann, sur les luxations incomplètes, les luxations anciennes et les luxations récidivantes de l'épaule.

En même temps, il collabore aux grandes publications scientifiques de l'époque. Parmi les articles qu'il écrivit pour le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, je retiendrai surtout celui qui traite de la région inguinale et de sa hernie : c'est, comme l'a dit Mouchet, « un modèle d'anatomie descriptive appliquée à la chirurgie », et c'est aussi un travail très original. Broca l'avait préparé par de nombreuses dissections et il suffit de le comparer avec les articles classiques à cette époque, pour voir combien il apportait d'idées et de précisions nouvelles, en particulier sur le mode de constitution des enveloppes herniaires. C'est Broca qui établit que la hernie directe n'est pas une variété rare ; qu'elle est toujours acquise, extra-funiculaire et munie d'un sac formé par le fascia transversalis refoulé, tandis que la hernie congénitale est à sac préformé, toujours intra-funiculaire, avec une

SÉRODAUSSE

ANTITOXISÉNYL



HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU

INDICATION

DÉPRESSION PHYSIQUE ET MORALE DE L'AGE MUR ET DE LA VIEILLESSE

ANTI-CORPS DES POISONS DE LA VIEILLESSE

POSOLOGIE

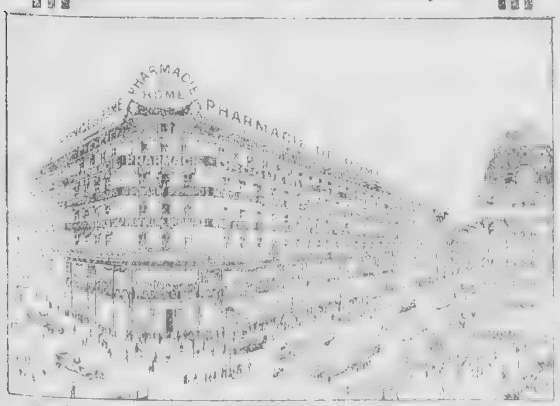
2 AMPOULES PAR JOUR PAR LA BOUCHE 30 MINUTES AVANT LES REPAS UNE CURE DE 6 JOURS PAR MOIS

- LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS 4e -

PHARMACIE DE ROME

A. BAILLY, 15 & 17, Rue de Rome, PARIS (8e)

ORGANISATION UNIQUE



FABRIQUE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

à NOGENT-sur-MARNE

Spécialement organisée pour toutes fournitures à MM. les Médecins

TOUTES MARQUES de SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES Françaises et Etrangères

AMPOULES, COMPRIMÉS, SUPPOSITOIRES, CACHETS, PASTILLES, CAPSULES.

ACCESSOIRES — BANDAGES — PARFUMERIE — INSTRUMENTS de CHIRURGIE
ARTICLES D'HYGIÈNE — BAS A VARICES — SAVONS — SERINGUES
CAOUTCHOUC — CEINTURES — PRODUITS de BEAUTÉ — AIGUILLES

OPTIQUE - LUNETTES - PINCE-NEZ - APPAREILS DE SURDITE

LABORATOIRE D'ANALYSES

MÉDICALES - ALIMENTAIRES - INDUSTRIELLES - COMMERCIALES

TARIF SPÉCIAL

pour le Corps Médical, Hôpitaux, Maisons de Santé, Cliniques.

LIVRAISONS ET EXPEDITIONS RAPIDES

Catalogue franco sur demande

Téléphone :

R. C. Seine 1070

Adresse Télégraphique :
BAILLYAB-PARIS

Code Lieber

N° de Compte Chèques Postaux :
PARIS 3070

---

double enveloppe constituée par la fibreuse commune et le crémaster, sans sac du fascia transversalis. Toutes ces notions nous semblent si banales aujourd'hui que nous avons presque oublié le nom de celui qui, le premier, les a mises hors de contestation.

Un peu plus tard, quand Duplay et Reclus entreprendront en 1891 la publication du *Traité de Chirurgie*, ils confieront à Broca le soin de rédiger les articles sur les maladies de la peau, sur les vices de développement de la face et du cou, sur les maladies de la face, de la langue, du pharynx et du corps thyroïde. Il traduit la chirurgie clinique d'Albert. En 1894 il publie, avec Legendre un *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale* ; et l'année suivante, avec Maubrac, un *Traité de chirurgie cérébrale*, qui eut les honneurs de prix à la Société de Chirurgie et à l'Académie de médecine et qui fut certainement, pendant quelques années, le meilleur ouvrage français sur cette question, encore peu étudiée.

Ces publications didactiques ne suffisent pas à son activité bouillonnante. Passionné pour ses idées, aimant à les exposer et à sortir son drapeau à toute occasion, polémiste jusqu'aux moelles, il se fait journaliste. Depuis 1886, il collaborait à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* : il y donnait des articles de mise au point scientifique, mais il y donnait aussi, de temps à autre, des articles d'ordre professionnel, la plupart sur des questions hospitalières. Comme vous le pensez bien, Broca n'était pas toujours tendre pour l'Administration et il houspillait souvent les plumitifs et les ronds-de-cuir endormis dans leurs paperasses. Ces articles, écrits avec verve et esprit, avec beaucoup de bon sens, mais parfois d'une plume un peu agressive, sont toujours d'actualité, car bien des questions qui préoccupaient alors Broca n'ont pas encore reçu leur solution ; on peut relire, car ils semblent d'hier, ceux qu'il a consacrés aux circonscriptions hospitalières et à l'organisation des consultations, au service de garde, à l'admission des malades payants dans les hôpitaux, à la réforme des concours : on peut souscrire entièrement à ses véhémentes protestations contre l'encombrement des services de chirurgie par les malades chroniques, plaie incurable dont nous souffrons toujours. Et, même sur la si grave question de l'hospitalisation des tuberculeux, qu'il fut l'un des premiers à aborder. Malgré les efforts accomplis, combien de progrès sont encore à réaliser !

Broca écrivait ses articles sur ses genoux, au crayon, dans le petit coupé jaune de l'Urbaine qui le conduisait chaque matin à l'hôpital, et l'on comprend ses fureurs contre l'administration d'alors, car le vieux Trousseau, que n'ont pas connu les plus jeunes d'entre nous, était bien l'un des plus abominables hôpitaux que l'on pût imaginer. Des bâtiments noirs et sinistres, vrais murs de prison, donnant sur l'étroite rue de Charenton ; des salles sombres, basses, aux ouvertures rares : un vieil amphithéâtre d'opérations incommode et mal éclairé, inadaptable aux exigences les plus élémentaires de la chirurgie moderne. Broca n'utilisait guère, d'ailleurs, cet amphithéâtre que pour y confectionner ses appareils plâtrés ; il opérait, de préférence, dans une petite salle de malades, un peu moins malpropre que le reste du service, mais qu'encombraient trois ou quatre berceaux. Une simple table de bois en constituait tout le mobilier : il utilisait un minimum d'instruments ; il achetait et stérilisait lui-même ses catguts, car il fut toujours singulièrement ménager des deniers de l'Assistance Publique. Et dans ces locaux sordides, avec ce matériel rudimentaire, il opérait beaucoup, d'une main extraordinairement habile, et ses malades guérissaient.

Auguste Broca avait été nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie le 18 décembre 1895 ; il en devint archiviste en 1902 et fut constamment maintenu dans cette fonction jusqu'en 1917, année où il occupa le fauteuil présidentiel : depuis 1918, il était membre honoraire. Dès son entrée à la Société, il se montra tel que nous l'avons toujours connu, ardent au travail, ardent à la polémique : il n'était pas de ceux qui haussent les épaules et laissent passer sans protester ce qu'ils croient être inexact. Ses rapports et ses communications sont nombreux dans nos Bulletins, plus nombreuses encore ses interventions dans nos discussions. Elles étaient souvent brèves, toujours péremptoires, parfois ironiques et railleuses, mais presque toujours justes ; il savait, en quelques mots, résumer et critiquer une opinion, trouver le point faible d'une théorie ou mettre en évidence l'argument topique en faveur de ce qu'il croyait être la vérité. Il se tenait habituellement sur le terrain solide de la clinique et se méfiait des hypothèses, aimant à répéter le mot de Voltaire : « Quand deux hommes se comprennent, ils parlent de physique ; dès qu'ils cessent de s'entendre, c'est qu'ils parlent de métaphysique. » Sa sincérité dans la discussion était absolue et, s'il lui arrivait de se tromper, c'était en toute bonne foi.

Cette période de 1895 à 1910 est l'une des plus fructueuses dans la vie scientifique d'Auguste Broca. C'est l'époque, en effet, où il aborde quelques grandes questions qu'il étudiera avec persévérance, qu'il contribuera à fixer d'une manière définitive et qui resteront toujours pour lui des sujets de prédilection.

Les complications des otites, la chirurgie de l'oreille moyenne et de la mastoïde devaient forcément retenir l'attention d'un chirurgien d'enfants : il s'y attacha tout spécialement, recueillant des observations nombreuses, disséquant et faisant disséquer d'innombrables pièces, poursuivant dans les autopsies et dans les interventions la marche des lésions ; et le résultat de ces études patientes fut la publication, en 1895, de son livre sur les *Suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement*, écrit en collaboration avec Lubet Barbon, puis, en 1899, de ce merveilleux petit volume sur la *Chirurgie opératoire de l'oreille moyenne*, dans le texte précis et les 98 figures originales duquel les gens de ma génération ont appris à ouvrir correctement un antre ou une caisse tympanique, à drainer un abcès cérébral ou cérébelleux otitique, à ne blesser ni le facial, ni le sinus.

C'est aussi l'époque des grandes discussions sur l'appendicite. Broca s'y jette à corps perdu, fort de l'expérience qu'il a tirée de centaines de cas. Contre Dieulafoy, il soutient que beaucoup d'appendicites sont le résultat d'entérites diverses et qu'il n'y a pas d'antagonisme entre les deux maladies, opinion qui, je crois, ne trouverait guère de contradicteurs aujourd'hui. Comme la plupart des chirurgiens de sa génération, il avait été d'abord interventionniste systématique dans l'appendicite, opérant toujours et immédiatement quel que fût le moment de la crise. Mais il avait bien vite abandonné cette doctrine excessive, il avait appris à refroidir ses appendicites, et il était devenu temporisateur, très temporisateur même. C'est l'opinion qu'il défendit dans un rapport que lui avait demandé, en 1902, la Société belge de Chirurgie ; qu'il défendit encore, l'année suivante, ici même, au cours d'une discussion fameuse où il se fit le porte-parole de ceux qu'il appelait les « opportunistes ».

Les lésions traumatiques du coude sont fréquentes et souvent complexes chez l'enfant ; beaucoup d'obscurité régnait encore dans leur étude : la radiographie, qui venait de faire son apparition, permettait d'en entreprendre la revision sur des bases nouvelles. Broca rassembla observations et clichés et inspira à son élève très cher, notre collègue Mouchet, une thèse que vous connaissez tous et qui a rénové ce chapitre de pathologie ; douze ans plus tard, en 1910, Broca reprendra encore cette question, faisant étudier par un autre de ses élèves, Trèves, les résultats éloignés constatés chez ses nombreux malades.

Je signale également un travail sur la palatoplastie, publié en 1905 dans la *Revue d'Orthopédie*, car c'est là une opération que Broca avait beaucoup étudiée, qu'il exécutait avec une habileté inégalée et dont il vous a souvent entretenus. Dans cet article, comme dans ses communi-

cations à notre tribune, il défendait, contre Ehrmann, le principe de l'opération en un temps.

C'est encore dans ces années, en 1907 et 1908, que se place la fameuse polémique entre Broca et Poncet sur la tuberculose inflammatoire : les échos de cette salle en ont bien souvent retenti et, quand il se fut tu, Broca prit la plume et écrivit à Poncet cinq lettres qu'il publia dans la *Tribune médicale*, en 1908, et qu'il fit réimprimer plus tard en tête de l'un de ses derniers ouvrages. On connaît le point de départ de cette polémique. Poncet venait de faire connaître sa conception du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire : avec ses élèves, et dépassé peut-être par certains d'entre-eux, il en élargissait le champ de plus en plus, rapportant à la tuberculose et certains lipomes, et des sténoses du pylore, et des adénomes du sein ou des kystes de l'ovaire, et toutes les affections statiques de l'adolescence, scoliose, genu valgum, tarsalgie. C'est, je crois, cette dernière annexion qui fit bondir Broca : on touchait, cette fois, à un sujet qui lui était cher et qu'il prétendait bien connaître. Il attaqua donc la doctrine nouvelle, par la parole et par la plume, avec son énergie et son ardeur coutumières. Je viens de relire ces Lettres à Poncet : on y trouve tout Broca, avec son esprit, sa logique implacable, son bon sens, et il semble bien qu'il porte d'assez rudes coups à son adversaire. Mais à la réflexion, aujourd'hui où les années ont passé, où nous connaissons mieux le rôle immense que la tuberculose joue directement ou indirectement dans la pathologie humaine, il apparaît bien que le terrain strictement anatomo-pathologique et clinique où se tenait Broca était un peu étroit et que, malgré les exagérations et les généralisations communes à tous les novateurs, la doctrine du maître lyonnais était autrement féconde. Broca le sentait luimême, quand il écrivait à Poncet : « dans votre œuvre, il y a une part de vérité, une part d'hypothèse et probablement une part d'erreur. »

Aux publications que j'ai énumérées, à ses interventions à notre tribune, ne se limite pas l'activité d'Auguste Broca dans ces années si remplies. A l'Association française de Chirurgie, dont il fut trésorier de 1895 à 1913, il avait présenté une importante étude sur les *décollements épiphysaires* et deux remarquables rapports, l'un sur le *traitement des adénopathies tuberculeuses* (1901), l'autre sur le *traitement des cavités osseuses d'origine pathologique* (1908.) C'est aussi sous forme de rapports que Broca étudie le *traitement de la tuberculose articulaire* (Congrès international de Chirurgie, 1905), le *traitement de la péritonite tuberculeuse* (Congrès international de médecine, 1906), le *traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little* (Société de Pédiatrie, 1911.) il faisait partie de la Société de Pédiatrie, de la Société française d'Orthopédie, de la Société de médecine légale, etc., et partout il prenait la parole, apportait des observations, intervenait dans les discussions. Lorsque fut fondée, en 1905, la Société internationale de Chirurgie, il fut nommé délégué de la France au comité de cette association, fonction qu'il conserva jusqu'à sa mort.

Mais tout cela ne lui suffisait pas encore. Son ambition la plus chère n'était pas satisfaite : il désirait ardemment obtenir une chaire à la Faculté. Il l'a dit lui-même dans un jour solennel : « Le rêve de ma jeunesse : couronner ma carrière en devenant professeur dans cette Maison à laquelle j'appartiens depuis plus de trente ans, à laquelle m'attache, depuis mon enfance, un souvenir très cher. »

Aussi se donna-t-il avec passion à l'enseignement. Agrégé, il ne se contente pas de faire les cours et conférences réglementaires. Dès qu'il est à la tête d'un service, il y fait, chaque mercredi, une leçon clinique ; puis à partir de 1900, il va, le samedi, à la Clinique Baudelocque, faire dans le service de Pinard une conférence avec présentation de malades, sur les maladies congénitales et les affections chirurgicales du nourrisson. Il réunira ces diverses leçons en deux volumes de Cliniques qui paraîtront en 1902 et 1905.

Dès qu'il fut installé aux Enfants Malades, la Faculté lui envoya des stagiaires et le chargea d'un enseignement de Clinique annexe. En 1910 et en 1911, enfin, il fait, à la Faculté, un cours libre sur les maladies des os et des articulations.

Enseigner n'est par assez : il veut encore améliorer, réformer l'enseignement. A partir de 1900, lorsqu'il reprend, toujours avec le même entrain, sa plume de journaliste, c'est pour s'occuper de questions de cet ordre. Il montre les défauts du régime de 1893, en demande impérativement la suppression et une transformation des études médicales. Il réclame pour les étudiants un stage prolongé et sérieux. Il mène le bon combat, en faveur de la Clinique, contre l'empiètement des Sciences que leurs protagonistes appellent fondamentales, et qui restent, pour nous praticiens, simplement accessoires : il porte à cette occasion quelques bottes un peu rudes, mais si amusantes, aux physiciens et aux physiologistes : la réaction véhémente de ceux-ci montra que le coup avait porté. Il reste pourtant traditionnaliste et défend le concours d'agrégation contre les partisans de privat-docentisme. Mais il estime avec raison « qu'un enseigneur ne sera bon que s'il a devant lui une carrière stable », et ceci l'amène à réclamer, dans un discours qui fit quelque scandale, au Banquet des agrégés en novembre 1901, la pérennité de l'agrégation. Élu au Comité de l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de Médecine, il poursuit sa campagne en faveur de cette réforme, qui n'est pas encore réalisée aujourd'hui.

Contre ceux qui veulent que la formation des étudiants se fasse toute entière à l'hôpital, il défend l'utilité des cours théoriques et propose un mode d'enseignement fort bien conçu qu'il essayera bientôt d'appliquer lui-même. « Il me semble, dit-il, qu'un enseignement élémentaire de la pathologie est une préparation indispensable à l'instruction hospitalière. Comment apprendre à examiner un pied ou un poignet atteint de fracture ou d'entorse, si on ne connaît l'anatomie chirurgicale de la jointure et les modes d'exploration, si on ne sait les grosses choses générales sur les entorses, sur le mécanisme des fractures du péroné ou du radius? Depuis l'invention de la radiographie, avec les progrès actuels de l'iconographie par les projections, un tel enseignement théorique peut être très pratique, parler aux yeux en même temps qu'aux oreilles... Avec un matériel de projections soigneusement constitué, on peut presque faire de la clinique dans cet enseignement ; et il le faut, car il n'y a pas de service de chirurgie, si bien achalandé soit-il, où tous les cas nécessaires à diagnostiquer se rencontrent en deux semestres. Certes, le professeur titulaire a le droit et le devoir de ne pas se cantonner dans cet enseignement élémentaire, mais il doit y prendre lui-même une large part et surtout il doit coordonner en ce sens l'effort des agrégés. Il faudrait que, tous les ans, les agrégés fissent des leçons, en nombre variable, sur les sujets de leur compétence plus particulière dès qu'ils en ont une, et que de la sorte le programme fût passé complètement en revue dans les deux semestres. »

La chaire tant désirée lui échut enfin en 1913. A la date du 1er novembre, il fut nommé professeur d'Opérations et Appareils. Il fit sa leçon inaugurale le 16 janvier suivant, et prit comme sujet l'éducation manuelle du médecin : il y revenait sur beaucoup de ses idées favorites — celles que je viens de rappeler — et annonçait son intention de rajeunir l'enseignement de la médecine opératoire grâce à l'emploi des projections et du cinématographe et d'avoir recours, pour l'exposé de la chirurgie viscérale, à toutes les compétences que pouvait lui fournir le corps des agrégés.

De fait, il se met à la besogne avec son ardeur habituelle. Il s'était plus particulièrement réservé, dans son enseignement, la médecine opératoire classique : il réunit ses prosecteurs et leur fait, lui-même, des démonstrations : il recueille les admirables planches dessinées


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS

jadis par son maître Farabeuf et les complète par des planches nouvelles dessinées sous sa direction : il collectionne une série de photographies stéréoscopiques représentant les différents temps des ligatures et des amputations, photographies qui lui serviront à illustrer un *Précis de médecine opératoire*.

En même temps, il fait appel à tous ses collègues de l'agrégation de chirurgie, jeunes ou anciens, pour faire une série de leçons sur la chirurgie viscérale pendant le semestre d'été. La guerre empêcha Broca de renouveler cette tentative qui avait paru heureuse.

Les événements allaient, en effet, bouleverser toutes les prévisions et tous les projets. Broca ne put diriger que pendant un an cet enseignement de la médecine opératoire tel qu'il l'avait conçu. En 1916, il fut amené à échanger sa chaire contre celle, nouvellement créée, d'anatomie médico-chirurgicale. Mais l'heure n'était point alors aux réorganisations scolaires, et d'autres préoccupations plus poignantes absorbaient son activité.

Au lendemain de son entrée à la Faculté, quelques mois avant la guerre, Auguste Broca avait publié un volume, sur lequel je veux m'arrêter, car c'est peut-être l'œuvre maîtresse de cet homme qui a tant écrit. La *Chirurgie infantile*, ce gros volume de plus de 1.00 pages, bourré d'observations et de faits, est, comme l'a dit Mouchet, une précieuse encyclopédie que doivent consulter tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie infantile. C'est un ouvrage entièrement original que domine la personnalité de l'auteur : c'est son érudition, ce sont ses idées, c'est toute sa science qu'il a condensées dans ce livre ; c'est lui qui a voulu cette illustration surabondante (plus de figures que de pages !), toute de documents personnels et réalisée par un procédé de reproduction que Broca avait imaginé lui-même et dont il était très fier, bien que ce procédé ne soit pas à l'abri de toute critique. Et ce qui fait la valeur inappréciable de ce traité, ce qui lui assurera la durée, malgré les incessantes modifications de la science, c'est qu'il résume ce qu'avait vu, en vingt ans de pratique hospitalière, un homme qui savait regarder et réfléchir, un observateur éclairé et averti. Jusque dans ses lacunes — car il n'est pas d'œuvre humaine parfaite, — ce livre est un « livre de bonne foi » où Broca avait mis tout son savoir et toute son expérience.

Avant de l'écrire, il l'avait vécu à l'hôpital. L'hôpital a tenu une place immense dans l'existence de Broca : c'est là que son activité se déployait toute entière, qu'il se montrait en pleine lumière, avec tout ce qu'il y avait d'original dans sa nature. Il y arrivait de très bonne heure, vers 8 heures ou 8 heures un quart, parfois même plus tôt. Il montait à son cabinet où, après avoir revêtu sa blouse, et par dessus, une longue pèlerine noire, il se faisait présenter les observations des malades prêts à quitter le service — et malheur à l'externe dont l'observation était incomplète, plus encore à celui qui l'avait émaillée de fautes de français ou de fautes d'orthographe : Broca, intraitable sur ce chapitre, la renvoyait à corrections sans aménité. Il passait rapidement dans ses salles de malades, se fiant à ses assistants et à ses surveillantes pour le tenir au courant de l'état de ses opérés et lui signaler les cas qui réclamaient son intervention. Ses vrais champs d'action étaient sa consultation et sa salle d'opérations.

Sa consultation était célèbre : des quatre coins de Paris, et même de la banlieue, on venait « consulter M. Broca à l'Enfant-Jésus », et je crois bien que toute la chirurgie infantile, même les cas les plus exceptionnels, a défilé dans cet extraordinaire centre d'enseignement. Avant l'arrivée de Broca, sa surveillante avait groupé les malades en catégories qui devaient se présenter, dans un ordre immuable, à l'examen du chirurgien : c'étaient, d'abord, les traumatismes, plaies, brûlures et fractures, puis les osseux, ostéomyélitiques ou tuberculeux ; venaient ensuite les malformations congénitales et, enfin, les abdominaux — c'est-à-dire les appendicites — qui attendaient bien sagement sur des lits que la main magistrale vint palper leur fosse iliaque. Au milieu de cette cour des miracles, Broca allait, venait, parlait, faisant son diagnostic d'un coup d'œil ou s'attardant sur un cas difficile, donnant à pleines mains à ses élèves l'enseignement le plus vivant et le plus direct. Cet homme aux allures brusques était très bon avec les enfants qu'il aimait et qu'il connaissait bien ; il savait leur gourmandise et leur fourrait dans la bouche, à tout propos, de petits bonbons fondants, dont il avait toujours une boîte dans sa poche ; mais il savait aussi leur sensibilité et voulait que tous autour de lui fussent doux pour eux : ils n'était impitoyable que pour les indiciplinés et les menteurs.

Avec les parents, Broca avait moins de mansuétude. Il rabrouait vertement les vieilles grand'mères qui gâtaient trop leurs petits-enfants ; il fulminait contre les parents qui lui amenaient des gosses malpropres ou mal élevés. Un jour, une mère lui ayant dit : « Mais, Monsieur le docteur tous les enfants ont des poux ! » « Pas les miens », lui répondit sèchement Broca. Il avait parfois des mots cruels comme lorsque, devant un affreux rachitique, il s'écria : « Et dire qu'ils se sont mis à deux pour faire ça ! ». Ces boutades n'empêchaient pas Broca de jouir du respect et de la reconnaissance de tous ceux qui lui amenaient leurs enfants, car ils savaient à quelles mains expertes et dévouées ils les confiaient.

Trois fois par semaine, Broca opérait à l'hôpital. Entre 8 et 11 heures, il abattait huit ou dix interventions, sans trace de fatigue. C'était un opérateur d'une habileté de main extrême. Au temps de sa jeunesse, il passait, à juste titre, pour un des plus brillants couteaux de l'École pratique et lorsque, parvenu à la chaire de médecine opératoire, il refit quelques démonstrations sur le cadavre, on put voir que le professeur n'avait rien à envier au prosecteur d'antan. Il montrait la même virtuosité, la même sûreté, le même brio dans la chirurgie clinique. Il opérait vite et avec un minimum d'instruments. Les interventions de la chirurgie infantile ne sont pas très variées : Broca les pratiquait toutes d'une façon remarquable. Il en est deux où il excellait. La cure radicale de la hernie était une de ses opérations de prédilection et il ne se lassait jamais de la faire : en quelques minutes, avec une impeccable précision, il disséquait le sac et réparait la paroi. La palatoplastie était son triomphe : il se piquait d'exécuter cette délicate et difficile intervention avec les seules rugines de Trélat et une simple aiguille de Reverdin et d'obtenir un pourcentage de succès auquel peu de chirurgiens pouvaient aspirer. Peut-être cette extraordinaire habileté eut-elle des inconvénients ; Broca sacrifiait parfois à la rapidité et il ne se pliait pas toujours aux minuties techniques de la chirurgie viscérale moderne, qu'il n'avait, d'ailleurs, que d'assez rares occasions de pratiquer : il poussait à l'extrême la simplification instrumentale, et c'est ainsi qu'il refusa toujours d'employer, pour la staphylorraphie, l'éclairage frontal et l'aspiration du sang : encore qu'un virtuose comme lui ait su s'en passer, ce sont cependant deux grands perfectionnements dans la technique opératoire.

Broca aimait l'hôpital et s'y intéressait d'une façon pratique. Pendant de longues années, il s'astreignit à venir faire lui même les opérations d'urgence de son service. Il veillait à l'alimentation de ses malades, goûtant lui-même la nourriture et la renvoyant avec fracas lorsqu'il la jugeait mauvaise. Il encourageait et protégeait de son influence et de son autorité ses surveillantes et ses infirmières quand il avait reconnu et apprécié leur dévouement. Avec Mme Broca, il s'ingéniait à gâter et à amuser les enfants de son service, leur distribuant jouets et douceurs. Tout ce qui touchait au traitement des enfants le passionnait : il voulait des hôpitaux hors Paris pour ses convalescents et ses chroniques et, malgré ses multiples occupations, il resta toute sa vie l'un des membres les plus assidus de la commission de Berck.

Il recevait, en retour, l'affection profonde et sincère de

ses élèves, de son personnel, de ses malades. Tous ont gardé de lui un souvenir ému et reconnaissant.

1914 : la Guerre. Broca n'était pas militariste. Il n'avait pas plus de respect pour la hiérarchie militaire que pour les autres. Quelques années avant, lors d'une affaire célèbre, il avait pris parti, avec véhémence, suivant son habitude, pour le libre examen contre le principe d'autorité. Dans sa carrière de journaliste, à propos de questions qui touchaient à la médecine militaire, comme l'hygiène des casernes ou l'entraînement des recrues, il avait parfois montré quelques sévérités pour le commandement.

Mais Broca était profondément patriote et, avant tout, homme de devoir et de conscience. Dégagé par son âge de toute obligation militaire, il demande à être réintégré dans les cadres pour porter l'uniforme : et cet uniforme, il le portera plus longtemps qu'aucun d'entre nous, bien après l'armistice, car il ne pourra se décider à se séparer de ses blessés. Vous le voyez encore, tel que nous l'avons connu ici pendant ces années de guerre, revêtu du vieux pantalon rouge et d'une longue pèlerine, coiffé d'un extraordinaire képi qui semblait emprunté aux mobiles d'Alphonse de Neuville ! Sous cet accoutrement qui ne manquait pas de fantaisie, Broca va accomplir pendant cinq ans un travail formidable et singulièrement utile aux blessés. Jamais son activité ne fut plus grande. Il conserve son service des Enfants-Malades où, privé de ses internes et de ses assistants habituels, il lui faut faire face, avec des aides de fortune, à une besogne écrasante. Il est placé, en janvier 1915, à la tête de l'hôpital du Grand-Hôtel qui compte 178 lits, toujours occupés. En même temps, il dirige, à l'Hôtel Thiers, l'hôpital de l'Institut, où il a Frédéric Masson comme administrateur. En novembre 1917, il quitte le Grand-Hôtel pour prendre à Vaugirard un service spécialisé dans le traitement des blessés osseux et articulaires : il va retrouver là ses études préférées. Mais c'est le moment des grandes offensives et les blessés affluent : plus d'une fois, Broca couchera dans son hôpital. Ce n'est pas encore assez : pour ne pas perdre le contact avec ses opérés et ne pas les voir évacués vers de lointaines provinces, il organise à leur intention, en banlieue, des filiales où il ira les visiter le dimanche, car, dit-il, « mieux vaut être soigné par un médecin passable que par dix hommes éminents successifs ou même simultanés » ; il fréquente le Grand Palais où, sous prétexte de physiothérapie, viennent échouer tous les estropiés de l'armée : avec Ducroquet, il étudie les questions d'appareillage des amputés.

Il ne se contente pas d'agir : il trouve encore le temps d'instruire les autres. Pendant toute la guerre, il est assidu à nos séances et intervient dans nos discussions. Il écrit, pour ceux qui, comme lui, soignent les blessés, mais qui connaissent moins bien que lui la chirurgie des membres et l'orthopédie, trois petits livres dont le succès fut aussi grand que mérité et dont deux eurent l'honneur d'être presque immédiatement traduits en anglais, à l'intention des chirurgiens des armées alliées : ce furent, en 1916, les *séquelles ostéo-articulaires des plaies de guerre* ; en 1917, la *prothèse des amputés en chirurgie de guerre* (avec Ducroquet) ; en 1918, les *troubles locomoteurs consécutifs aux plaies de guerre*. J'ai personnellement, pour le premier de ces petits livres « horizon », une admiration particulière : je l'avais rapporté d'une permission au moment même où il venait de paraître ; il a été mon bréviaire et mon guide pour tout ce que j'ai fait en chirurgie osseuse pendant la guerre : il le reste encore aujourd'hui, car les ostéites du temps de paix ne diffèrent pas beaucoup de celles que nous avons soignées alors.

Et dans un volume intitulé *Chirurgie de guerre et d'après guerre*, Broca revient encore sur ce qu'il avait observé chez ses blessés et sur les enseignements qu'il en avait tirés.

On voit l'importance des services rendus par lui avec le bistouri et avec la plume pendant ces années tragiques. La rosette d'officier de la Légion d'honneur qu'il reçut alors, en fut la consécration méritée.

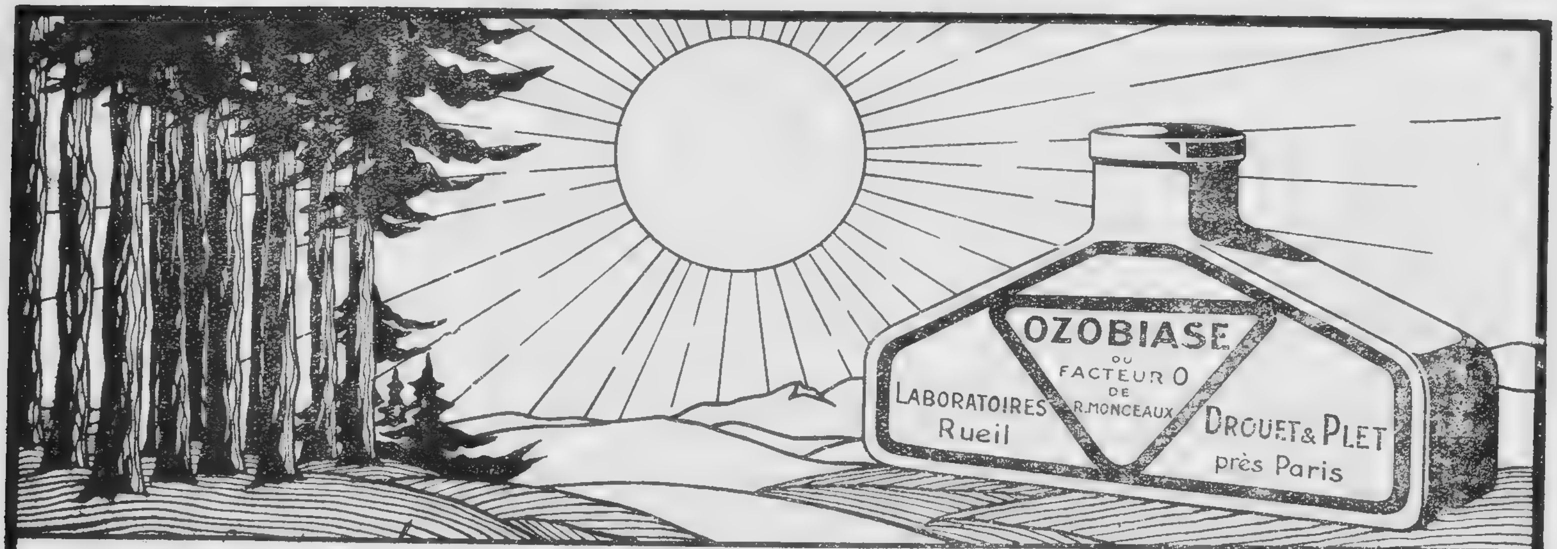
En mai 1919, quelques mois après la fin de la guerre, la retraite de Kirmisson ouvrait à Auguste Broca les portes de la Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie. Nul n'était plus qualifié pour l'occuper : c'était là sa véritable place. Il y parvenait à soixante ans, mûri par une longue expérience, en pleine force physique et intellectuelle.

Il ne changea pas grand'chose à l'organisation de son enseignement hospitalier. Broca n'était pas l'homme des leçons académiques à la Trousseau ou à la Dieulafoy. Il disait qu' « un maître est un éducateur plus qu'un enseigneur » et il ajoutait, attribuant d'ailleurs ce propos à Gosselin, que « l'enseignement de la clinique doit se faire au hasard de la fourchette, pour ainsi dire, et non par des leçons *ex cathedra* ». Et si l'on veut chercher quelque analogie à sa façon d'enseigner, c'est à Farabeuf qu'il faut penser : comme lui, il attaquait directement l'élève, par l'image et par le geste autant que par la parole. Donc pas de cours magistral et solennel. Tout au plus, fera-t-il, une fois par semaine, devant ses élèves, une séance de projections commentées et expliquées. Mais c'est dans ses salles d'hôpital et plus encore à sa consultation que se donnera l'essentiel de son enseignement. Les malades défilent, présentant les lésions les plus diverses. A propos de chacun d'eux, il interroge et colle les assistants : tous y passent, depuis l'humble roupiou jusqu'au chef de clinique, tous sont soumis au crible d'une critique sévère, mais juste. Et Broca parle, explique, interprète les radiographies, rappelle ses observations anciennes, éclaire tout de son intelligence lumineuse : il émaille son discours de citations empruntées aux anciens et aux modernes. Bien plus, à l'occasion, il mime ses leçons : il fallait le voir, relevant blouse et tablier, imiter les différentes boiteries de la coxalgie, de la luxation congénitale ou de la coxa vara. Nul enseignement qui soit plus vivant : nul aussi qui soit plus profitable à l'élève, qui se grave aussi profondément dans sa mémoire.

Ses collègues de la Faculté l'avaient désigné comme assesseur du Doyen et délégué au Conseil de l'Université. Dans cette assemblée, il surprit d'abord par son attitude et la verdeur de son langage ; puis, bientôt, son assiduité, la clarté de son intelligence, sa compréhension rapide, son grand bon sens lui acquirent une autorité indiscutée.

Et il continue à travailler toujours. Parvenu à la plus haute situation qu'il ait pu ambitionner, ayant derrière lui un long passé d'observations et de recherches, il veut maintenant exposer d'une façon définitive son opinion sur les grands problèmes de pathologie chirurgicale qui l'ont occupé durant toute sa vie scientifique, et il écrit un volume sur la *Tuberculose articulaire*, un autre sur les *Maladies non traumatiques et les difformités des articulations* — ce dernier avec la collaboration de son gendre Raoul Monod —, volumes qui ne paraîtront qu'après sa mort.

On a peine à comprendre qu'un seul homme ait pu faire face à pareille tâche, opérer, enseigner et écrire, sans repos et sans trêve. Et pourtant Auguste Broca ne se confinait pas dans la pratique de la chirurgie. Esprit encyclopédique comme l'avait été son père, homme d'une haute culture littéraire et scientifique, servi par une mémoire exceptionnelle, il s'intéressait à toutes les connaissances, s'initiait à toutes et en avait acquis, par ses lectures, de solides notions. « La curiosité, disait-il avec raison, est la seule qualité utile à l'homme » ; et sa curiosité s'exerçait sur tout, depuis les choses les plus pratiques concernant l'économique et l'agriculture jusqu'aux plus hautes spéculations de la philosophie et de la science. C'était un liseur formidable. Après la bibliothèque à cinq sous de son vieux professeur, il avait dévoré l'immense, l'universelle bibliothèque de son père. Tout le passionnait, même les sujets qui semblaient les plus éloignés de ses préoccupations habituelles : lorsqu'un accident de voiture (il s'était fracturé la cuisse) l'immobilisa pendant


OZOBIASE
OU
FACTEUR O
DE
R. MONCEAUX
LABORATOIRES
Rueil
DROUET & PLET
près Paris

deux mois, il en profita pour lire tous les ouvrages qu'il put réunir sur l'histoire de toutes les religions ! Il lisait avec méthode comme son père, prenant des notes sur toutes ses lectures, et il a laissé des monceaux de ces notes griffonnées au crayon. Bien plus — et ceci fera se voiler la face aux purs bibliophiles — il lisait avec trop de passion pour ne pas inscrire en marge des volumes ses enthousiasmes ou ses improbations. Il lisait tout, mais bien entendu, il avait ses auteurs favoris, qu'il relisait sans cesse, qu'il savait presque par cœur, qu'il citait à tout propos ; et vous ne vous étonnerez pas, connaissant son goût de l'ironie et de la critique, la rectitude de son jugement, l'acuité de son bon sens et son respect de la langue, que ses auteurs d'élection fussent Montaigne et Voltaire, et parmi les contemporains, Anatole France. Qu'il me soit permis d'ajouter que cette bibliothèque, précieuse entre toutes, qu'avaient réunie Paul et Auguste Broca, a été, après la mort de ce dernier, répartie par une main pieuse entre les Bibliothèques de la Faculté de médecine, de l'Académie, de la Sorbonne, du Muséum et de l'Université de Strasbourg.

Auguste Broca avait reçu une forte éducation scientifique et se piquait d'aimer les mathématiques, si j'ose dire, pour elles-mêmes : il se plaisait à poser et à résoudre des problèmes de géométrie ou d'algèbre. C'était d'ailleurs un goût de famille : avant de faire sa médecine, son père avait préparé l'Ecole Polytechnique, et son frère y était entré.

Comme beaucoup de ceux qui cultivent la science des nombres, Broca était passionné pour la musique. Pendant quarante années, il ne manqua jamais, chaque dimanche, un concert du Conservatoire : on le voyait aussi souvent aux Concerts de la Trompette et chez Lamoureux ; il fit deux fois le voyage de Bayreuth ; et, s'il ne fut pas lui-même un exécutant, comme son frère André, du moins avait-il une connaissance approfondie de l'art musical et une sensibilité très vive et très éclairée aux joies que l'on en peut retirer. En revanche, les arts plastiques le laissaient fort indifférent.

Broca aimait la vie simple et sans pose. Son horreur pour la solennité, la décorum et la représentation était proverbiales. Il n'était pas de ceux qui croient en imposer par une attitude distante et gourmée, un langage impeccable, une tenue d'une correction impressionnante. Il disait ce qu'il pensait, comme il le pensait, sans périphrase et parfois avec des expressions un peu crues ; il avait, pour les choses vestimentaires, un parfait dédain : ses vestons flottant au vent, son éternelle cravate Lavallière, ses hauts de forme brossés à rebrousse-poil — au temps de cette coiffure archaïque —, plus tard ses chapeaux mous aux bosselures inattendues formaient un ensemble qui n'avaient rien de l'élégance du dandy, ni de la solennité professorale. Mais il n'y avait, dans sa négligence de tenue ou de langage, nulle vulgarité, et l'on sentait toujours en lui l'homme de bonne race. Je crois, d'ailleurs, que cette négligence même était un peu affectée : dédaigneux des contingences qui font juger un homme sur son habit, conscient de sa haute valeur personnelle, il ne déplaisait pas à Broca que l'on eût à faire un certain effort pour dégager ses qualités d'esprit et d'intelligence d'une enveloppe assez surprenante au premier abord, et il ne lui déplaisait pas non plus d'étonner et de scandaliser un peu les philistins.

Marié avant trente ans, avec une jeune fille qu'il connaissait depuis son enfance, qui vécut avec lui les années d'études et de concours, puis les années de succès, qui partagea ses goûts, ses espoirs et ses joies, comme aussi ses déconvenues et ses tristesses, qui l'entoura de son charme et d'une intelligence digne de la sienne, Broca s'était créé un foyer suivant ses désirs.

Il méprisait le luxe et les cérémonies. Mais il savait apprécier le confort de l'existence, d'une existence où les plaisirs de l'esprit tenaient la première place, mais qui n'excluait pas certaines des joies de la chair. L'appartement qu'il occupa si longtemps rue de l'Université était un peu triste, mais de grande allure, avec ses pièces très hautes, comme dans le rez-de-chaussée de toutes les vieilles maisons de ce vieux quartier, entre une cour aux proportions régulières et classiques et l'un de ces jardins de Paris, trop étroits et ceinturés de grands murs tapissés de lierre, mais où quelques arbres poussent très haut, comme s'ils voulaient atteindre par leurs cîmes le plein ciel et le soleil. C'était la maison des livres : dès l'entrée, ils vous accueillaient dans l'antichambre ; on en retrouvait partout dans les couloirs : ils tapissaient de haut en bas les murs du cabinet de Broca ; cette marée montante envahissait tout. A côté de ce cabinet, encombré de paperasses, de fiches, de notes, de manuscrits en train, un salon de belles dimensions, avec quelques tapisseries de choix et le piano à queue, qui témoignait du goût du maître de la maison pour la musique.

La salle à manger avait aussi sa place dans cet appartement. Broca était un gourmet, un vrai, de ceux qui savent qu'un mets simple, mais préparé avec tout l'art dont nos vieilles cuisinières provinciales ont conservé les traditions, est le summum de la cuisine française, qu'un loyal pot-au-feu ou une soupe aux choux savamment mijotée sont mille fois supérieurs aux amalgames compliqués et toxiques, aux mixtures horrifiques, malgré leurs noms grandioses, des gâte-sauces modernes et des empoisonneurs d'Outre-Atlantique. Presque Bordelais, il comprenait la grandeur du vin et il avait une cave dont il s'occupait lui-même et dont il était justement fier ; et lorsqu'il apportait, débouchait et décantait de sa main une bouteille de choix, tout en vous détaillant son crû, son âge et son mérite, on sentait l'homme de goût et l'amateur éclairé.

Et comme il savait que, suivant le mot de Brillat-Savarin, « la gourmandise est un des principaux liens de la Société », s'il voulait une table garnie de plats impeccables et de vins de bonne origine, il la voulait aussi entourée de convives capables d'apprécier sa cuisine et sa cave et d'y ajouter l'attrait de la conversation. Comme l'auteur de la *Physiologie du goût*, il pensait que, « à la suite d'un repas bien entendu, l'esprit s'aiguise, l'imagination s'échauffe, les bons mots naissent et circulent, et que celui qui, jusque-là, n'avait été que consommateur, devient convive plus ou moins aimable, suivant que le maître de toutes choses lui en a dispensé les moyens ». Chaque lundi, il réunissait ainsi un groupe d'amis ou d'élèves ; à ces dîners presque toujours uniquement médicaux, il adjoignait parfois un convive de marque, et c'est ainsi que, certain jour, j'eus l'honneur de manger chez lui une soupe aux choux avec Anatole France. Le repas achevé, c'étaient, dans son salon, au milieu de la fumée des cigares et des cigarettes, des conversations infinies sur les sujets les plus divers : le dos à la cheminée, il parlait, parlait, tenant tête à tous ses invités, éblouissant de verve, étonnant d'érudition, d'idées imprévues, souvent paradoxales, de connaissances inattendues.

Auguste Broca avait fait quelques voyages, mais il préférait passer à la campagne les rares journées de loisir qu'il s'accordait. Dans sa jeunesse, il allait à Luzarches, où ses parents avaient une maison de campagne. Plus tard, il fit l'acquisition d'une propriété à Cravent, aux confins de l'Ile-de-France et de la Normandie, et c'est là qu'il allait, du samedi au mardi, pendant la longue période de sa vie où il ne prit aucune vacance prolongée ; plus tard encore, en 1906, il avait acheté, dans le Midi, près du Lavandou, une petite maison blanche, La Fossette, perchée comme un nid d'aigle sur la falaise, dominant la Méditerranée, entourée de vignes et de jardins fleuris, et il prit l'habitude d'y séjourner pendant tout le mois de septembre. Il avait trouvé dans la campagne un aliment nouveau pour son activité : ne se contentant pas de jouir des beautés de la nature, il s'était pris à aimer la terre pour sa fécondité, pour ce que l'ingéniosité et le travail de l'homme peuvent en tirer. Il se fit jardinier, agronome, voire chimiste, lorsqu'il s'agit de choisir et d'adapter ses engrais : il s'attacha à augmenter le rendement de

ses propriétés, à améliorer la qualité de leurs produits. Il devint très érudit en ces matières, comme en beaucoup d'autres, et il lui arrivait d'en remontrer aux spécialistes qui avaient fait de l'agriculture pendant toute leur vie. Les fruits de son jardin le remplissaient d'orgueil, les pommes et les poires de Cravent étaient l'ornement de sa table et il accablait de son mépris ceux de ses convives qui ne savaient distinguer, à la vue et au parfum, un Doyenné d'hiver d'une Passe-crassanne.

A la campagne aussi, il satisfaisait son goût pour le cheval. C'était, je crois, le seul sport qu'il pratiquât : il en avait pris l'habitude pendant son volontoriat qu'il avait fait dans l'artillerie. A Paris, il montait assez souvent au Bois, le matin. Il aimait les chevaux ardents et vifs ; deux accidents assez graves, qui lui étaient arrivés, n'avaient pas diminué son amour de l'équitation.

Le fond du caractère d'Auguste Broca était la franchise, franchise absolue, jamais atténuée et dont l'expression était quelquefois rude et même assez brutale. Il a pu de la sorte blesser ceux qui ne le connaissaient pas ; il a souvent surpris à son premier contact. Mais ceux qui l'approchaient de plus près, qui pénétraient dans son intimité, avaient vite fait de découvrir, sous cette écorce en partie affectée, une profonde et solide bonté et une loyauté parfaite. Sans doute ne les étalait-il pas : il ne lui déplaisait pas d'étonner et, comme beaucoup de Français, il avait la fanfaronnade de ses défauts et la pudeur de ses qualités. De sa bonté peuvent témoigner ses petits malades pour lesquels cet homme brusque avait une douceur infinie, qui l'aimaient parce qu'il savait les comprendre et qu'il était juste envers eux. De sa bonté et de sa justice témoigneront aussi ses élèves qui tous, depuis le regretté Delanglade jusqu'aux plus jeunes de ses chefs de clinique et de ses internes, lui ont gardé un souvenir d'affection et de respect. Ah ! certes, il ne les abreuvait pas de compliments, il les secouait souvent sans aménité et leur attribuait des qualificatifs sans gloire ; mais il savait les apprécier, les encourager, les soutenir ; il leur inspirait le goût du travail et de la recherche scientifique ; il leur inculquait l'habitude de l'observation précise et du diagnostic fouillé ; il leur apprenait à ne pas se payer de mots et d'hypothèses. Il fut, à ce point de vue, vraiment un maître, dans toute l'acception du mot. Et quelques-uns de ses élèves savent aussi que l'on ne faisait pas vainement appel à son aide dans les circonstances difficiles et pénibles.

Il avait de la bonté pour tous ceux qui souffrent et qui besognent pour le pain quotidien, pour les ouvriers à leur tâche, pour les malheureux dans leur taudis, pour les femmes qui élèvent leurs enfants dans la misère ; et cette bonté était une bonté active, intelligente, pratique : il ne la traduisait pas en phrases de commisération, mais en œuvres. Il avait écrit dans les journaux médicaux et politiques des articles en faveur de l'allaitement maternel et de la protection des femmes enceintes. Il s'était particulièrement intéressé à la question des habitations à bon marché pour familles nombreuses. Il était président d'une Société qui fit construire des maisons ouvrières, rue du Télégraphe, rue Falguière, à Ivry, etc. ; Broca s'occupait lui-même de l'achat des terrains, discutait les plans avec les architectes, les matériaux avec les entrepreneurs et dirigeait ses constructions avec un tel sens des réalités et de l'économie qu'elles sont demeurées un modèle dans le genre.

Un homme de cette trempe et de ce caractère ne pouvait être indifférent : on ne pouvait avoir pour lui que de l'affection ou de l'antipathie. Sans doute, a-t il suscité des inimitiés : certains ne lui ont pardonné ni la franchise de ses opinions, ni la cruauté de quelques-uns de ses mots, ni l'opinion qu'il avait de sa valeur personnelle. Mais ses adversaires eux-mêmes ont dû reconnaître sa haute valeur morale, la droiture de son esprit, son amour de la justice, son désintéressement et son courage. Ennemi des hypocrisies et des combinaisons, s'il était un rude combattant, c'est qu'il luttait toujours pour ce qu'il croyait être la vérité et l'équité.

Et, à côté des inimitiés, que d'amitiés profondes, vivaces et durables il a fait naître, des amitiés que ne pouvaient entamer ni le temps, ni les frottements inéluctables de la vie, parce qu'elles étaient fondées sur une compréhension et une estime réciproques : les divergences politiques n'ont pas plus atteint son affection pour Segond, que les discussions scientifiques n'ont diminué celle qui l'unissait à Poncet.

Cette existence si pleine se déroulait ainsi, mêlée comme toutes de satisfactions et de tristesse. Il avait eu, peu de temps avant la guerre, l'immense chagrin de perdre sa fille aînée : plus tard, il avait eu la joie de marier la cadette à notre collègue Raoul Monod et d'unir ainsi deux noms glorieux dans la chirurgie française ; la naissance de ses petits-enfants avait été un bonheur de plus. Il faisait régulièrement son service et son enseignement, sans donner trace de fatigue : de longues années de travail semblaient encore ouvertes devant lui. Pourtant, vers le début de 1924, ceux qui vivaient avec lui cette vie d'hôpital où rien n'échappe, avaient noté en lui quelque changement ; il avait cessé de fumer : il était, certains jours, d'une pâleur singulière ; parfois, après une longue séance opératoire, il donnait des signes de lassitude et se plaignait de souffrir du bras gauche. Rien cependant ne faisait prévoir l'imminence d'une catastrophe.

Celle-ci allait survenir soudainement, en pleine santé apparente et dans des circonstances qui, par une coïncidence frappante, renouvelèrent presque heure par heure, à quarante-quatre ans d'intervalle, celles qui avaient marqué la mort de son père.

Le 8 juillet 1880, Paul Broca, étant au Sénat, fut pris d'un malaise subit qui l'obligea à quitter la séance ; rentré chez lui, il s'étendit pour dormir sur un lit de repos : vers minuit, il succombait dans une crise subite d'angine de poitrine.

Le 3 octobre 1924, Auguste Broca avait, le matin, opéré en ville, puis, à l'hôpital, il avait fait sa consultation comme d'ordinaire : il ne se plaignait pas, mais son chef de clinique Wilmoth et sa fidèle surveillante, Mme Delalande, avaient été frappés de son air de fatigue. Dans l'après-midi, il eut un malaise passager qui l'obligea à se reposer quelques instants dans une boutique ; il put ensuite achever ses courses, rentra chez lui, dîna et se coucha d'assez bonne heure, comme il en avait l'habitude. Vers 11 heures du soir, il appela Mme Broca : celle-ci le trouva assis sur son lit, anhélant, d'une pâleur effrayante, couvert de sueur.

Devant la mort qu'il sentit imminente, Broca conserva son calme, et aussi sa sagacité de clinicien. A Debré, son élève, accouru au premier appel, il dit : « J'ai une crise d'œdème aigu du poumon, et qui n'est pas d'origine rénale », et Debré, après l'avoir examiné, ne put que lui répondre : « Patron, votre diagnostic est exact ». On le saigna ; comme pas une goutte de sang ne s'écoulait de la veine ouverte au pli du coude et que Debré essayait de lui masquer cet insuccès, « Non, non, dit-il, on ne trompe pas un vieux comme moi : saignez-moi à la saphène que j'ai très développée ». Là encore, la saignée échoua ; déjà la circulation était irrémédiablement compromise ; à minuit, la mort avait achevé son œuvre.

Auguste Broca ne voulait pas plus de pompes et de cérémonie après sa mort que de son vivant. Il avait souvent répété qu'il serait conduit au cimetière « au trot ». Seuls ses parents les plus proches accompagnèrent son cercueil à Montparnasse, au tombeau familial où reposait déjà son père, et c'est par les journaux que nous apprîmes sa mort.

Moins de six mois plus tard, son frère André mourait, lui aussi, subitement. Ainsi ces trois hommes, le père et les deux fils, sont tombés, frappés d'un seul coup, en pleine force. Cruelle par sa soudaineté, la mort leur a, du moins, épargné les souffrances d'une longue maladie et les tristesses de la déchéance physique.

BIBLIOGRAPHIE

Les progrès récents en Thérapie endocrinienne, par P. CARNOT, P.-E. WEIL, E. GLEY, P. HARVIER, L. BINET, A. BAUDOUIN, L. HALLION, F. RATHERY, A. PÉZARD, H. VIGNES, R. GAYET, E. SERGENT. Un volume in-8, 293 pages 8 figures : 24 francs. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Ce volume est la réunion des conférences faites au cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.

Voici les titres des douzes conférences : Méthodes générales de la thérapeutique endocrinienne, greffes, hémothérapie, opothérapie, transfusion du sang. Bases physiologiques actuelles des thérapies thyroïdienne et parathyroïdienne. Thérapeutique thyroïdienne et parathyroïdienne. Physiologie thérapeutique de l'hypophyse. Thérapeutique hypophysaire. Physiologie thérapeutique de l'insuline. Thérapeutique par l'insuline. Les hormones sexuelles. Opothérapie génitale. Physiologie thérapeutique des glandes surrénales. Opothérapie surrénale.

Les bases physiques de la radiothérapie, par Jean DUBOST. Un volume in-8°(20-13) de 99 pages, 50 figures, 1928 : 10 fr. Gauthier-Villars, éditeur, Paris.

L'auteur après un rappel de quelques notions d'électricité et de physique générale, étudie, parmi les propriétés des rayons X, celles qui intéressent directement la radiothérapie.

Passant sous silence tout ce qui n'est pas d'une application directe pour le médecin, il s'étend plus particulièrement sur la question de l'absorption et des filtres et sur la méthode ionométrique.

Ce livre, exempt de toute considération historique, intéressera tous ceux qui veulent s'initier aux phénomènes mis en jeu dans les applications radiothérapiques pratiquées avec les appareils actuels et les techniques modernes.

Il est le premier d'une série dans laquelle paraîtront successivement *la Radiothérapie modérément pénétrante* ainsi que *la Radiothérapie pénétrante*, qui, sous une forme aussi concise que le premier volume, donneront les principaux éléments de cette thérapeutique.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 3 fr. 50. Abonnement un an : 50 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 1er décembre 1927 : Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (I). — Edmond Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (I). — Marcel Poete : Paris sous Louis XIV. — F. Strowski : De la Bruyère à Stendhal : l'abbé de Saint-Pierre. — Mlle L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (I). — E. Moreau : L'hérédité et la variation (X) : Le mendélisme. — G. Cohen : Crestiien de Troies; sa vie et son œuvre (XIV) ; Lancelot (Suite). — E. Almagia : Variétés : A propos du prix Nobel : Grazia Deledda.

Sommaire du n° du 15 décembre 1927 : E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (II). — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (II). — L. Ganshof : Quelques aspects de l'histoire de l'Empire au XIe siècle (I). — H. Tronchon : Ernest Renan et l'étranger (IV) : Renan et Herder. — F. Moreau : L'hérédité et la variation (XI) : Le néomendélisme. — Mlle L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (II). — L. Abatangel : La legende du suicide de Jean Jacques Rousseau.

Auguste Comte et le catholicisme, par Charles DE ROUVRE. Un volume in-16, broché, 272 pages : 12 fr., de la collection Christiania. Les Editions Rieder 7, place Saint-Sulpice, Paris (VIe).

Charles de Rouvre, — l'homme de France qui connaît le mieux Auguste Comte, dans sa vie et son œuvre, — était tout qualifié pour présenter, dans la collection « Christianisme », les rapports si peu connus qui unissent le positivisme au catholicisme.

Toutes les opinions ont cours sur Auguste Comte, — sauf celle-ci : que ce penseur, qui a tout démoli, était, de parti pris, un constructeur, et que le modèle de sa construction a constamment été la catholicité. Et voilà cependant l'opinion juste.

Le régime catholique, passant du plan surnaturel au plan social, telle fut la formule d'Auguste Comte, sociologue.

Ce n'est point du tout ce que suppose le commun public, ni ce que comprennent certains disciples, qui ne veulent connaître du Maître que la *Philosophie positive*, — ni surtout ce qu'admettent les catholiques, bien éloignés de penser que leur religion, une fois décapitée de Dieu, puisse constituer l'armature d'un nouvel ordre social, très beau de soi.

C'est du moins ce qu'a essayé de démontrer M. Charles de Rouvre, en utilisant uniquement, avec un discernement remarquable, l'œuvre et la correspondance d'Auguste Comte, — mais l'œuvre totale depuis les opuscules de la prime jeunesse jusqu'aux gros volumes des dernières années, et, dans la correspondance, spécialement les lettres adressées à la femme sans laquelle le philosophe n'aurait peut-être pas trouvé sa conclusion, Madame Clotilde de Vaux.





En suivant devant vous les étapes de la vie d'Auguste Broca, j'ai signalé ses ouvrages principaux. Je n'ai pas la prétention d'avoir énuméré toutes ses publications, car il y faudrait des pages et des pages, et peu d'hommes ont eu une activité aussi féconde. Ce labeur immense ne s'explique que par l'ardeur au travail et les remarquables qualités de l'intelligence de Broca. C'était un travailleur infatigable : il travaillait toujours et partout, : il écrivait surtout le soir, ayant eu l'habitude de veiller jusqu'à minuit sonnant pendant la plus grande partie de sa vie. il écrivait beaucoup aussi à la campagne dans ce qu'il appelait ses vacances. Et puis cette faculté de travail était servie par une mémoire impeccable et une puissance extraordinaire de compréhension et d'assimilation, par un esprit de méthode qui l'avait conduit, depuis le début de sa carrière, à recueillir classer et coordonner tous les faits qui se présentaient à son observation, si bien qu'il pouvait les retrouver immédiatement quand ses recherches le nécessitaient, par une merveilleuse organisation cérébrale enfin qui lui permettait de reprendre, sans effort et sans achoppement, en plein milieu d'une phrase, la rédaction laissée interrompue.

Sans reprendre le détail de son œuvre, je voudrais, en terminant, marquer les points où il a apporté des idées nouvelles, où sa contribution a été plus personnelle aux progrès de notre art, et aussi l'influence qu'il a exercée sur la chirurgie française de son temps.

Parmi ses publications de jeunesse, j'ai dit tout ce qu'avait d'original son étude des hernies inguinales et je puis en dire autant de ses recherches sur le bec-de-lièvre et sur les luxations de l'épaule : les constatations qu'il avait faites au cours de ses dissections enrichissaient ces chapitres de pathologie de notions alors neuves et qui demeurent définitivement acquises. Il fut le premier en France à pratiquer avec succès la trépanation dans l'hydrocéphalie. Il fut le premier aussi, chez nous, à traiter la luxation congénitale de la hanche par l'intervention sanglante ; puis, lorsqu'on connut mieux les risques de cette opération et quand Lorenz eut réglé la technique de la réduction non sanglante, à adopter et à perfectionner cette méthode ; la thèse de Delanglade, qu'il a inspirée, reste une importante contribution à l'étude anatomo-pathologique de cette malformation. Ses travaux sur la chirurgie de l'oreille moyenne et de la mastoïde ont été un guide pour nous tous, et sa conception de la recherche méthodique et progressive des lésions, depuis l'antre jusqu'aux méninges, a fini par s'imposer, malgré les oppositions du début. C'est Broca qui a établi l'origine des kystes du cordon aux dépens du canal vagino-péritonéal, le rôle de l'intestin post-anal dans la pathogénie de certaines tumeurs sacro-coccygiennes ; c'est lui qui a vu, le premier, l'association fréquente de la scoliose et de la syringomyélie, qui a décrit, avec Mouchet, le premier cas français de scoliose congénitale confirmé par la radiographie, et, avec Tridon le premier cas français d'ostéomyélite des nacriers. Ses recherches, avec Weil, sur l'hémophilie et son traitement par le sérum frais, présentent un très grand intérêt théorique et pratique. Dès l'apparition de la radiographie, il comprit l'importance de ce mode nouveau d'exploration, non seulement dans les lésions traumatiques, mais aussi dans les altérations pathologiques du squelette ; il s'attacha à en développer l'emploi, à en préciser les résultats.

L'influence d'Auguste Broca, par son enseignement oral et par ses livres, a été considérable. Beaucoup de ses idées sont tombées, si je puis dire, dans le domaine public. Cette influence s'est exercée surtout dans la spécialité qui l'a toujours occupé, la chirurgie infantile, et je crois qu'aucun de nos collègues, chirurgiens d'enfants, ne me démentira si j'affirme que sa personnalité y a tenu et y tient encore une place de premier rang. Mais cette influence a dépassé les cadres de la spécialité et nous sommes tous, en quelque mesure, les élèves de Broca. C'est un fait, peut-être regrettable à certains points de vue, que, dans les dernières années du précédent siècle et les premières de celui-ci, par suite de l'engouement qui portait les chirurgiens généraux vers les opérations pelviennes et viscérales, ceux-ci ont quelque peu négligé la chirurgie des membres, et qu'au moins à Paris, les chirurgiens d'enfants furent presque les seuls à s'y intéresser et à en poursuivre l'étude. Broca fut de ceux-là : il avait une prédilection pour la pathologie osseuse et articulaire : beaucoup de ce que nous savons sur l'ostéomyélite et ses suites, sur les ostéites et arthrites tuberculeuses, beaucoup des principes que nous appliquons dans le traitement de ces maladies nous viennent de lui, et aussi la plupart de nos notions d'orthopédie chirurgicale. Il nous a beaucoup appris, mais il y avait parfois quelque chose d'excessif dans ses doctrines. C'est que, si la chirurgie est une, les malades sont divers et que la lésion n'évolue pas de la même manière aux différents âges. L'enfant a des ressources infinies et bien souvent, chez lui, il suffit de ne pas entraver l'effort curateur de la nature. L'adulte n'a plus cette même résistance, cette même tendance à la guérison spontanée, et il faut savoir l'aider dans sa lutte par une thérapeutique plus active. Aussi les idées des chirurgiens d'enfants, celles de Broca en particulier, me semblent-elles par trop conservatrices en matières de tuberculoses chirurgicales : si l'on ne peut qu'approuver la condamnation formelle que Broca a prononcée contre la résection articulaire chez l'enfant, il est permis, en revanche, de discuter son opinion qu'il ne faut, chez l'adulte, réséquer que le genou et le coude, et encore avant trente-cinq ans. Mais Broca était chirurgien d'enfants, et en chirurgie infantile il avait raison ; il n'avait tort qu'en concluant trop catégoriquement de l'enfant à l'adulte.

J'espère vous avoir montré, en retraçant sa vie et son œuvre, combien originale, attachante et digne de respect est la figure d'Auguste Broca. Héritier d'un père illustre et poursuivant la carrière où celui-ci avait marqué sa trace ineffaçable, non seulement il n'a pas dégénéré, mais il a su apporter un lustre nouveau à ce grand nom de Broca. Opérateur habile, clinicien émérite, travailleur acharné, enseigneur remarquable, il a été aussi un homme de devoir et de droiture ; s'il fut entraîné parfois par sa passion pour ses idées, il a toujours cherché pour guides le juste et le vrai.

Comme Lannelongue, comme Kirmisson, comme tant d'autres de nos anciens, il n'est venu à la spécialité qu'après avoir passé par la grande école de la chirurgie générale. Comme eux, il y avait acquis la haute culture, la largeur de vues qui font les maîtres véritables. Comme eux, il démontrait l'excellence de ce mode de formation auquel nous tenons si justement, et son nom sera de ceux que nous citerons quand on viendra nous préconiser une spécialisation précoce et trop étroite, car, ainsi qu'il aimait à le répéter, il n'y a pas de chirurgie infantile, il y a une chirurgie chez les enfants, et qui n'est, en somme, que la Chirurgie tout court.

Les Plantes médicinales, par Ph. EBERHARDT. 1 vol. 96 pl. coloriées, de l'*Encylopédie pratique du naturaliste*, relié toile. Prix : 36 fr. Lechevalier, editeur, 12, rue de Tournon, Paris.

L'auteur examine en premier lieu, les unes après les autres, en rappelant leurs caractères et leur place dans la classification, les p incipales familles végétales renfermant des espèces dont les prop iétés médicinales sont reconnues et utilisées dans les différentes pharmacopées. Il signale les usages qui sont faits de telle ou telle partie de ces plantes, même par les indigènes des tribus primitives.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, M. Eberhardt décrit spécialement les plantes médicinales de nos régions, les plus communes et les plus usitées et donne pour chacune d'elles, avec leurs propriétés, les préparations courantes qu'on en peut en re.

Le crâne de Buffon retrouvé dans le caveau de la chapelle seigneuriale à Montbard (Côte-d'Or) [1].

Par M. G. VARIOT.

L'an dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société d'anthropologie une notice historique sur le cerveau de Voltaire que j'ai publiée *in extenso*, dans les *Bulletins* de la Société d'histoire de la médecine (mai 1927) (2).

J'ai établi que la relique conservée à la Comédie-Française, sous le nom de *Cervelet* de Voltaire, n'est qu'un fragment résiduel desséché du cerveau.

Il est bien probable qu'il en est de même du *Cervelet* de Buffon qui a été déposé le 18 octobre 1870 dans le piédestal de la statue en marbre de Pajon représentant le grand homme debout, et qui est placée aujourd'hui sous un escalier dans les nouvelles galeries de zoologie du Muséum d'histoire naturelle.

C'est notre excellent président, M. le Dr Noir, qui a bien voulu me signaler ce fait peu connu. La plaque de marbre appliquée sur le socle de la statue porte une inscription indiquant « que le Cervelet de Buffon a été offert par M. Nadault de Buffon et par M. Faujas de St-Fonds. L'un était arrière-petit-neveu du célèbre naturaliste et l'autre son meilleur ami à la fin de sa vie. Le cerveau avait été remis à Faujas par le fils de Buffon, lors de l'autopsie du cadavre faite à Paris le 16 avril 1788, par Portal, professeur d'anatomie au Jardin du Roi et par Girardeau, membre de l'Académie de chirurgie. Depuis cette époque jusqu'en 1868, le cerveau, que l'on a nommé plus tard le cervelet de Buffon, a été conservé pieusement dans la famille de Faujar St-Fonds. Son authenticité ne peut soulever aucun doute.

En attendant qu'on puisse s'assurer très prochainement de l'état de conservation de la précieuse relique, en faisant ouvrir le piédestal de la statue de marbre qui a d'ailleurs été déplacée, il y a une vingtaine d'années, je viens vous apporter aujourd'hui une bonne reproduction photographique du crâne de Buffon et un calque de la circonférence de la calotte cranienne.

On sait que la sépulture de ce grand homme a été profanée en 1794 dans le caveau funéraire de la chapelle seigneuriale annexée à l'église de Montbard, où il était inhumé avec les autres membres de sa famille. Sa dépouille mortelle, après l'embaumement, avait été enfermée dans un cercueil de plomb pour être transférée à Montbard. Des énergumènes révolutionnaires décidèrent d'ouvrir le cercueil pour en retirer le plomb dont le poids était de 227 livres, pour fondre des balles, afin de repousser les envahisseurs du sol de la République.

Après avoir enlevé le plomb on trouva une bière en sapin qui heureusement ne fut pas ouverte à ce moment et qui fut laissée sur des tréteaux dans le caveau. Il s'y trouvait déjà réunis les restes mortels de la femme de Buffon, de sa petite fille morte en bas âge et de son père Benjamin-François Leclerc mort à 92 ans. Depuis lors le caveau fut rouvert deux fois en 1804 pour l'inhumation de Nadault de Buffon Conseiller au parlement de Bourgogne et en 1852 pour recevoir le cercueil d'Elisabeth Daubenton, 3e comtesse de Buffon morte à 77 ans. C'était la seconde femme du fils unique de Buffon décapité, on le sait, en 1793 (3).

Depuis la profanation de cette sépulture on prétendait à tort que les restes mortels de Buffon avaient été dispersés et perdus. Il n'en était heureusement rien comme le prouvent les constatations positives faites par les archéologues de Montbard. Au mois de mars 1927, la Société d'archéologie présidée par M. Dargentolle, après entente avec la municipalité et le clergé, décida de faire lever la dalle qui fermait le caveau de la famille Buffon et a fait publier, dans son *Bulletin*, les résultats d[e] son inspection. On ne retrouva pas la bière en sap[in] qui contenait le corps de Buffon en 1794, non plus q[ue] les tréteaux qui la soutenaient, mais un amas d'ossemen[ts] mélangés, enfouis dans une terre noire et dans des d[é]bris de bois pourris : dans l'affouillement on releva im[]médiatement deux crânes bien en évidence dont l[es] maxillaires étaient entièrement dénués de dents et prov[e]naient manifestement de vieillards. Mais, fait capital, l'un de ces crânes était en deux parties, la calotte cra[]nienne était détachée de la base par un trait de scie régu[]lier.

Il était d'ailleurs aisé de réajuster les deux fragments parfaitement conservés. Il est bien vraisemblable qu[e] l'un de ces crânes était celui du père de Buffon. Quan[t] à l'autre, on peut considérer comme à peu près certain qu'il est celui de l'illustre naturaliste mort à 81 ans, ca[r] il a été *scié* lors de l'autopsie pour enlever le cerveau qu[i] fut donné à Faujas par le fils de Buffon, à la place d[u] cœur de son père qu'il voulut conserver pour lui.

D'ailleurs cette section du crâne à la scie comme o[n] peut le remarquer sur la photographie, qu'a bien voul[u] me communiquer M. Dargentolle, a été exécutée par un[e] main très sûre, habituée à manier les instruments d[e] chirurgie, par un homme tel que le chirurgien Girar[]deau. Aucun des autres crânes relevés dans le caveau n'[a] subi semblable mutilation ; en province, comme à Pa[]ris, il n'est pas d'usage de scier le crâne après la mort s[i] ce n'est pour enlever le cerveau. Nous savons qu'a[u] XVIIIe siècle on avait l'habitude de faire ouvrir le crân[e] des grands hommes après leur mort et en 1897 lorsqu'on fit des recherches dans les tombeaux de Voltaire et d[e] Rousseau au Panthéon, pour s'assurer que leurs rest[es] mortels y étaient bien contenus, le procès-verbal de cett[e] cérémonie funèbre relate que le crâne de Voltaire auss[i] bien que celui de Rousseau, examinés par Marcellin Ber[]thelot, avaient été sciés pour en extraire leur cerveau. [Il] en fut sans doute de même pour Buffon. Vu ces circons[]tances l'authenticité du crâne de Buffon retrouvé dans s[a] sépulture de Montbard ne me paraît guère contestabl[e] et sur ce point je suis d'accord avec les membres de l[a] Société d'archéologie locale.

On a pris un cliché photographique de ce crâne avan[t] de le replacer dans un cercueil neuf et avant de resceller le caveau funèbre.

C'est l'épreuve de ce cliché que j'ai l'honneur de vou[s] mettre sous les yeux. Nous pouvons voir que la calott[e] cranienne est exactement appliquée sur la base et que [le] trait de scie qui les sépare, très régulier, partant de [la] région frontale, à 2 ou 3 cm. au-dessus des orbites, [va] rejoindre la région occipitale, en passant par les région[s] temporo-pariétales. Il ne reste aucune dent aux maxi[l]laires, ce qui n'a rien de surprenant à 80 ans.

Le *Bulletin* de la Société d'archéologie de Montba[rd] ne mentionne pas que des mesures craniométriques pr[é]cises aient été prises pour l'évaluation de la capaci[té] cranienne. Cependant M. Dargentolle a bien voulu m[e] transmettre un calque tracé sur le pourtour de la circo[n]férence de la calotte cranienne appliquée sur un pl[an] horizontal. Cette circonférence correspondant au tour [de] tête, mesure 54 cm. environ. Le diamètre antéro po[sté]rieur de la calotte est de 19 cm. 1 et le diamètre tra[ns]verse *maximum* est de 14 cm. 8. Notre collègue M. Pap[il]lault m'a fait remarquer très justement que ces mesur[es] devaient être majorées, car le trait de scie en avant, s[ur] le frontal qui est un peu fuyant, est sur un plan postéri[eur] à celui de la glabelle.

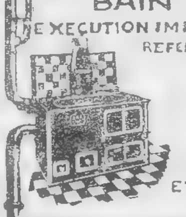
Si l'on calcule l'indice céphalique d'après les dime[n]sions de la calotte cranienne on obtient 77, ce qui d[oit] faire classer Buffon comme dolichocéphale.

Ces documents, bien qu'incomplets, permettent de c[on]clure que le crâne, et par suite le cerveau de Buff[on] n'avaient pas un développement extraordinaire.

Cependant on s'accorde généralement pour attribue[r à] ce grand homme un génie prodigieux par son univer[]

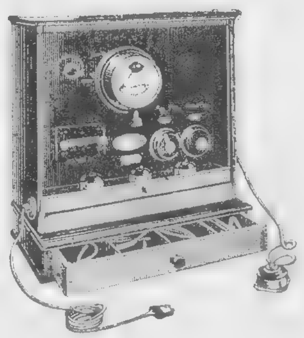
(1) Communication à la Société d'anthropologie le 19 janvier 1928.
(2) Voir aussi *Progrès médical* 1927. Le cerveau de Voltaire.
(3) Voir *Bulletin de la Société d'Archéologie de Montbard*, mai 1927.







La Verrerie Scientifique
12, Avenue du Maine — PARIS (XV)
Tél. Ségur 84-83 / Fleur. 01-63 — Adr. tél. Scientiver - Paris
R. C. Paris 14697 — Ch. Post. 329 60



La Verrerie Scientifique
12, Avenue du Maine — PARIS (XV)
Tél. Ségur 84-83 / Fleur. 01-63
R. C. Paris 14697



lité Condorcet l'a comparé justement à celui d'Aristote. *Majestati naturae par ingénium* ont pensé de lui ses contemporains, suivant l'inscription placée sur le piédestal de la statue qui lui fut érigée de son vivant en 1776. Il avait des aptitudes spéciales pour les mathématiques et, à 26 ans, il était déjà membre de l'Académie des sciences. Ses travaux sur le calcul des probabilités font encore autorité. Il a été l'un des grands maîtres de notre langue et J. J. Rousseau lui-même, lors de son passage à Montbard, a voulu lui rendre hommage en venant s'agenouiller et baiser le seuil du pavillon où il avait écrit les pages immortelles de son *Histoire naturelle*. Celle-ci, outre ses descriptions si attrayantes, contient des vues philosophiques d'une rare élévation, dans lesquelles on démêle déjà la doctrine du transformisme, de la circulation de la matière vivante, etc. L'un des fondateur de la géologie il a écrit ses fameuses *Epoques de la nature* et il a été le précurseur de Cuvier pour l'étude des révolutions de notre planète.

Comme administrateur, il était parvenu à donner une extension considérable aux services scientifiques du Jardin du roi dont il était l'intendant général. Il avait fait construire déjà de vastes bâtiments pour abriter les collections, et il s'était entouré de collaborateurs techniques tels que Daubenton, Lacépède, Lamarck, Portal, etc. Enfin n'avait il pas organisé, aux environs de Montbard, une vaste usine pour la métallurgie du fer où travaillaient plusieurs centaines d'ouvriers ? Il a même fabriqué des canons pour « Sa Majesté ».

Cependant il est bien probable que le cerveau de Buffon, comme son crâne nous l'indique, ne dépassait pas un développement physique moyen. Un jour je m'entretenais avec mon compatriote Marey, l'illustre professeur du Collège de France, des rapports des fonctions psychiques avec le volume du cerveau, et il me tint ce propos : « Mon ami, ce n'est pas seulement une affaire de quantité, il y a aussi la qualité. » : Elle devait être exquise chez Buffon.

Le bore dans le traitement de l'épilepsie

Par le Dr CROUZON, médecin de la Salpêtrière.

La **médication borée**, dans le traitement de l'épilepsie, est connue déjà depuis GOWERS. Les travaux de WELCH, de STEWART, de HILL, de MAIRET, de FÉRÉ, de PASTENA, de ROSSI ont porté sur l'emploi du borate de soude dans le traitement de l'épilepsie. Les résultats ne furent pas très encourageants. C'est ainsi que FÉRÉ, sur 22 malades auxquels il avait donné 1 à 3 grammes de borax, n'obtint que trois fois seulement une amélioration et relata des accidents, (nausées et diarrhée.) Par la suite, DJOUD (*Thèse de Paris* 1890) obtint cependant des résultats intéressants dans 34 cas, excellents chez plusieurs malades. DEVAUX, dans sa thèse inaugurale, a consigné des résultats négatifs dans l'emploi de l'acide borique chez les épileptiques. BRISSOT et BOURILHET (*Jounal de neurologie belge*, février, mars, avril 1914, Société clinique de médecine mentale, 17 février 1913) avaient étudié l'action du borax et de l'acide borique chez les épileptiques.

Cette médication fut à peu près abandonnée pendant de nombreuses années. Le bromure resta alors le médicament de choix de l'épilepsie. Toutefois les inconvénients variés résultant de l'emploi prolongé de la médication bromurée amenaient un certain nombre de malades à ne plus vouloir absorber de bromure. Pierre MARIE, CROUZON et BOUTTIER, voyant les épileptiques de la Salpêtrière renoncer à l'emploi de ce médicament, ont cherché à les faire bénéficier de la médication borée. Ils employèrent tout d'abord le tétraborate de soude. Ce tétraborate a la composition chimique suivante : les borates dérivent de l'acide orthoborique :

$$B\begin{cases}OH\\OH\\OH\end{cases} = BO^3H^3$$

L'acide tétraborique = 4 molécules d'acide orthoborique avec perte de cinq molécules d'eau. Le borax = $B^4O^7Na^2 + 5H^2O$. Le tétraborate de soude contient $10\,H^2O$ et contient en bore, 11,52 %. Mais ce médicament, essayé par les auteurs, provoqua de l'intolérance gastrique, (vomissements et diarrhée), un léger érythème. C'est alors que ces auteurs ont été amenés à essayer le *tartrate borico-potassique*. Ce tartrate boricopotassique, est encore appelé émétique borique, terme impropre puisque ce médicament n'a aucune propriété émétisante. Seule sa formule chimique est assez voisine, au point de vue de la disposition atomique, de celle de l'émétique vrai antimonié (tartrate antimonio-potassique. Ainsi que l'a fait observer LÉGER, c'est un éther-sel dont la nature chimique peut expliquer une action particulière, les réactifs ne permettant d'y déceler ni l'acide tartrique, ni l'acide borique, ni la potasse. Ce médicament est différent de la crème de tartre vulgaire, qui est le tartrate acide de potasse, c'est la crème de tartre soluble de l'ancienne pharmacopée. Il se présente sous l'aspect d'un corps cristallisé en paillettes transparentes, colorées, dont la saveur est acide, très soluble dans l'eau. Sa formule atomique est $CO^2 - CH\,OH^2 - CHO\,(BO\,O) - CO^2\,K$.

Il est de toute nécessité de vérifier la pureté de ce médicament. Dans une communication à l'Académie de médecine, du 9 novembre 1920, Pierre MARIE, CROUZON et BOUTTIER ont signalé qu'il y avait une certaine difficulté à se le procurer pur et que des malades de ville n'avaient pas bénéficié de ce traitement en raison de l'impureté du produit. Sur 15 échantillons prélevés au hasard par ces auteurs, 4 seulement étaient du tartrate borico-potassique chimiquement pur.

Mode d'emploi du tartrate boricopotassique. — La formule employée par Pierre MARIE, CROUZON et BOUTTIER est :

Tartrate borico-potassique chimiquement pur.....	20 grammes
Eau distillée..............	300 grammes

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme de tartrate borico-potassique, et la dose est de 1 à 3 cuillerées à soupe par jour. Elle peut être portée, sans inconvénient, à des chiffres beaucoup plus considérables. On peut encore prescrire : *Tartrate boricopotassique chimiquement pur* 3 grammes pour une dose : faire 15 ou 30 doses. Faire dissoudre une de ces doses dans un verre d'eau. Boire la solution ainsi composée en trois fois dans la journée.

Les résultats obtenus par Pierre MARIE, CROUZON et BOUTTIER et mentionnés dans leurs publications successives (*Académie de médecine*, 1er juin 1920 et *Presse médicale*, 9 octobre 1920) ont été des plus intéressants. Une première série de dix malades qui avaient été observés pendant un mois, sans aucun traitement, avaient des crises convulsives et des vertiges fréquents : 139 crises et 166 vertiges, soit 305 manifestations épileptiques pendant un mois pour l'ensemble. Ces dix malades furent

mis au traitement par le tartrate borico-potassique. Les résultats furent les suivants : pendant le 1er mois de traitement, le nombre des crises tomba à 43 et le nombre des vertiges à 138, soit 181 manifestations. Pendant le 2e mois, 44 crises convulsives et 73 vertiges, soit 117 manifestations, et pour le 3e mois, 33 crises convulsives et 58 vertiges, soit 90 manifestations. La moyenne des manifestations comitiales qui était, avant le traitement, pour chaque malade de 30,5 par mois, tomba, du fait du traitement, à 18 pour le premier mois, 11,5 pour le 2e et 9 pour le 3e, soit une diminution des 2/3.

Une deuxième série de dix malades, moins gravement atteints, qui avaient un total de 70 crises par mois avant le traitement, fut, après le traitement, pendant le 1er mois atteinte de 35 crises, puis les mois suivants de 37, de 34 et enfin de 30. Il est à remarquer que, tout d'abord, ces malades ont eu une transformation de leurs crises en vertiges, d'où, tout d'abord, augmentation des vertiges qui, par la suite, se sont atténués. C'est ainsi que le nombre de vertiges qui était d'abord de 26, est monté à 66, puis à 64, pour tomber ensuite à 12. Les bons effets du traitement se sont maintenus pendant huit mois. Le médicament a été, en général, admirablement toléré. Trois ou quatre fois, on a observé des selles plus fréquentes, quelquefois aussi des vomissements, quelquefois des érythèmes, mais il y a eu absence de toute action dépressive.

Les bons effets de ce médicament ont été observés chez les enfants (mais à une dose moindre) et chez les vieillards, et même dans l'*épilepsie traumatique* ou dans l'épilepsie des *tumeurs cérébrales*. Les auteurs n'ont pas constaté de résultats intéressants dans l'*état de mal* confirmé. Ils ont constaté une action favorable dans l'amélioration *du psychisme* chez ceux qui avaient du déficit intellectuel, mais l'action a été plus lente que l'action sur les troubles moteurs. Enfin ils ont constaté une atténuation des réactions psychomotrices et sudorales.

L'action de ce médicament peut être expliquée, comme nous l'avons dit, peut-être en raison de son architecture atomique assez spéciale, comme l'a montré LÉGER. D'autre part les travaux de Gabriel BERTRAND et AGULHON sur le bore dans la série végétale ont montré le pouvoir catalytique de ce métalloïde.

Les auteurs se sont demandé cependant s'il n'y avait pas eu coïncidence entre l'administration du médicament et l'amélioration constatée. Dans une communication au *Congrès de Strasbourg*, (août 1920.) ils ont montré l'influence de l'interruption du traitement de l'épilepsie par le tartrate borico-potassique sur le nombre des crises convulsives. Ils ont interrompu le traitement dans un but expérimental chez quelques-uns de leurs malades, et chez une d'elles en particulier qui, sous l'influence du traitement, n'avait eu qu'une crise pendant deux mois : après quelques jours de suspension elle eut successivement 18 crises et 24 vertiges ; la reprise du traitement a été suivie d'une amélioration progressive : dès le 2e mois, elle n'a plus eu que deux crises, et qu'une crise dans le 3e mois. Une autre malade qui n'avait eu aucune crise pendant un mois, sous l'influence du traitement: après suspension du traitement, a eu 13 crises en 7 jours. Le traitement a été repris ; elle n'a plus qu'une crise le mois suivant.

Les effets de ce traitement ont été poursuivis pendant plusieurs mois, et, au *Congrès de Luxembourg*, (août 1921), les auteurs ont montré que l'effet produit n'était pas passager. Ils ont pu apporter, après une année complémentaire d'observation, les résultats obtenus chez 20 malades, dont l'observation avait déjà été communiquée au Congrès de Strasbourg. Pendant toute l'année écoulée le total des crises et vertiges par une série de malades avait diminué d'une façon à peu près progressive et était tombé des chiffres de : 157, 116, 161, 122, 107, 147, 81, 96, 188 aux chiffres de : 82. 58, 69, 52, 81. Pour une autre série de malades, le total des crises et vertiges avait été considérablement réduit.

Les beaux résultats obtenus par MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier ont été également rapportés par M. Alfred Besnard (*Thèse de Paris*), 1920). Ils ont été également relatés par MM Gardere, Gignoux et Barbier (*Société médicale de Lyon*, 6 juin 1922). qui ont employé non seulement le tartrate borico-potassique, mais encore le tartrate boro-sodique (boro sodine Lumière).

Comment peut-on régler l'administration de ce médicament chez un épileptique qui se présente devant le praticien : 1° quand le malade n'a encore eu aucun médicament antiépileptique ?

Il semble, à l'heure actuelle, qu'on doive lui assurer tout d'abord le bénéfice du médicament qui est à l'heure actuelle le plus actif comme nous le disons plus bas et qu'on doive tâter sa susceptibilité vis-à-vis du gardénal. Si l'action n'est pas suffisante, on peut renforcer l'action du gardénal quand on arrive aux doses de vingt à trente centigrammes par jour, par l'adjonction du tartrate borico-potassique, à la dose de 3 grammes comme nous le verrons plus loin.

2° Si le malade a été traité par le gardénal ou le bromure et s'il y a intolérance vis-à-vis de ces médicaments ?

Le malade peut être mis au tartrate borico-potassique seul, à la dose de 3 grammes.

Quand il s'agit d'un malade qui est déjà, depuis un certain temps, au traitement bromuré et qu'il présente des signes d'intolérance. On peut alors diminuer progressivement les doses de bromure si ce bromure était efficace au point de vue des crises, et les remplacer progressivement par le tartrate borico-potassique. Si enfin le bromure était mal supporté et donnait peu de résultats il y a avantage à le remplacer d'emblée par le tartrate borico-potassique seul, de façon à éviter l'intolérance éventuelle au gardénal.

3° Enfin, si l'effet du tartrate borico-potassique est nul, il faut se résoudre à revenir au gardénal ou au bromure, malgré les inconvénients d'intolérance que peuvent avoir ces médications.

Combien de temps peut-on laisser un malade au traitement boré ? Ce traitement peut être continué pendant des mois et des années, et, éventuellement, en cas d'effet insuffisant, peut être porté de 3 à 6 grammes sans aucun inconvénient. Cette médication peut être suspendue de temps en temps, à condition de la diminuer progressivement.

Association de la médication borée aux autres médications anti-épileptiques. — Dans le traitement de l'épilepsie qui s'est enrichi dans ces derniers temps, non seulement de la médication borée sous une forme nouvelle, mais encore du luminal ou gardénal qui a donné des résultats remarquables. Il n'a jamais été contesté, par MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier, que le bromure ou luminal fussent plus actifs que le tartrate borico-potassique. M. Roubinovitch, au Congrès de Strasbourg, signalait que, par ordre d'efficacité, il plaçait d'abord le luminal et le bromure, puis le tartrate borico-potassique. Mais le tartrate borico-potassique est un médicament qui n'a pas les inconvénients des deux autres et qui peut aventageusement, comme nous l'avons dit, les remplacer et

peut être associé à eux quand, en raison de leurs doses élevées, il y a intolérance. D'autre part, il y a des cas où le tartrate borico-potassique ne paraît pas avoir d'effet suffisant. On a pu alors envisager l'adjonction du bromure et du gardénal au tartrate borico-potassique. Cette association avait été signalée par MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier et par Carrière (*Revue neurologique*, 1922). Ce dernier auteur pense que l'association du gardénal au tartrate borico-potassique avec les correctifs indiqués est nettement supérieure au tartrate borico-potassique ou au gardénal employé isolément. Cette association a l'avantage de n'utiliser que des doses nettement inférieures à celles auxquelles on a recours lorsqu'on emploie l'une ou l'autre de ces médications. L'intensité des crises diminue d'une façon manifeste et rapide pour disparaître dans près de 80 % des cas. Voivenel (*Congrès de Luxembourg*, août 1921) a déclaré qu'il employait le tétra-borate de soude associé au véronal quand le bromure n'agit pas ou donne très rapidement du bromisme, dans les cas d'épilepsie somatique. Pierre Marie avait, du reste, fait, avant l'emploi du tartrate borico-potassique, un traitement mixte comprenant 3 grammes de borax, 1 ou 2 grammes de bromure de potassium, vingt centigrammes de luminal.

Il ne semble pas avantageux d'associer le bromure et le bore. Il est préférable, quand on veut employer ces médicaments, de les employer par alternance en le faisant suivre même d'une période de gardénal.

L'association des composés borés et de la dialacétine peut être également envisagée. C'est ainsi que Pierre Marie, Crouzon et Bouttier ont employé, en plus des doses de tartrate, 1/2 à 1 comprimé de dialacétine par 24 heures, et chez sept malades, les crises sont tombées de 57 à 12, les vertiges de 43 à 25. Cependant ces auteurs n'ont pas considéré que ces résultats fussent très supérieurs à la médication borée seule.

Ainsi le médecin n'est plus désarmé contre les manifestations de l'épilepsie ; il n'est plus réduit au traitement bromuré ; il a à sa disposition actuellement trois médications dont il peut faire varier les doses, qu'il peut alterner ou qu'il peut associer. Sans méconnaître les bons effets du bromure, déjà connus depuis longtemps, sans méconnaître l'efficacité vraiment très grande du gardénal, il semble qu'on puisse insister sur l'utilité qu'il y a à employer les composés borés dans le traitement de l'épilepsie.

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels.

Un lugubre 14 juillet de médecin consultant.

Un 13 juillet, dans la soirée, arrivait un télégramme signé Dr X. nom qui ne m'était pas inconnu, mais n'éveillait aucun souvenir.

Le signataire me demandait de venir le plus tôt possible voir un malade dans un village de Normandie, auquel on accédait par une ligne d'intérêt local ; je serais attendu à la station. Je partis le 14 de bonne heure, déjeunai à l'embranchement qui quittait la ligne principale et montai vers midi dans un de ces « tortillards », dont les voitures petites et à toits bas sont surchauffées en temps de Canicule. Arrêt toutes les dix minutes (une quinzaine de fois) : à chaque station la *Marseillaise*, chevaux de bois, mâts de cocagne, drapeaux flottants, cris et pétards. A cette époque la France célébrait avec ferveur la Fête Nationale dans les moindres villages. J'étais seul dans mon wagon et il n'y avait pas dix voyageurs dans le train.

Vers 3 h. à la station désignée, je suis abordé par un vieux paysan, qui m'interpelle au nom du Dr X et me fait monter dans un modeste « tape-cul » mal suspendu, mais emporté par un petit cheval très vif.

Au milieu des cahots, mon conducteur me dit : « Le « Dr X, c'est mon fi. Il a été vout' élève dans un temps « et a ben confiance en vous. Il est ben malade, mon « pauv' fi ; mais i compte ben su' vous pou' le r'mettre, « et nou' aussi. I' voulait pas vous fair' v'nir, à peure ed' « vou d'ranger. Mais hier il s'a d'cidé, pac' qu'il était pis « et j'vous on envoyé l' dépêche. Ça vous a t-i ben d'ran« gé ? » — Et après une pause — « C'est i que j'vous de« vrons quéque chose ? »

Tenant avec peine mon équilibre et mon chapeau, je répondis à la dernière question, qui avait été soulignée par un regard de coin et un pincement de lèvres tout particulier, que les médecins avaient l'habitude de soigner leurs confrères gratuitement et que, puisque le malade était un de mes anciens élèves, j'étais même heureux d'avoir répondu à son appel. — « Oh ! j'pensions ben ! » dit-il avec un soupir de soulagement. « Mais enfin un jour ed' Fêt' Nationale, tout d'même ! Je comptais pas trop qu'vous seriez v'nu si vite ». — « Alors, quelle maladie a-t-il, votre fils ? Est-ce qu'il exerce dans le pays ? Depuis combien de jours est-il alité ? Qu'est-ce qu'a dit le confrère qui le soigne ? Sera-t-il là pour que nous nous entendions ? »

Le vieux, fouettant toujours son bidet déjà très lancé, me répondit : « Oh ! c'est d'ja plusieurs mois « qu'il est malade : i paraît qu'il est étisique ! A peine « qu'il avait fini ses examens, il est arrivé ch'nous pou' « s' soigner au bon air. I' n'a pas encor' ed' clients ben « sur. C'est un médecin de M. qu est v'nu l' voir ed' « temps en temps : mais, malgré tous les remèdes qu'il a « pris, il va d' mal en pis. I' paraît qu'i crache s' pou« mons. Alors, ces jours-ci, comme il avait vu vot' nom « dans son journal ed' médecine, ça lui a fait penser à « vous et i m'a dit : « J' crois bien que M'sieur L' Gend' « se rappelle pas d'moi, mais c' t' est un boun' houme, « il viend'ra pt' têt' ben tout d'même : j'va lui écrire. « Moi, comme hier j'ai vu qu'il était si faible qu'il pou« vait pas même t'nir eun' plume, j'mai dit avec la « vieille : faut envoyer eun' dépêche à ce M'sieu de Paris « tout' d'suite. Et v'la ! Nous sommes arrivés. C'est-i « qu'vous allez me l'guéri ! »

Le tape-cul s'arrêta brusquement devant une sorte de petite ferme, entourée de pommiers et d'herbages. Sur le pas de la porte, une vieille femme en sabots guettait et m'accueillit par un : « Enfin vous v'la, M'sieu, qu'êtes l'maît' à not' fi. L'est ben malade, l'pauvre ; mais i va t'être ben content ed' vous voir et vous allez nous l'guérir ? »

Pendant que le vieux dételait, la vieille me fait traverser la cuisine, puis une cour et dans un pré, à l'ombre d'un pommier, j'aperçois sur une chaise longue une pauvre figure de phtisique, décharnée. Elle ne me rappelle que vaguement celle d'un étudiant, qui d'ailleurs n'avait été stagiaire dans mon service que quelques mois, trois ou quatre ans auparavant. Le pauvre garçon put à peine s'asseoir pour m'accueillir. D'affreuses quintes de toux suivies d'expectoration de crachats nummulaires dans cuvette placée sur une chaise lui coupaient à chaque instant la parole. C'était lamentable.

Le vieux était accouru, sa femme et lui me regardaient avec anxiété, pendant que j'écoutais les explications de leur fils et que je l'auscultais. D'énormes cavernes, une infiltration de presque tout le reste du tissu pulmonaire. L'état général était en outre si détérioré que la fin devait être proche.

Le malheureux commença par me dire qu'il ne croyait plus pouvoir guérir et se lamentait de n'avoir pu même exercer la profession qu'il avait choisie : mais

ainsi que la plupart des phtisiques, il ne tarda pas à accepter comme possible et même vraisemblables, les éventualités favorables que je lui fis entrevoir, puis à admettre la possibilité de la guérison et à faire des projets pour son installation dans une clientèle, quand il serait guéri. En une heure ce retournement était complet : le malade, le moribond, me promettait d'exécuter à la lettre mes prescriptions, de me donner souvent de ses nouvelles et me demanda de revenir au besoin le revoir, en attendant le jour où il pourrait venir se faire examiner à Paris. Bien entendu je le lui promis, en lui disant que j'écrirais à son sujet au confrère de M.

Cependant l'après-midi s'avançait : les parents m'entraînèrent dans la cuisine pour me faire prendre un repas. Pendant que le malade était seul sous son pommier, je fus mis à la question par les pauvres gens au sujet du présent et de l'avenir. Je ne crus pas devoir leur dire toute la vérité : c'est très grave actuellement ; mais, si le jeune homme échappe au danger présent, il faudra compter avec une maladie longue, etc. — Ce qui me frappa, c'était le contraste entre leurs deux pensées : la mère ne parlait que de la santé et du meilleur moyen de conserver ce fils unique le plus longtemps possible, même malade ; le père répétait sans cesse que c'était désolant, ayant fait tant de sacrifices et vidé leur bas de laine pour avoir un fils « docteur », de ne pouvoir tirer parti de son diplôme et d'être obligé encore de le faire vivre sans qu'il gagnât rien. — Après une nouvelle conversation avec le malade, je dus partir, mais les deux heures que je venais de passer en compagnie de ces trois malheureux m'avaient déprimé, outre la chaleur terrible que j'avais supportée tout le jour.

Je remontai dans la carriole et le petit cheval repartit à fond de train. Son conducteur semblait ne pas faire attention aux ornières et aux descentes plus rapide, tout occupé à me questionner encore et à se lamenter sur les sacrifices qu'il avait faits pour ce fils. A lui je crus devoir faire entrevoir l'éventualité d'une fin plus prochaine afin qu'il ne négligeât pas de demander la surveillance du confrère de M. et pour ne pas lui laisser croire que j'avais ignoré la situation réelle du malade.

Nous voici à la station ; le train arrive et j'y monte, sans que le vieux ait même esquissé une phrase de remerciement ! — Et je repassai par les mêmes gares, j'entendis de nouveau toutes les dix minutes la *Marseillaise*, le *Chant du départ* ou des airs de danse, ; la nuit était venue et aux divertissements du jour s'étaient ajoutés les bals champêtres, aux sons des crincrins et de la vielle, des cornets à piston ou des orgues de barbarie ; car en ces temps déjà lointains le phonographe et le gramophone n'avaient pas encore envahi les campagnes.

Le contraste entre cette gaieté générale et le déprimant spectacle auquel j'étais venu de si loin assister, dans une petite ferme perdue au milieu des herbages et des pommiers, acheva de m'accabler. Quand je rentrai à minuit passé, retrouvant Paris illuminé, les bals dans les carrefours, la foule bruyante et comme en ivresse générale, je me trouvais si triste que ma famille en fut alarmée.

Epilogue. — Jamais je n'aurais été informé de la mort du pauvre phtisique, si *dix ans plus tard* je n'avais reçu une lettre de son vieux père, qui, après une courte allusion à cette perte, m'écrivait pour m'expliquer des douleurs de « reumatisse » qui le tourmentaient et me demander si je lui conseillais de prendre une spécialité qu'un voisin lui avait vantée !

Paul Le Gendre.

REVUE DE LA PRESSE PARISIENNE

Tuberculose

Le pronostic des péritonites tuberculeuses des enfants diffère suivant les formes cliniques. Il y a, disent MM. Nobécourt et Dragolioub (*Revue de la tuberculose*, décembre 1927) des formes rapidement mortelles et d'autres qui présentent une tendance spontanée à évoluer vers la régression. Ces dernières ont toujours une longue durée : il faut se méfier des guérisons cliniques, qui ne sont pas toujours des guérisons vraies ; certains malades guérissent réellement, réserve faite pour l'avenir, comme il convient, quelle que soit la localisation du processus tuberculeux.

La **courbe de l'expectoration** peut, disent MM. Leuret et Lamothe (*Revue de la tuberculose*, décembre 1927) donner chez les tuberculeux des renseignements précieux.

La courbe d'expectoration décèle le développement et témoigne de la profondeur et de l'extension des lésions tuberculeuses du poumon. Elle donne l'interprétation clinique de certaines fièvres inexpliquées, sert de moyen de contrôle à la radioscopie et apporte, dans tous les cas, un élément au diagnostic et au pronostic de la maladie.

La crise d'expectoration signe l'ouverture d'une ou plusieurs lésions tuberculeuses et révèle la fistulisation d'abcès tuberculeux du parenchyme.

Le piétinement de l'expectoration marque peut être un temps d'arrêt dans le processus évolutif de la fonte parenchymateuse du poumon.

C'est chez les tuberculeux stabilisés que la quantité de l'expectoration est la plus faible et la plus régulière.

La quantité moyenne de l'expectoration journalière du tuberculeux est différente chez les évolutifs et les stabilisés. Elle est généralement basse et régulière chez les stabilisés, sauf chez ceux qui sont porteurs d'une grosse caverne sécrétante et non évolutive. Elle est généralement abondante et variable chez les évolutifs, la poussée d'expectoration correspondant à la formation ou à la fistulisation de nouveaux foyers de fonte casseuse.

La mesure de l'expectoration fait faire le diagnostic, au début des insufflations de la compression plus ou moins complète et efficace du poumon ou de la caverne tuberculeuse, alors que pour révéler l'état du collapsus pulmonaire les signes cliniques et radiologiques sont douteux ou incertains.

Les fluctuations de l'expectoration constituent, au même titre que les fluctuations de la température et du poids, un élément dans le pronostic de la tuberculose traitée par le pneumothorax artificiel.

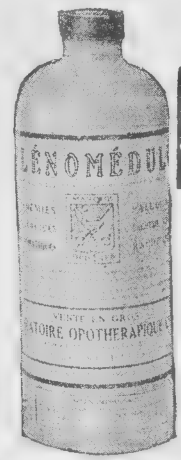
La volumétrie quotidienne de l'expectoration aide à connaître l'augmentation ou la diminution du nombre des cavernes en même temps que leur grandeur et l'abondance de leur contenu.

Insuline

L'insuline dans le traitement du diabète agit plus ou moins bien, plus ou moins vite, mais elle agit toujours, à condition que sa dose soit adaptée à la gravité du cas pathologique étudié. C'est l'opinion de M. Marcel Labbé qui vient de consacrer tout un numéro des *Annales de médecine* (décembre 1927) à l'étude de l'insuline.

En chirurgie, dit M. Bith dans le même numéro, **l'insuline** a transformé le pronostic des opérations chirurgicales chez les diabétiques. Si l'on prend de grandes précautions, si l'on institue un traitement insulinien régulier, les risques opératoires ne sont guère plus graves chez les diabétiques que chez les autres malades.

En **obstétrique**, **l'insuline** est inutile dans les vomisse-



LA MÉDICATION HÉMOPOIÉTIQUE LA PLUS RATIONNELLE

SPLÉNOMÉDULLA

Extrait concentré de Rate et de Moëlle osseuse

PRÉPARÉ A FROID

TRAITEMENT DE CHOIX DE TOUTES LES DYSCRASIES SANGUINES

Anémies, Leucémies, Paludisme, Rachitisme, Troubles de Croissance, Convalescences

ET TOUS ÉTATS DE DÉBILITÉ ORGANIQUE

Doses : Adultes, 2 à 3 cuillerées à soupe par jour. Enfants, 2 à 3 cuillerées à café

LABORATOIRE CHAIX, 10, Rue de l'Orne, PARIS (XVe)

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc...

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50,100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP [illegible] flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

Affections de l' ESTOMAC

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

ARTHRITISME

VALS-SAINT-JEAN

Eau de régime, faiblement minéralisée, légèrement gazeuse.

Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.

Direction Vals-Saint-Jean, 53, Bd Haussmann, PARIS.

COMPRIMÉS DE SANALGINE

LE SPÉCIFIQUE CONTRE LES

MIGRAINES, MAUX DE TÊTE, NÉVRALGIES, FIÈVR

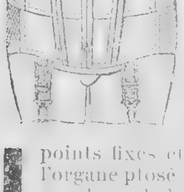
NOMBREUSES ATTESTATIONS DE MÉDECINS ET DENTISTES

EFFET TRÈS PROMPT ET SANS AUCUN INCONVÉNIENT

LE TUBE DE 10 COMPRIMÉS 4 FR. 40 (IMPÔT COMPRIS), DANS TO LES PHARMACIES

EMBALLAGE À PRIX TRÈS RÉDUIT POUR CLINIQUES, HÔPITAUX ET MÉDEC CAMPAGNE — ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE ADRESSE

LABORATOIRE SANAL, St LOUIS (Ht-R



La Ceinture Anti-ptosique **"LUCIOLE"**

exécutée par les Etablissements L. ABRAMIN, cette ceinture d'un type entièrement nouveau, s'adresse tout particulièrement aux personnes affectées de ptoses, gastroptose, entéroptose, rein mobile, etc... Composée de deux parties entièrement distinctes et indépendantes (tissu inextensible d'une part, et extensible d'autre part) la Ceinture anti-ptosique "LUCIOLE" contribue à renforcer considérablement l'action des muscles de l'abdomen (transverses, droits, etc.)

Des pelotes pneumatiques peuvent lui être ajoutées en des points fixes et bien déterminés, de façon à assurer le complet refoulement de l'organe ptosé et à le maintenir en même temps en sa place normale sans que le malade en subisse la moindre gêne ou fatigue.



L. ABRAMIN

9, Rue Cadet, PARIS (9e)

Ouvert de 9 à 18 heures

Médaille d'Argent, Manchester 1857
Grand Prix, Strasbourg 1919
Diplôme d'Honneur, Strasbourg 1923
Hors concours Membre du Jury, Strasbourg 1924
Hors concours Membre du Jury, Grenoble 1925.

LOUVRE : 48-43

ments incoercibles. Elle est plutôt nuisible qu'utile dans les glycosuries gravidiques simples.

Sa seule indication formelle, disent MM. Labbé et Boulin, c'est le diabète des femmes enceintes, où, associée à un régime judicieux, elle permet, dans les formes avec acidose et dénutrition, de mener à bien la grossesse et d'assurer la survie de la mère et de l'enfant.

L'insuline a aussi semblé à M. Moutier être un moyen remarquable de remédier aux états de maigreur. Les échecs enregistrés par cet auteur sont de 23 %. L'insulinothérapie devrait être réservée aux ptosiques, aux dyspeptiques simples, aux débilités occasionnels, aux hyperthyroïdiens, aux maigres acidosiques et, d'autre part, en employant des doses suffisamment fortes pour déterminer d'emblée une modification de l'assimilation.

D'autre part M. Azerad affirme qu'il n'existe aucune observation dans laquelle l'amélioration ou la guérison d'un état pathologique non diabétique puisse être attribuée avec certitude à l'insuline.

SOCIÉTÉ SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 janvier 1928.

Pachy-méningite cervicale tuberculeuse primitive. — *MM. Grenier et Duvic* (de Nantes) rapportent l'observation d'un cas de pachyméningite tuberculeuse cervicale non consécutive à un mal de Pott. Le diagnostic de localisation de la lésion fut établi concurremment par la clinique et l'injection de lipiodol ascendant grace à un manœuvre speciale qui a consisté à mettre le malade d'abord en position dorsale puis ventrale pour franchir les courbures de la colonne vertébrale. L'autopsie montra l'intégrité absolue des vertèbres et l'existence d'un épaississement notable de la partie antérieure de la dure-mère caséifiée avec bacilles de Koch s'étendant de C2 à D3. Les coupes anatomo-pathologiques microscopiques révélèrent une dégénérescence nette des cellules des cornes antérieures de la moelle sans lésions péri-épendymaires. Le syndrome syringomyélique fut uniquement dû, semble-t-il, à la compression médullaire.

Colique de plomb suivie d'azotémie par néphrite saturnine subaiguë. — *MM. Aubertin et Foulon* ont observé chez un saturnin, dont l'intoxication était de date récente, une colique de plomb au décours de laquelle la constatation d'une albuminurie notable avec pâleur, sans œdèmes ni hypertension, fit faire une recherche de l'azotémie, celle-ci était de 7 gr. 50. Malgré le traitement, l'état général s'aggrava, l'azotémie ne baissa que peu, restant au dessus de 5 grammes, puis remonta à 7 gr. 68 en même temps qu'apparaissait l'hypothermie et le coma. A l'autopsie, les reins étaient blancs et augmentés de volume ; histologiquement, ils n'offraient par le tableau de la néphrite saturnine commune, mais celui de la néphrite subaiguë sans prédominance de lésions artérielles.

Ce fait prouve que la néphrite saturine généralement chronique et hypertensive, peut être subaiguë et azotémique et évoluer comme une néphrite mercurielle.

Anémie pernicieuse gravidique traitée par la méthode de Whipple. Restauration rapide du chiffre globulaire normal. Accouchement à terme d'un enfant vivant. — *MM. H.-P. Deschamps et A. Froyez* rapportent l'observation d'une anémie pernicienne gravidique observée au 6e mois de la grossesse, traitée par la méthode de Whipple et où le chiffre globulaire passa en 29 jours de 1.800.000 à 5.047.000. Le taux des hématites se maintint ensuite aux environs de 4.000.000 jusqu'à l'heure actuelle. L'accouchement eut lieu à terme et dans des conditions normales. C'est là un fait exceptionnel, car au cours de l'anémie pernicieuse gravidique, il est habituellement impossible, quel que soit le traitement institué, d'obtenir une ascension du chiffre globulaire avant l'expulsion du fœtus.

M. Aubertin insiste sur l'heureuse influence de la méthode de Whipple en pareil cas : il a montré que les anémies symptomatiques peuvent être guéries par cette méthode.

Notes sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours de l'eczéma des nourrissons. — *M. L. Ribadeau-Dumas, M. et Mme Max Lévy* ont étudié le taux des protéines de quelques nourrissons eczémateux typiques. Ils ont constaté, chez les sujets étudiés, une hypoprotéinemie assez forte pour qu'elle soit, dans quelques cas, de 38 et 50 % au dessous du taux normal. Sans pouvoir généraliser à cause du nombre restreint des observations, les auteurs pensent qu'il existe chez certains eczémateux un trouble du métabolisme azoté ; et, s'appuyant sur ces constatations, ils ont traité les eczémateux par des régimes alimentaires appropriés et cela dans quelques cas avec de bons résultats.

Lymphogranulomatose avec pleurésie séro fibrineuse récidivante. — *MM. P. Pruvost et Didier Hesse* rapportent l'observation d'une malade atteinte de maladie de Hogdkin et chez laquelle une pleuresie sérofibrineuse gauche, fébrile, domina longtemps le tableau clinique. Quatre thoracentèses furent effectuées, la dernière complétée par une pneumo-séreuse, et le liquide montra une très forte réaction lymphocytaire. L'inoculation au cobaye resta négative. L'existence de ganglions cervicaux, l'apparition de prurit et la constatation radioscopique d'une masse polycylique médiastinale firent pratiquer une biopsie d'un ganglion du cou, qui montra l'existence de cellules de Sternberg. Les auteurs insistent sur le fait que la courbe fébrile à grandes oscillations et la pleurésie récidivante à lymphocytes devaient faire penser à la tuberculose, en raison de la fréquence de cette dernière, et qu'il ne semble pas qu'il puisse s'agir d'une pleuresie tuberculeuse survenue comme complication, l'inoculation étant restée négative. D'autre part, les épanchements pleuraux signalés dans la maladie de Hogdkin sont le plus souvent tardifs, et apparaissent alors que le diagnostic est déjà posé.

Deux cas d'abcès du poumon. — *MM. Etienne Bernard, Gilbert Dreyfus et Dubucquois* rapportent deux cas d'abcès du poumon. Dans le 1er cas il s'agit d'un abcès post-opératoire consécutif un abcès de la paroi avec présence de streptocoques dans l'expectoration. La guérison a été spontanée au bout de 2 mois 1/2 environ et après vomique au 35e jour.

Dans le 2e cas, il s'agit d'un abcès survenu 8 jours après une angine. Il s'agissait d'un volumineux abcès streptococcique, qui au 75e jour s'est accompagné d'une vomique avec présence de streptocoques dans l'expectoration. Il existait en outre 4 abcès métastatiques.

La guérison est survenue sans traitement spécial.

Les auteurs insistent sur les données radiologiques et le pronostic relativement terminé des abcès à streptocoques.

M. Sergent discute l'étiologie de ces deux cas d'abcès du poumon et insiste à nouveau sur l'aspect radiologique (image suspendue) parfois trompeur, sur le mode d'évolution et sur le fait de ne pas intervenir trop vite. La vomique étant souvent curative. L'auteur n'est partisan de l'intervention que lorsque, après guérison apparente, il existe des vomiques successives et transformation putride de l'expectoration.

M. Bezançon signale que des abcès du poumon gangréneux et à caractères malins peuvent guérir spontanément.

M. Paisseau insiste sur la relative bénignité des abcès du poumon dans 60 % des cas environ.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1928.

Après lecture des notices nécrologiques par M. *Blondin*, secrétaire général, discours du président sortant, M. Laignel-Lavastine, et allocution du président pour 1928, M. Duclaux.

Auto-sérothérapie dans un cas d'ulcération des bras et des jambes. — *M. Sédillot* présente une migraineuse de 28 ans qui, depuis la disparition des migraines, voit apparaître tous les 8 mois au milieu des bras ou des jambes une phlyctene à laquelle fait suite une perte de substance à l'emporte-pièce extrêmement douloureuse et dont la cicatrisation totale demande deux mois. Seul, un traitement d'auto-sérothérapie, récemment commencé, agit favorablement en accélérant la cicatrisation.

Présentation de pièces par M. *Petit de la Villéon*. — L'auteur présente un diverticule de Meckel et un appendice, tous deux malades, qu'il a enlevés en une même séance sur un sujet qui présentait ainsi, en quelque sorte, une « double appendicite ».

Corrélation entre les organes sexuels mâle et femelle au point de vue anthropologique et pathologique. — M. *Félix Regnault* présente une étude sur les conséquences graves que peut avoir une disproportion entre les organes génitaux mâles et femelles. Les gynécologues voient fréquemment des désastres dus à cette cause, mais ils relèvent surtout les cas pathologiques (l'atrésie vaginale). La dysharmonie peut tenir à une différence dans les tailles des deux conjoints ceux-ci étant normaux. Mais il ne faut pas tenir compte de la taille totale : il faut comparer les bustes, la longueur du vagin étant à l'état normal, en rapport avec la longueur du buste.

Esthétique mammaire. — *M. Maurice Péraire* dans les cas de prolapsus mammaire, enlève dans le sein un triangle cutané dont le sommet aboutit au mamelon et la base au pli sous mammaire. Il lui est alors facile de suspendre la glande mammaire au muscle grand pectoral. Après ablation d'une tumeur du sein il a eu recours à la greffe d'un lipome pris dans la région lombaire d'un malade. Résultat excellent.

A propos de l'hydramnios. — *M. Devraigne* rapporte un cas d'hydramnios avec dystocie par ascite fœtale. Le palper et l'auscultation étaient négatifs. La radiographie seule permit d'affirmer la présence d'un fœtus. Son extraction fut particulièrement laborieuse du fait d'une énorme ascite, mais fut facilitée par la mort de l'enfant.

Traitement de la sénescence et les effets dynamogéniques constatés chez l'homme par l'ingestion de sérum activé de jeunes animaux mâles. — *M. Ch. Levassort* présente les résultats des essais qu'il a faits sur des vieillards avec le sérum de M. Busquet. Ce physiologiste a déjà publié les effets de masculinisation provoqués sur les vieux coqs et les chapons par un sérum spécial de jeune taureau contenant à la fois les hormones circulantes des animaux jeunes et les anticorps des substances inhibitrices, découvertes par A. Carrel, dans les organismes séniles. *M. Ch. Levassort* a constaté que, administré par la bouche 30 minutes avant les repas, à la dose de 20 cmc. par jour, le sérum activé de taureau produit chez certains déprimés et chez des gens âgés des deux sexes des effets d'invigoration se traduisant par une plus grande aptitude au travail physique et intellectuel, par une sensation de bien-être et une orientation du caractère vers l'optimisme.

M. Pron (d'Alger) s'est arrêté, en raison de sa simplicité et de la sensibilité, au réactif *d'Obermeyer et de Popper* pour la recherche des pigments biliaires normaux dans l'urine.

P. Prost.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1928

Le secret médical. — *M. Cazenave* fait ressortir la jurisprudence actuelle concernant l'interprétation de l'article 378 du Code pénal, telle que les arrêts de 1899 et 1900 de la Cour de Cassation l'ont établie. Avec les jurisconsultes Esmein, Garçon, Berthelemy ; il regarde comme inadmissible cette jurisprudence qui frappe le médecin d'entière incapacité à l'occasion de son témoignage en justice. Il réclame d'urgence, dans l'intérêt social, se ralliant complètement aux conclusions de la Commission et de son rapporteur, un texte législatif précisant les conditions dans lesquelles le secret médical doit être respecté.

M. Weiss signale que les Assurances sociales posent de façon aiguë la question du secret professionnel. Les assurés seront pratiquement privés de cette garantie par toute la paperasserie qui traînera de bureau en bureau avec le nom du malade.

Cure de hernie thoracique de l'estomac. — *MM. V. Pauchet et G. Luquet*. Il s'agit d'une guérison de hernie diaphragmatique de l'estomac produite à travers l'orifice œsophagien. La hernie était très grosse et occupait toute la face postérieure du cœur. La radiographie n'était pas absolument démonstrative. On hésitait entre un diverticule de la partie inférieure de l'œsophage et une hernie diaphragmatique. Devant cette hésitation, M. Pauchet pratiqua une incision médiane, épigastrique. La moitié de l'estomac se trouvait dans la cavité pleurale, en passant par l'orifice du diaphragme. L'opérateur ramena l'estomac entièrement dans l'abdomen et pratiqua la suture de la partie supérieure de l'estomac, au voisinage de l'orifice œsophagien.

Donc : réduction de la hernie épigastrique, traction de l'estomac dans l'abdomen et fermeture partielle de l'orifice diaphragmatique de l'œsophage par quelques points au fil de lin.

Les radiographies et les projections montrent la technique suivie, l'aspect de la lésion avant et après l'opération.

La malade, mal venue, cachectique, paraissait âgée de 9 ans alors qu'elle en avait 13. Elle se développa immédiatement après l'opération. Elle qui vomissait continuellement ne vomit plus ; l'alimentation fut absolument normale. Elle se développe actuellement d'une façon admirable et gagne du poids chaque mois. C'est un résultat tout à fait merveilleux, au prix d'une opération très simple.

Hydratation des ions en électrologie. — *M. Zimmern*. Les conceptions actuelles de l'ion électrolytique amenant à considérer celui-ci comme entouré d'un cortège de molécules d'eau, il est naturel de faire intervenir cette notion dans les phénomènes d'électrolyse. L'assouplissement des tissus cicatriciels, la sclérolyse électrique qu'on obtient par l'action de la cathode relève vraisemblablement de l'entraînement de l'eau par les ions sodium. L'ectrosmose ne saurait expliquer le phénomène.

L'hérédité de la maladie de Chagas. — *M. Nattan-Larrier*, après avoir rappelé que la maladie de Chagas s'observe souvent chez des enfants nés de mères infectées par *Trypanosoma Cruzi*, résume ses recherches expérimentales sur la transmission héréditaire de la maladie. L'infection du fœtus est due à l'hérédo-contagion transplacentaire. Les trypanosomes se multiplient avec la plus grande activité dans le plasmode qui limite les espaces sanguins maternels ; ils y forment de volumineux nodules et franchissent la paroi des vaisseaux fœtaux après l'avoir altérée : ils peuvent ainsi parvenir en grand nombre dans le sang du fœtus.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le Dial diurne.

Si l'on considère le mot *hypnotique* dans son sens strictement littéral, on peut admettre que tout médicament de cette classe est destiné à donner le sommeil. Et, en fait, pour beaucoup de médecins, un hynoptique n'a pas d'autre indication.

Cette exclusivité n'est cependant pas absolue et l'action sédative des hypnotiques peut être utilisée pour d'autres fins que le sommeil immédiat. C'est ainsi que, pour le dial, certaines de ses posibilités thérapeutiques dépassent maintes fois son cadre habituel de somnifère.

Sans revenir ici sur les propriétés calmantes du dial sur le système nerveux, qui le font utiliser, le soir, pour calmer l'éréthisme d'une journée plus ou moins agitée, et assurer une nuit de repos et de sommeil réparateur aux sujets émotifs et vibrants mis en « transe » par leurs occupations professionnelles ou mondaines du jour ou de la soirée, nous voudrions mentionner son efficacité trop peu connue comme *calmant diurne*.

Ce résultat est obtenu par l'administration le matin, au petit déjeuner, d'un demi-comprimé de dial. Cette dose minime est suffisante pour donner à des sujets qui allaient être repris par le rythme trop accéléré d'une journée nouvelle, le calme, l'équilibre, la sérénité, qui la leur feront entreprendre avec pondération, sans agitation vaine, pour le plus grand profit de leur organisme.

Ce mode d'administration du dial nous a été indiqué par notre distingué confrère, le docteur M. Rosanoff (de Nice), qui l'utilise souvent ainsi sur les anxieux et émotifs appartenant au milieu de l'aristocratie russe d'avant guerre dont l'ancienne splendeur n'est plus qu'un souvenir. Si l'âme slave y trouve son compte, nous avons pu nous assurer que celle de beaucoup de nos affairés, de nos mondains et de nos mondaines y réagissait non moins favorablement.

Dr Savigny.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

Visitez la Corse en Autocar P.L.M.

A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Nice, l'île de Corse, pays des extrêmes et des contrastes, possède dans un espace restreint tous les climats, tous les aspects, tous les décors.

S'il est relativement facile de se rendre en Corse, il est aussi facile d'y excursionner.

Les Services d'hiver des autocars P.L.M. qui fonctionnent du 1er Janvier au 16 mars, permettent de parcourir les sites les plus réputés de l'île : les Calanches de Piana, chaos de rochers dressant leurs silhouettes fantasmagoriques à plus de 400 m. au-dessus du golfe de Porto ; le défilé de la Scala di santa Regina avec ses parois de granit qui s'étendent sur près de huit kilomètres et projettent leurs découpures étonnantes au-dessus du Golo ; les aiguilles de Bavella, la falaise de Bonifacio qui s'avance au-dessus des flots comme une proue de navire, enfin le cap Corse et ses «Marines» d'une impressionnante beauté.

Les principales gares P.L.M. délivrent des billets directs avec enregistrement direct des bagages pour les ports d'Ajaccio, Bastia, Calvi et Ile Rousse, les gares de Corte : Ghisonaccia et Vizzavona.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT ET SOUTHERN RAILWAY

Pour se rendre en Angleterre avec le maximum de confort avec le minimum de dépense, prendre la ligne Paris-Saint-Lazare à Londres, par Dieppe Newhaven.

Services rapides de jour et de nuit. Tous les jours (dimanches et fêtes compris) et toute l'année.

Trains luxueux, Wagons-Restaurants, Voitures Pullmann Puissants Paquebots à turbines munis de postes de T.S.F.

Entre Paris et Londres, l'itinéraire rapide le plus économique est celui qui emprunte la voie de Dieppe-Newhaven. Il est réputé comme etant celui qui offre le maximum de confort.

D'autre part, les contrées qu'il traverse sont classées parmi les plus variées et les plus pittoresques de France et d'Angleterre.

Voitures directes entre Paris-P.L.M. et Dieppe, et vice versa pour les relations avec la Suisse, l'Italie, la Riviera et les Alpes Françaises.

NOUVELLES (*Suite*)

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures les censeurs, tirés au sort parmi les ophtalmologistes des hôpitaux, doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat à 30 minutes pour examiner son malade et une heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme, il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et à l'épreuve de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places ; il pourra être ramené à deux ou à quatre, si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou à dix, suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux épreuves acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classés *ex æquo*, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

Epreuves de nomination. — Sont appelés à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs ;

2° Les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury chargé de juger les épreuves de nomination se compose de sept membres : cinq ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien pris parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens chefs de service, honoraires et en exercice et parmi les ophtalmologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit ans à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Ce jury est constitué par un nouveau tirage au sort. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve de médecine opératoire consistant en une opération sur un animal anesthésié ou sur un cadavre :

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection oculaire. Il est accordé au candidat 45 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et 15 minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite anonyme : 30 points ; pour l'épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve de médecine opératoire : 20 points ; pour l'épreuve clinique : 20 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent règlement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif.

(*A suivre.*)

Nécrologie. — Dr Pierre DEFOSSEZ, de Tourcoing.

BIBLIOGRAPHIE

S. ABBATUCCI. — Médecin principal des Troupes Coloniales. Paris L. Fournier.

Sous ce titre notre confrère relate ses souvenirs d'Afrique, d'Indo-Chine, de Chine, du Maroc, de Syrie. Lettre-préface du Maréchal Lyautey.

Professeur Paul CHAVIGNY, médecin-inspecteur. — Initiation générale aux études médicales. Leur technique. Strasbourg. Editions universitaires, la Place de l'Université.

Je conseille de lire l'ouvrage de Chavigny, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg Méthodique, écrit avec le plus solide bon sens, il est cependant parfaitement révolutionnaire : c'est une œuvre de combat ou pour mieux dire de salut. Aussi a-t-il déjà soulevé des orages.

Confrères et vous encore plus, étudiants, lisez CHAVIGNY. Si vous êtes sans parti-pris, vous reconnaîtrez qu'il a raison, que ce qu'il dit est *la vérité*. Pénétrez-vous de ses conseils, vous vous en trouverez bien : l'intelligence et la méthode détruiront en vous les absurdités machinales qu'on y a laissé s'épanouir ou... qu'on y a développées.

Professeur A. MIGNON, médecins-inspecteur général. — Le Service de santé pendant la guerre 1914-1918, Paris, 1927. Masson et Cie.

Je comptais, lorsque j'appris la publication de l'ouvrage du professeur MIGNON, en faire l'analyse critique. J'ai dû y renoncer pour plusieurs raisons dont l'une est péremptoire. Pour analyser ces quatre volumes il faudrait en écrire un cinquième et la rédaction de ce cinquième volume exigerait une somme de travail qu'il m'est impossible de lui consacrer.

Ce n'est pas un ouvrage, c'est une *œuvre, un monument*.

Le professeur MIGNON a fait la guerre en qualité de chef suprême du Service de Santé d'une armée (1). Il expose ce qu'il a vu, tenté, réalisé, regretté ; il apprécie ce qu'ont fait ceux qui — supérieurs, égaux, subordonnés — sont entrés dans son champ d'action ou d'observation.

Voilà l'ossature dont les parties sont exposées chronologiquement, je veux dire selon l'ordre des évènements qui se sont déroulés. Mais, chaque partie enferme les études les *plus documentées* et les *plus détaillées* sur les questions d'ordre technique et sur les problèmes d'organisation qui se sont présentés. Des chapitres sont consacrés à l'évolution des procédés chirurgicaux, à l'intronisation de la vaccination contre la fièvre typhoïde, aux épidémies, aux questions d'organisation du Service de Santé C'est une vue panoramique fouillée et complète du Service de Santé au cours de la guerre, vue que précisent, le cas échéant, des relevés statistiques, ou l'examen de cas concrets (installation et fonctionnement d'une formation par exemple). C'est aussi, avec leur histoire, une mise au point des doctrines, procédés et pratiques tels que, en suite à la guerre, ils sont présentement.

Je ne crois pouvoir mieux faire que de donner à grands traits le résumé des matières traitées dans l'ouvrage.

TOME I. Année 1914-1915. — Préparation d'un médecin militaire à son rôle en temps de guerre. — *A. La concentration* ; organisation de la Direction des étapes et de la Direction du Service de Santé, Hôpitaux, ambulances, moyens de transport ; réserves, etc,.. instructions techniques. — *B. Faits de guerre.* : la III[e] Armée en 1914, études du point de vue du Service de Santé des batailles et opérations ; le commandement du Général SARAIL. — *C. Stabilisation des armées*, la guerre de tranchées ; les mesures d'hygiène ; le personnel chirurgical : les chirurgiens consultants ; services bactériologiques ; les spécialités (psychiatrie, anatomo-pathologie, radiologie, électro-vibreur, etc...). Ambulance automobile chirurgicale. Personnel assistant : infirmiers et infirmières. Service de l'avant. Service des étapes. Convoi fluvial. — *D.* Pathologie des blessures de guerre. Thérapeutique de 1915. Méthode CARREL : plaies, chirurgie des nerfs, fractures, chirurgie cranio cérébrale, abdomen, yeux, oreilles, etc., gangrène gazeuse, tétanos. — *E.* Epidémiologie des maladies contagieuses : étude détaillée de la vaccination antityphoïdique. Maladies vénériennes ; troubles mentaux, blessures et maladies provoquées. — *F.* Hospitalisation des malades ; centres hospitaliers, etc...

TOME II. — *Le Service de Santé à Verdun.*

L'auteur explique comment étant médecin-chef de la III[e] Armée, il est devenu médecin-chef de l'Armée de Verdun. — *A.* Etude chronologique détaillée du Service de Santé à Verdun de février à juin 1916. Trente-neuf chapitres relatent cette histoire bouleversée, exposant minutieusement toutes les organisations et toutes les modifications survenues du fait des évènements de guerre. Les chapitres 34 à 39 sont particulièrement consacrés à l'état sanitaire

(1) *L'appellation ridicule dont est affublé réglementairement ce confrère est la suivante : Médecin-inspecteur, chef supérieur du Service de Santé de l'Armée.*

des troupes, aux atteintes par les gaz toxiques, à la pratique de la chirurgie.

B. — Les derniers mois de l'offensive allemande sur Verdun — l'offensive française du 24 octobre, l'offensive du 15 décembre ; la bataille du 20 août 1917. — Le volume se termine par un chapitre : *Ce que Verdun a coûté à la France* (21 février 1916, 27 août 1917) suivi de : Verdun en 1918.

Je ne pense pas que quiconque prétendra traiter de Verdun, puisse se passer de la documentation du professeur MIGNON.

TOME III. — *Le Service de Santé dans les grandes offensives* (juillet 1919, novembre 1918). — Etude détaillée des trois phases : offensives françaises pour rompre le front allemand (juillet 1916-avril 1917). — offensive allemande du 21 mars 1918 ; — offensive alliée du 18 juillet 1918.

En juin 1918 modification dans la pratique de l'évacuation : « le Service de santé cesse de s'imposer la loi d'opérer tous les blessés à l'arrière du champ de bataille et ne retient à proximité des lignes que les plus gravement atteints des évacués. Tous les autres blessés sont opérés à 50, 100 voire 200 kilom. plus loin ».

J'ouvre ici une parenthèse. En avril 1918, j'ai subi une expérience désastreuse du procédé. Nous pensâmes à l'avant que notre Médecin-chef d'armée — professeur vraisemblablement éminent — que je n'ai jamais vu — n'avait jamais vécu une heure de la bataille, ignorait ce qu'est un P. S. de bataillon, une filière d'évacuation, ne savait pas que les blessés arrivaient au point d'embarquement en autos après des heures de cahotements et de refroidissement. Six, sept, huit heures d'auto et davantage *en achevèrent beaucoup*. Pendant ce temps notre homme éminent nous envoyait l'ordre solennel d'attacher à la boutonnière des blessés graves un fil blanc, à celle des blessés légers, un fil noir ! !

L'atmosphère de l'avant est, de temps à autre, aussi nécessaire au Médecin-chef de l'Armée que le souffle du large au marin. Durant toute la guerre, je n'ai rencontré dans les lignes que deux Médecins-Inspecteurs dont un était le Professeur TOUBERT.

Ces deux médecins-inspecteurs y allaient fréquemment ; je veux croire qu'ils ne furent pas des exceptions. Mais je suis convaincu que c'est à ces explorations dans les lignes qu'ils durent de ne pas nous adresser de ces ordres absurdes, grotesques, intempestifs ou néfastes dont certains faisaient monter aux lèvres des épithètes d'une extrême violence d'autant plus pénibles qu'elles paraissaient être parfaitement justifiées.

Le médecin chef d'armée *doit* en prendre son parti. ***Il ne doit pas*** recevoir le blessé comme un colis expédié de régions inconnues par des mains mystérieuses. Il ne conquerra l'autorité sur l'avant (*et c'est capital pour le blessé*) que s'il explore l'avant, que s'il voit à l'œuvre ces « charretiers » trop souvent dédaignés par lui, méprisés par ses adjoints, que sont médecins de bataillon, de régiment et brancardiers. Bien plus c'est par la connaissance réelle de l'avant qu'il prendra *à l'arrière* autorité morale, ascendant, car il pourra y parler d'autant plus ferme et haut, que sa documentation l'emportera sur celle de nombre de ses interlocuteurs, que son courage aura été éprouvé et que le contact avec la saine mentalité d'*avant* l'aura dégagé des mesquineries qu'impliquent fréquemment ses fonctions bureaucratico-stratégiques, ses inspections dans des formations d'arrière dont beaucoup ont vu s'épanouir le plus admirable dévouement médical mais où certaines autres n'étaient que des coins pourris peuplés d'embusqués, de profiteurs, d'intrigants et d'intrigantes. Sans la confiance il n'est pas de bon service. Comment l'*avant* pourrait-il donner sa confiance à un Monsieur, Médecin chef d'Armée ou Directeur du Service de santé de Corps d'Armée, qu'il ne voit jamais et qui ne lui manifeste son existence que par l'envoi d'ordres rédigés en style comminatoire et dont beaucoup exigent l'impossible ou ne cadrent pas avec les réalités ?

Je compte revenir sur le point, particulièrement à propos de la suppression, méprisante pour le Corps médical, du groupe de brancardiers — du groupe divisionnaire de brancardiers — la troupe qui, exposée au feu comme les autres formations sanitaires, est la seule troupe sanitaire qui *soit allée au feu*, la seule troupe qui, incarnation magnifique du sacrifice médical de la pratique quotidienne, ait eu l'honneur incomparable d'*aller au feu sans combattre*.

En supprimant l'organe ou plutôt en croyant le supprimer (car, inéluctablement, les nécessités, les réalités de la guerre, le réssusciteront), du moins, en souvenir de tant de braves gens tués et blessés, de l'héroïsme témoigné par tant de médecins ou étudiants civils ou militaires, aurait on dû, par esprit de justice, par reconnaissance, par raison de convenance, conserver une appellation à laquelle est attachée une ausssi pure tradition médicale que celle du G. B. D. Techniquement (je connais bien le service de l'avant) — et extra techniquement — je ne vois rien à son encontre — rien que le fait d'avoir eu l'honneur de défiler sous l'Arc de Triomphe.

Je reviens à l'analyse de l'ouvrage du professeur MIGNON :

Introduction — Instructions techniques.

A) Offensives isolées de 1916 et 1917 — Aisne — Flandres — **Malmaison**, études détaillées du fonctionnement du Service de santé.

B) L'Oise, la Somme (mars-avril 1918) bataille du Matz (9-11 juin) de Champagne 15-31 juillet 1918.

C) Rôle des Ire, IIIe, X^e^, VIe, V^e^, IVe Armées.

D) Les arrières du Service de santé pendant les batailles offensives et défensives de 1918 (D. E. et H. O. E. secondaires).

Tome IV. — *L'évolution du Service de santé pendant la guerre* 1914 1918:

A. — 7e Direction. — Sous Secrétariat d'Etat. — Aide-Major au G. Q. G. histoire, évolution.

B. — Concours scientifiques apportés au Service de santé. — Commission supérieure consultative. — Missions aux Armées. — Commission permanente de prophylaxie. — Académie de médecine. — Société de chirurgie de Paris. — Institut Pasteur.

C. — Croix Rouge française et étrangère.

D. — Evolution. — à.-s. personnel. — Amélioration dans la composition du matériel technique et du matériel abri.

E. — Service de santé régimentaire. — Moyens. — Postes de secours. — Service divisionnaire. — Sections automobiles sanitaires. — Postes chirurgicaux avancés. — Service de C. A. — Groupement avancé d'ambulances. — Armée Hôpitaux d'évacuation. — Centres hospitaliers annexés aux H. O. E.

Triage. — Plans d'évacuation. — Moyens de transport. — Influence des progrès thérapeutiques sur l'aménagement des locaux opératoires, — évolution des doctrines.

F. — Onze chapitres consacrés aux progrès de la thérapeutique chirurgicale. C'est un véritable traité de chirurgie de guerre exposant l'évolution des doctrines et une mise au point d'après les derniers enseignements de la guerre (association de la bactériologie et de la chirurgie. — Suture primitive, primo-retardée et secondaire. — Suture des nerfs. — Fermeture des fractures diaphysaires ; appareillage ; plaies articulaires. — Amputations. — Anémie post-hémorragique et transfusion. — Shock. — Sérothérapie antigangréneuse et antitétanique. — Dernières améliorations du traitement des blessures viscérales. Traitement à l'avant des plaies oculaires, etc.)

G. — Statistique médico-chirurgicale sur les blessures de guerre.

H. — La radiologie.

I. — Morbidité et mortalité par maladies épidémiques (Armées Nord et Nord Est) — Transformation de l'hygiène de fortune en service général organisé. — Le service des gaz de combat.

J. — Ce que la guerre a coûté en dépenses de forces militaires, en vies humaines, en invalidités à la France et aux nations belligérantes. — Conclusions.

L'ouvrage du Professeur Mignon est d'importance capitale du point de vue *technique* (chirurgie, médecine, hygiène, prophylaxie, bactériologie, spécialités etc.) du point de vue *militaire*, du point de vue *historique* et même du point de vue *psychologique*.

Les souvenirs personnels avoisinent parfois l'anecdote et l'auteur s'exprime sur tout et sur tous avec une indépendance, parfois avec une sévérité qui vraisemblablement. soulèveront bien des controverses.

Dans l'ensemble, cette œuvre considérable constitue à la fois un livre *vécu* et une mine de *documents* dont nul, prétendant traiter sérieusement de la guerre de 1914-1918, ne pourra se passer.

La lecture du « *Service de santé pendant la guerre* 1914-1918 » est en outre une source de reflexions tant sur la guerre de tranchées, laquelle, pour évitable qu'elle soit en général, n'en subsistera pas moins, plus ou moins étendue, aussi longtemps que des guerres seront, que sur la guerre de mouvements que menacent d'être les guerres à venir.

G. E. de M.

(Reproduction autorisée.)

Voyage d'une Parisienne à Lhassa à pied et en mendiant de la Chine à l'Inde à travers le Thibet, par Mme Alexandra David-Neel. (Un volume in-8° écu avec 16 gravures hors texte et une carte. Prix : 15 francs. — Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris, 6e.

La grande presse a déjà cité quelques traits de cette randonnée sans précédent. Le livre où elle la détaille avec une bonne humeur captivante est un vrai roman d'action avec cette circonstance émouvante que l'héroïne en est une simple femme, lettrée il est vra orientaliste consommée, surtout animée d'un vouloir et d'une endurance extraordinaires. Partie du Yunnan, elle traverse le massif du Kha-Karpo, passe la frontière thibétaine à 5.412 mètres d'altitude, campe dans les forêts et les cavernes, reçoit successivement la visite des fauves et des bandits de grands chemins, feint de gagner son pain en mendiant, tandis que son compagnon fait les gestes d'un sorcier émérite. Elle sollicite la rude hospitalité des villageois, s'alimente de farine d'orge, de thé, de beurre et de sel, accepte les plus pénibles promiscuités, goûte aux cuisines les plus étranges en imposant silence à ses délicatesses d'Européenne, traverse les fleuves suspendue à un câble, se mêle à des troupes de pélerins. De multiples incidents dramatiques ou grotesques agrémentent son itinéraire hasardeux : cols glacés où elle manque de périr de froid et de faim, curiosité des paysans, dangereuse pour son incognito, vision de paysages grandioses qui « agenouillent les croyants comme devant le voile qui cache la Face Suprême ». Enfin, elle entre à Lhassa, la cité défendue, la Rome lamaïste et y séjourne deux mois, occasion pour elle de nous décrire minutieusement les fêtes du nouvel an, l'antique cérémonie du bouc émissaire, quelque chose comme notre carnaval.

Formulaire des Médicaments nouveaux, pour 1928, par le Dr R. Weitz 33e édition, 1 vol. in-18 de 376 pages : 20 fr. (Librairie J.-B. Baillière 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Un nombre assez élevé de nouveaux produits ont été ajoutés dans ce Formulaire. Ce sont d'abord, parmi les stimulants : le camphre synthétique, l'hexétone, le pentaméthylène-tétrazol (cardiazol), le tétra-hydroatophan ; parmi les analgésiques ou hypnotiques : la chlorhydrate d'hydroxycodéinone (eukodal), l'hydrocodéinone (dikodid), la crésopirine, le salicylate d'éthoxyméthyle, l'acétyladaline, la monobromo-isovalérylurée (isobromyl), et, dans le groupe des barbituriques, la dibromo malonylurée (dibromine) et l'acide cyclohexényl-éthylbarbiturique (phanodorm) ; parmi les composés arsenicaux : la préparation Albert 102 et les comprimés de narsénol; parmi les antimoniaux : le stibosan.

Parmi les antiseptiques et les médicaments externes, sont décrits : le bleu de méthylène argentique (argochrome), l'argentothioglycérine-sulfonate de sodium (cryptargol), un dérivé de l'oxyquinoleine : le yatrène, l'acétylrésorcine, l'acide urique, la dichloramine, l'halazone, le chlocosane ainsi qu'un nouvel insecticide : le paradichlorobenzène.

Une drogue végétale, l'uzara, mérite de retenir l'attention.

Enfin les produits d'origine biologique sont représentés par l'antigène méthylique, l'anatoxine tétanique, le sérum antidiphtérique purifié. divers vaccins adaptés à la voie buccale (édo-vaccins), le vaccin antichancrelleux et l'androstine.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre du Commerce : 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 5 LE NUMÉRO: 50 Centimes 4 FÉVRIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230 790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger { 1re zone.......... 70 fr.
Étranger { 2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Agrégation. — COMPOSITION ÉCRITE. — Séance du 19 janvier. — *Chimie médicale.* — « Conception moderne de l'atonie et de la molécule. »

Médecine. — « Les polyuries ».

Obstétrique. — « Les phlebites utéro pelviennes du post-partum».

Séance du 20 janvier. — *Chimie médicale.* — » L'état colloïdal. » — Candidat : M. Machebœuf.

Médecine. — « Ulcère du duodénum ». — Candidats : MM. Baruk, Barbier, Gutmann, Fichou, Weismann.

Obstétrique. — « La môle hydatiforme ». — Candidats : MM. Seguy, Sureau.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 2 février. — M. M. OVIDE. Essais de traitement par les rayons ultra-violets des algies. — M. BRUDER. Les injections de sang dans la thérapeutique de la première enfance.

Thèses vétérinaires : M. PIERROT. Les ostéomes chez le cheval.

3 février. — M. VALDIVIA. La défense des titres médicaux, BATTESTI. Etude et traitement des panaris. — Mlle LE GRAND. Etude sur le col f moral dans la luxation de la hanche.

4 février. — MENÉGAUX. Etude sur le cancer de la langue. — M. CHEVALLIER. Topographie des hématomes consécutifs aux hémorragies. — M. GRANDRIE. Arthrites aiguës suppurées de la hanche chez les nourrissons. — M. MARCHAND GÉRARD. Luxation de l'épaule compliquée de fracture de l'humérus.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Léon Hufnagel, Mme Noël, M. le docteur Pierre Reinburg.

(Au titre étranger). *Au grade d'officier.* — M. le docteur de Mello Viana (portugais).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Basile Sirotinine (russe), Mlle Edna Harde (américaine), M. le docteur Lehnoff-Wyld, inventeur du sulfarsénol.

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. le professeur agrégé Escande (de Toulouse), le docteur de Felice (à La Rochelle).

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bordières (l'Oran).

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Dorland (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Frederic Augé, Enard, Frenkel, Gadreau.

Lyon. — Le dernier concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur Desjacques, aide d'anatomie,

Société française d'hygiène. — Cette société, fondée en 1876 par le Dr PROSPER DE PIETRA SANTA, vient de tenir sa séance annuelle.

Ont été élus ou reelus : President : Drs FOVEAU DE COURMELLES ; Vice-présidents : Dr DEGOIX, Dr-vét. ROELAND, MM. COUDAL, BEZAULT : Secretaire général honoraire : M. Alph. JOLTRAIN ; Secrétaire général : Dr GHISLAIN HOUZEL ; Trésorier : M. LANDAU.

Une épidémie de typhus en Westphalie. — Une épidémie de typhus a éclaté à Hagen, en Westphalie.

On signale déjà quarante-trois cas, dont cinq mortels.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — ARTICLE 230. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent règlement ne pourra pas prendre part au concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux pendant plus de dix ans à partir du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux se compose de cinq membres tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes chefs de service, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'Administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury, une demande régulière de congé de maladie, tout oto-rhino-laryngologiste chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination à ouvrir à la suite du concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilité suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité les dispositions de l'article 196 du règlement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

1° Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales, pour la redaction de laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux internes des hôpitaux spécialisés désignés par l'Administration. Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies de la même épreuve sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture,

En aucun cas les membres du jury ne prennent en main les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séances, les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

2° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection spéciale.

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance d'épreuve de consultation écrite anonyme le jury, après avoir choisi les malades est isolé des candidats.

Deux censeurs choisis parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la seance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

A moins de raisons majeures, les censeurs, tirés au sort parmi les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a 20 minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique

anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses nom et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance Publique remet les copies dans la salle du jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera reservé obligatoirement trois candidats au minimum.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité — A l'issue des épreuves d'admissibilité le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribué à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et à l'épreuve de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places ; il pourra être ramené à deux ou quatre si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou dix suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex-æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ces deux épreuves acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classés *ex-æquo*, il sera fait application, en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne se soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissible définitif et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

ARTICLE 231. — *Epreuves de nomination.* — Sont admis à prendre part aux épreuves de nomination :

1° Les admissibles définitifs ;

2° Les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury chargé de juger les épreuves de nomination se compose de sept membres : cinq oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien, pris parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens chefs de service, honoraires et en excercice et parmi les oto-rhino-laryngologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux exerçant leurs fonctions depuis huit ans à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Ce jury est constitué par un nouveau tirage au sort. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale, consistant en une opération sur le cadavre.

2° Une épreuve orale théorique portant sur un sujet de pathologie médicale ou chirurgicale d'ordre général ; il est accordé au candidat vingt minutes pour faire sa leçon, après vingt minutes de réflexion.

3° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection spéciale. Il est accordé au candidat 45 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon et quinze minutes pour l'exposé oral devant le jury.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite anonyme : 30 points ; pour l'épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve opératoire : 20 points ; pour l'épreuve orale théorique : 20 points ; pour l'épreuve clinique : 20 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent réglement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif. (*A suivre*).

Clinique médicale propédeutique de la Charité. — Le premier cours annuel de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire sera donné du 23 au 28 avril 1928 : des affiches ultérieures en donneront le programme complet.

Syndicats des médecins de la Seine. — Le Conseil d'administration du S. M. S. dans sa séance de janvier a renouvelé son bureau, qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1928 :

Président, M. HARTENBERG ; Vice-président, MM. L. BOYER et HARTMANN ; Secrétaire général, M. BARLERIN ; Secrétaire adjoint, M. JOLLY ; Trésorier, M. A. LÉVI ; Directeur de l'office de répression de l'exercice illégal, M. COLDEFY.

Hospice national des Quinze Vingts. — Par arrêtés ministériels en date du 10 janvier 1928 ont été nommés, avec effet du 19 décembre 1927 :

1° Chef de clinique ophtalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts, M. le Dr NECTOUX (René) ;

2° Aide clinique titulaire au même établissement, M. le Dr JOURDY (Pierre).

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — L'ouverture de la session ordinaire du Conseil supérieur de l'Instruction publique a eu lieu mercredi 1er février. Une trentaine de projets sont à l'ordre du jour, dont un projet portant modification aux épreuves du doctorat en medecine.

Nécrologie. — Dr Guersaint, maire d'Aulnoy. — Pr Henneguy, du Collège de France.

TRAVAUX ORIGINAUX

Lithiase salivaire

Par Ch. RUPPE

Ancien interne et stomatologiste des hôpitaux.

Bien que la lithiase salivaire soit relativement peu fréquente, elle mérite d'être connue du praticien pour éviter des erreurs de diagnostic préjudiciables aux malades.

En effet, le patient ne s'inquiète pas toujours de crises de *coliques salivaires*, crises douloureuses mais fugitives. Il attache parfois plus d'importance *au gonflement de sa sous-maxillaire*. Il vient alors nous montrer ce qu'il appelle une glande, et si notre pensée n'était pas attirée sur l'existence possible d'une lithiase, nous confirmerions un tel diagnostic *d'adénite* ; nous recherchérions en vain dans le territoire cutané et muqueux la raison de l'infection de ce prétendu ganglion ; à moins que nous ne pensions à une forme monoganglionnaire de tuberculose, voire à l'existence d'un hypothétique cancer.

Mais dans la plupart des histoires cliniques que nous avons recueillies, le malade ne vient nous consulter qu'à la période ultime de sa lithiase, pour des accidents infectieux : pour *un abcès du plancher de la bouche ou une sous-maxillite* ; et ici encore, si nous ne songeons pas à la lithiase, le diagnostic serait celui de complication infectieuse d'origine dentaire, parfois d'abcès de la langue et s'il y avait concomitance de sous-maxillite : d'adénophlegmon sous-maxillaire.

Dans ce bref exposé, qui nous montre l'intérêt clinique de la question, il n'est fait mention que d'accidents se déroulant dans la région sous-maxillaire et dans le plancher de la bouche, et cependant, nous avons parlé de lithiase salivaire, pourquoi ce silence concernant la région parotidienne ?

C'est que la lithiase salivaire est pour ainsi dire la propriété exclusive de la glande sous-maxillaire et de son canal, comme les fistules et les infections glandulaires sont le propre de la parotide et du canal de Sténon.

La statistique de Roberg portant sur 86 cas, indique que la sous-maxillaire et son canal ont été atteints 78 fois. Harrison donne une proportion plus forte encore de lithiase parotidienne.

Ce que nous avons observé avec M. Lemaitre nous permet d'attirer l'attention sur la grande rareté de la lithiase parotidienne.

La lithiase sublinguale est à ce point rare qu'elle fait toujours l'objet d'une publication particulière.

D'une façon générale, *les calculs des canaux sont beaucoup plus fréquents que les calculs des glandes.*

A) Lithiase sous maxillaire.

Pathogénie. — La production de calculs dans le département sous-maxillaire a donné lieu à des discussions pathogéniques intéressantes.

C'est, en effet, à la suite des expériences de Galippe *que la théorie infectieuse des lithiases* a été échafaudée et depuis elle est considérée comme la plus plausible. » Galippe montra, en 1890, la présence des microbes dans les calculs et fabriqua « *in vitro* » des calculs salivaires. « Naunyn en 1891, exposait magistralement la théorie parasitaire de la lithiase biliaire. Les travaux de Gilbert et Dominici, Hanot et Letienne, de Fournier, les résultats remarquables de Mignot qui, en 1896, fit de toutes pièces (*in vivo*) des calculs biliaires confirmèrent en somme ce qu'avait avancé Galippe » (Schœffer).

La lithiase salivaire apparaît donc « fonction microbienne ». Mais le microbe n'est pas tout. La flore microbienne et à peu près la même chez tous les individus et cependant, il n'en est qu'un bien petit nombre qui soit atteint de lithiase. Pour que cette maladie se produise, il faut donc une autre raison. Les uns la cherchent dans une exaltation momentanée de virulence microbienne : les autres, dans des modifications du chimisme salivaire : dans la constitution « d'un milieu précipitable », comme le dit notre maître Loeper. Ainsi la théorie chimique de Charles Robin si elle est insuffisante, n'en est pas moins intéressante à retenir.

Il en est de même de la présence de corps étrangers, de tartre (Richet).

Les causes de rétention salivaire, (compression extrinsèque ou rétrécissement inflammatoire du canal excréteur) aident mais ne peuvent, comme le croyaient Wright et de Clomadeuc, provoquer à eux seuls la production du calcul. Jamais, en effet, la ligature du canal de Warthon n'a été suivie d'apparition de calcul dans le canal.

Anatomie pathologique. — On peut donc avec Schœffer décrire de la manière suivante la genèse de la lithiase salivaire selon la théorie microbienne. La flore normale du canal de Warthon devient agressive. Dès lors, l'épithélium du canal s'infecte et desquame. Les amas microbiens et épithéliaux desquamés vont ainsi constituer le centre du calcul autour duquel les matières minérales de la salive se déposent.

Lorsque le calcul est assez volumineux, il se produit une distension en amont des voies excrétrices dont l'épithélium perd ses caractères normaux pour devenir cubique puis lamellaire.

Pour une raison ou une autre, la *warthonite* s'accentue. A travers la muqueuse, ulcérée ou non, l'infection se propage autour du canal ; *de canaliculaire elle devient péricanaliculaire* ; à la *warthonite succède la périwarthonite* ; c'est-à-dire l'abcès du plancher de la bouche.

Il en est de même au niveau de la glande : inflammation de l'épithélium, distension des canaux excréteurs et des acini, infection péri-canaliculaire, se succèdent. Puis, suivant la virulence de l'infection deux processus peuvent se produire :

α) SI L'INFECTION EST VIRULENTE, un abcès glandulaire se constitue, le plus souvent au voisinage du calcul. Cet abcès peut s'ouvrir dans un conduit excréteur ou, au contraire, le pus peut évoluer vers la cavité buccale ou vers l'extérieur. De toute manière, l'infection, d'intraglandulaire devient périglandulaire et provoque des adhérences de la glande avec les parois de la loge.

β) SI L'INFECTION EST ATTÉNUÉE, le tissu conjonctif qui forme la charpente de la glande réagit en produisant du tissu fibreux. Une sclérose diffuse à disposition péricanaliculaire étouffe peu à peu les tissus nobles de la glande et provoque leur atrophie. Cette réaction scléreuse peut également déborder la glande et donner lieu à des adhérences périglandulaires.

Calcul. — La forme du calcul dépend de son siège. Le calcul de la glande est sphérique : celui du canal a la forme d'un noyau d'olive. Il peut être unique ou multiple. Son poids ne dépasse guère 2 à 3 grammes. Sa surface est bosselée et arrondie, ou creusée d'une gouttière formée par le passage de la salive. Sa couleur est grise ou jaunâtre, sa consistance variable, parfois assez dure ; parfois s'écrasant facilement entre les doigts. Au point de vue chimique, il est surtout composé de phosphate de chaux (8/10°) ; le carbonate ne rentre que pour 2/10°.

Le centre du calcul est occupé par des corps étrangers, des polynucléaires et des microbes. Ces derniers sont variables. Il s'agit tantôt de streptocoques (Galippe-Loison), tantôt du leptothrix buccalis (Sonnenberg, Schœffer), tantôt du bacillus subtilis. Ce centre est environné par une sphérule d'aspect cristallin, puis par des strades blanches et jaunâtres : appositions calcaires successives.

Symptomatologie. — Schématiquement les accidents se déroulent en deux temps : *accidents mécaniques* d'abord

(colique salivaire et gonflement de la glande) : *accidents infectieux ensuite* (abcès du plancher de la bouche ; sous-maxillite).

Cette symptomatologie de la lithiase varie d'un sujet à un autre *suivant la situation du calcul.*

a) Lorsque le calcul siège dans la *partie antérieure du canal*, il donne lieu à des crises de coliques salivaires et ultérieurement à un abcès situé dans le plancher de la bouche, dans la région sublinguale.

b) *Lorsqu'il est situé à l'union du canal et de la glande*, les coliques salivaires manquent souvent ; plus tard, sa présence engendre une sous-maxillite marquée coexistant avec un empâtement profond et postérieur du plancher de la bouche, attenant à la région sous-maxillaire, dans la partie postérieure de la région sublinguale.

c) *Lorsque le calcul est intraglandulaire*, il n'y a pas de colique salivaire, l'accident initial est la sous-maxillite à allure plus ou moins aiguë.

En résumé, un malade peut venir consulter pour :

α) *Une colique salivaire* avec une tuméfaction passagère de sa sous-maxillaire ;

β) *Un abcès du plancher de la bouche* avec ou sans sous-maxillite ;

γ) *Une sous-maxillite seule*, à allure aiguë ou chronique.

I. Accidents mécaniques. — Les accidents mécaniques existent donc dans la lithiase du canal et non dans la lithiase de la glande. Ils sont en rapport avec la migration du calcul ou avec des phénomènes de spasme qui se produisent au niveau du calcul et provoquent une stase passagère dans la glande.

Morestin donne une bonne description de la crise de colique salivaire.

« Au moment d'un repas, le malade est pris de vives douleurs dans la langue et le plancher de la bouche. En même temps survient un gonflement rapide et parfois considérable de la région sus-hyoïdienne en même temps qu'un soulèvement de la muqueuse sublinguale.

Les douleurs se calment bientôt et leur cessation coïncide souvent avec l'expulsion d'un jet de salive par l'ostium ombilical ; le gonflement diminue peu à peu, mais met quelquefois plusieurs heures à disparaître. »

Les crises de colique salivaire se répètent à des intervalles variés. Tel de nos malades en avait deux fois par mois, un autre tous les quatre ou cinq mois : un troisième en a présenté trois crises en l'espace de quatre ans.

La durée de cette période est donc des plus variables. Elle peut être fort longue ; mais d'après nos observations, c'est en général deux à trois mois après la première crise douloureuse qu'apparaissent les *accidents infectieux. C'est l'évolution la plus habituelle* : mais parfois, il y a expulsion spontanée du calcul, ce qui ne met pas le patient à l'abri d'une récidive.

II. Abcès du plancher de la bouche. — L'accident infectieux de la lithiase du canal de Warthon, est un abcès du plancher de la bouche qui peut exister à l'état isolé ou s'accompagner d'un degré plus ou moins marqué de sous-maxillite.

Le malade est pris de douleurs vives, avec exacerbation lors de toute tentative d'alimentation, avec irradiation presque constante vers l'articulation temporo-maxillaire, vers l'oreille. Une fièvre légère et des malaises accompagnent ces phénomènes douloureux.

L'examen de ce malade va nous révéler la *warthonite*, compliquée de *periwarthonite* plus ou moins intense. Nous voyons, en effet, un œdème unilatéral du plancher de la bouche. En faisant soulever la langue, l'ostium apparaît en érection, laissant échapper une goutte de pus.

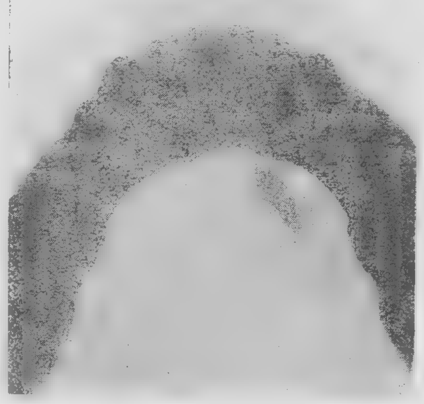
Les lèvres de cet ostium sont tuméfiées et rouges (ulcération périostiale).

Le canal de Warthon est saillant et nous apercevons une tuméfaction plus ou moins postérieure, recouverte d'une muqueuse œdématiée, formant un bourrelet parallèle au maxillaire, mais non adhérent. Lorsque le calcul est antérieur, la tuméfaction se trouve dans la région sublinguale ; lorsqu'il siège à l'union de la glande et du canal, elle est postérieure, presque sous-maxillaire. Le palper bimanuel nous fait percevoir un empâtement chaud ; il réveille une douleur vive ; et fait parfois sentir le calcul. Abandonnons le plancher buccal, pour explorer la région sous-maxillaire. Il est rare que la glande ne soit pas augmentée de volume et douloureuse. Le plus souvent même, elle est infectée, dure, bien limitée, arrondie, et quelquefois, nous sentons à sa surface, un ou plusieurs petits ganglions plaqués sur sa face externe. *Nous insistons sur le siège de cette sous-maxillite dont la valeur diagnostique est très importante* : car les ganglions se trouvent le long du bord inférieur du maxillaire alors que la glande sous-maxillaire le déborde largement, atteignant l'os hyoïde et le dépassant même et répondant à la moitié postérieure du rebord mandibulaire.

Le cathétérisme du canal est souvent difficile : mais avec une aiguille enfoncée dans le plancher buccal, nous pouvons atteindre le calcul et obtenir un contact qui fixe le diagnostic (Michel).

Ainsi donc les accidents infectieux de la lithiase du canal de Warthon se traduisent par un abcès du plancher de la bouche accompagné ou non de sous-maxillite.

L'évolution est en général bénigne : spontanément ou chirurgicalement, le calcul est éliminé par la bouche... et la sous-maxillite peut alors disparaître progressivement. Mais parfois il y a passage à la chronicité. Dans d'autres cas, des récidives se produisent.



Radiographie d'un calcul du canal de Wharton

III. — Sous maxillite. — Les calculs exclusivement glandulaires sont tolérés très longtemps sans accidents. Il n'y a pas de troubles mécaniques prémonitoires et c'est d'emblée pour une sous-maxillite que vient consulter le sujet.

C'est le tableau clinique précédent dont il faut retrancher l'abcès du plancher de la bouche. Tout se passe dans la sous-maxillaire. Deux évolutions sont possibles

A) Si la crise est de courte durée, tout rentre dans l'ordre mais pour recommencer. L'évolution se fait alors vers la chronicité et la sclérose. La glande devient dure, peu douloureuse, bourrée de calculs : donc de forme irrégulière, fossilée.

B) Ou, au contraire, l'inflammation aboutit à la suppuration. Les douleurs sont plus vives, le trismus et la dysphagie s'accusent dès qu'il y a rétention pour diminuer dès que le pus s'écoule par le canal de Warthon.

Non seulement, il y a tuméfaction glandulaire mais réaction inflammatoire du voisinage, empâtement péri-

glandulaire, et œdème phlegmasique du plancher de la bouche. L'infection de canaliculaire est devenue péri-canaliculaire, puis péri-glandulaire.

Ces phénomènes peuvent être assez intenses pour nécessiter l'ablation de la glande. Sinon, il se produit *une fistulisation exobuccale ou endo-buccale.*

Diagnostic. — *Le diagnostic s'aidera toujours de la radiographie.* — Nous retiendrons les faits suivants :

1) Les rayons employés seront suffisamment mous et pas trop posés, car les calculs sont en général peu denses, peu chargés en sels calcaires, donc assez perméables.

2) Si l'on soupçonne un calcul du canal, on utilisera une plaque intra-buccale (Lemaître, Bercher).

3) Si le calcul occupe la glande ou l'union de la glande avec le canal, on emploiera la plaque extrabuccale (procédé de défilement de Belot). Dans la lecture du cliché, nous recommandons bien de pas confondre la projection de l'os hyoïde avec un calcul.

Diagnostic différentiel. — Suivant l'accident devant lequel nous nous trouvons placés, le diagnostic diffère.

1) *Celui de la colique salivaire est facile.* — Rien ne ressemble à ces crises douloureuses éphémères, se produisant au moment des repas avec gonflement sous-maxillaire.

2) *La warthonite, l'abcès du plancher de la bouche* ne revêt jamais une allure telle qu'on puisse croire à une angine de Ludwig.

Après avoir éliminé l'hypothèse d'un aphte siégeant au voisinage de l'orifice de Warthon avec cellulite consécutive, nous devrons topographiquement affirmer qu'il s'agit *d'un abcès de la région sublinguale* ; de manière à éliminer l'*ostéophlegmon de la table interne de la mandibule* qui fait corps avec l'os et l'*hémiglossite* qui est une phlegmasie avec tous les signes physiques et fonctionnels de la macroglossie.

Il ne reste plus qu'à rechercher l'origine de cet abcès du plancher de la bouche qui peut être *le calcul, le corps étranger ou l'accident cellulaire d'origine dentaire.* Mais dans ce dernier cas, nous nous trouvons placés en face d'un accident éruptif de dent de sagesse : le trismus, la présence d'un capuchon muqueux infecté, la continuité entre la cellulite et le capuchon infecté de la dent de sagesse fixent le diagnostic.

3) *La sous-maxillite aiguë* se différencie facilement *de l'ostéophlegmon de la table interne qui est franchement* accolé à l'os, au-dessus et en dedans du bord inférieur du maxillaire, et de l'*adénite sous-maxillaire.* Nous avons déjà insisté sur la valeur de la situation topographique de la tuméfaction. D'ailleurs, au moindre doute, il faut faire ouvrir la bouche à son patient. L'ostium est en turgescence et émet du pus, ce qui guide le diagnostic qu'affirmera la radiographie.

Bercher, Zoeller, Puig, ont signalé la possibilité d'*oreillons sous maxillaires,* unilatéraux, évoluant avec peu de symptômes et durant 4 à 5 jours. La notion d'épidémicité est des plus importantes dans ces cas frustes pour permettre d'établir ce diagnostic.

4) Les *sous-maxillites chroniques* font penser à toutes les causes d'*adénopathies chroniques* : à la tuberculose monoganglionnaire, à l'adénopathie qui fait rechercher le néoplasme des muqueuses.

L'*épithélioma de la glande* est rare et donne une sensation de capitonnage diffus de la région. L'actinomycose primitive de la glande est exceptionnelle ainsi que la tuberculose. Nous aurons toujours dans ces cas, les mêmes éléments de diagnostic ; l'anamnèse, l'exploration du Warthon, la radiographie.

Traitement. *a)* L'EXTIRPATION DU CALCUL DU CANAL DOIT TOUJOURS SE FAIRE PAR VOIE BUCCALE ; JAMAIS PAR VOIE CUTANÉE, SINON IL SE PRODUIRAIT UNE FISTULE. Cette extirpation est facile lorsque le calcul est antérieur ; elle devient difficile au fur et à mesure que le calcul se rapproche de la glande. Mais écrit Lemaître : « En s'entourant de précautions, on peut toujours trouver et extraire par les voies naturelles un calcul du canal de Warthon, même lorsque ce calcul, est situé au voisinage de la glande. »

B) QUAND DOIT-ON FAIRE L'ABLATION DE LA GLANDE. — Les opinions divergent. Cependant, nous pouvons raisonner ainsi.

a) *Lorsqu'il y a sous-maxillite en concomitance avec un calcul du canal,* il y a lieu d'attendre le résultat donné par l'ablation du calcul. Le plus habituellement, la guérison se produit. Comme l'écrit notre maître, le professeur agrégé Lemaître : « les signes de sous-maxillite, parfois impressionnants, qui accompagnent la présence des calculs, disparaissent très rapidement dès que l'obstacle est levé, dès que le flux salivaire a repris son cours normal : j'ajoute qu'il ne m'a pas été donné d'observer, chez les sujets que j'ai traités, la formation de nouveaux calculs ».

Nous n'interviendrons donc que si plusieurs semaines après l'ablation du calcul, les phénomènes infectieux continuent à évoluer dans la glande pour leur propre compte avec toute la symptomatologie correspondante. (Gérard Maurel).

b) DANS LE CAS DE LITHIASE GLANDULAIRE, ayant provoqué des accidents de sous maxillite la plupart des auteurs pratiquent l'extirpation de la glande.

Schœffer est de cet avis et intervient à froid. Bercher a la même opinion. Lemaître résume ainsi les indications : « l'exérèse de la glande sous-maxillaire ne me paraît devoir être pratiquée que dans deux circonstances : dans les cas — rares d'ailleurs — de lithiase glandulaire, et dans les cas — plus rares encore — de complications glandulaires (suppuration, transformation épithéliale).

L'intervention consiste dans l'ablation totale de la glande par voie externe, elle est facile lorsqu'il n'y a pas eu de réaction périglandulaire et que l'incision a été pratiquée suffisamment large pour que l'on soit à l'aise pour la ligature des pédicules, le décollement de la glande du plan profond, la libération des nerfs et des vaisseaux qui se rendent à la langue (Bercher).

L'opération est beaucoup plus difficile lorsque il y a des adhérences entre la glande et les parois de sa loge. « Il faut disséquer avec patience et éviter des sections trop fréquentes de l'artère faciale dont le sang inonde le champ opératoire. Parfois c'est par un véritable morcellement qu'on extrait la sous maxillaire » (Métadier).

B) Lithiase parotidienne.

Elle constitue une rareté. On a cherché à l'expliquer par la nature de la salive parotidienne qui serait moins épaisse, moins visqueuse et moins riche en matériaux solides que la salive sous-maxillaire. Il ne semble pas logique de faire entrer en ligne de compte l'étroitesse et la situation élevée de l'ouverture du canal de Sténon qui le rendraient moins accessibles aux infections d'origine buccale puisque les parotidites d'origine infectieuse buccale sont fréquentes alors que les sous maxillites n'existent pas.

La lithiase du canal peut aboutir à sa distension et à son infection, se traduisant par l'existence d'une tuméfaction douloureuse jugale, rétro-commissurale. *La lithiase glandulaire* provoque l'infection d'un lobe parotidien, ou sa sclérose autour d'un calcul. L'ouverture d'un abcès parotidien lithiasique ne se complique qu'exceptionnellement de fistule salivaire.

La tuméfaction du canal de Sténon, l'écoulement de pus provoqué par l'expression du canal doivent faire penser à la possibilité d'une lithiase ; mais ces deux signes sont insuffisants pour l'affirmer. D'autre part, le calcul est rarement senti à la palpation et le cathétérisme du canal est difficile. La radiographie devra être pratiquée. On procède comme pour obtenir un cliché de la région de la

branche montante, mais en orientant la tête du malade et le rayon normal de telle manière que la colonne cervicale ne vienne pas se projeter sur la branche montante (Surrel).

Il est possible que des cas de sialadochite fibrineuse, de pneumatocèle ou d'hydroparotidite intermittente aient été confondus avec des cas de lithiase parotidienne.

La sialadochite est l'inflammation isolée du canal de Stenon, qui est rouge, tuméfié : l'expression en fait sourdre soit un peu de pus, soit un bouchon fibrino-purulent.

La pneumatocèle ne prête guère à confusion : car elle ne se produit que chez les souffleurs de verre et c'est une tumeur gazeuse, crépitante qui s'affaisse sous la pression avec un bruit hydroaérique.

Nous voulons attirer l'attention *sur la parotidite intermittente.*

Cette affection est rare et n'a encore fait l'objet que de quelques publications ; mais elle est intéressante à signaler car sa méconnaissance donne lieu à des erreurs de diagnostic.

Les observations de Sordet, de Leriche, de Leclerc, ainsi que trois observations personnelles nous permettent d'en donner la description suivante :

C'est une affection le plus souvent bilatérale, mais avec prédominance d'un côté, se traduisant par un gonflement légèrement douloureux d'une ou des deux parotides, apparaissant assez rapidement, s'accentuant au moment des repas, durant 24 heures ou plus, pour disparaître et réapparaître au bout d'un temps fort variable. Le Stenon est normal et on le cathétérise sans rencontrer de calcul.

Ce gonflement intermittent s'accompagne d'un léger trismus, de douleur reportée aux articulations temporo-maxillaires et au bout d'un certain temps, de petites poussées inflammatoires subaiguës.

La parotide augmente de volume, la peau devient légèrement rosée. La pression y est douloureuse. Il s'écoule par le canal une sérosité épaisse quelquefois légèrement purulente, puis tout rentre dans l'ordre.

Cette parotide intermittente serait due, pour Leriche, à une véritable dystrophie des tissus élastiques et musculaires des conduits excréteurs de la parotide. Il en résulterait un état de distension chronique, avec accentuation passagère et prédisposition à des infections atténuées.

On conçoit que ce syndrome parotidien soit facilement confondu avec la lithiase parotidienne. Mais la bilatéralité, le cathétérisme négatif du sténon, l'évolution intermittente et très longue de la maladie, sans qu'il y ait apparition d'abcès parotidien ou de sténonite permettent de différencier les deux affections.

S'il y a abcès parotidien, il est nécessaire de rechercher la cause de la parotidite suppurée.

En cas de lithiase du canal, opérer par les voies naturelles pour éviter la fistule. Tourneux et Bernardbeig ont opéré un cas par voie externe sans qu'elle se produise.

Dans la lithiase glandulaire, incision parcimonieuse et curettage léger et prudent : *agir au minimum.*

C) Lithiase sublinguale.

Elle est exceptionnelle. Cavalié et Marchive en rapportent un cas, dans lequel les canaux de Warthon étaient très perméables alors que le point d'émergence des canaux de Rivinuis était ulcéré, ulcération qui a livré passage à un petit calcul.

En matière de conclusion, nous dirons que à part la lithiase parotidienne qui est excéptionnelle, la lithiase sous-maxillaire est plus fréquente qu'il n'est classique de le penser. Bien des fois, elle est méconnue, confondue avec une adénite sous-maxillaire ou un accident infectieux d'origine dentaire.

Le calcul du canal de Warthon est beaucoup plus fréquent que le calcul glandulaire. Il doit toujours être extirpé par la bouche et il faut toujours savoir attendre les résultats de cette extirpation avant d'agir sur la glande elle-même.

L'ablation de la glande n'est, en effet, indiquée que dans les cas de réaction inflammatoire glandulaire persistante, dans les cas aussi la sous maxillite s'aggrave après la disparition du calcul et enfin dans tous les cas de calculs de la glande avec infection.

BIBLIOGRAPHIE

DE CLOSMADEUC. — Recherche sur les calculs des canaux salivaires. (Thèse Paris, 1855.)

GALIPPE. — *France médicale. Journal des connaissances médicales*, 1894. (Paris 1886, T. II, p. 1049.)

LENORMANT. — Précis de pathologie chirurgicale.

SCHŒFFER. — Contribution à l'étude de la lithiase sous-maxillaire. (Thèse Paris, 1906.)

M. GIBOULOT. — Contribution à l'étude des lésions de la lithiase sous-maxillaire. (Thèse Paris, 1918.)

P. TOURNEUX. — Lithiase parotidienne (*Semaine Dentaire* 10, 1922.)

MERVILLE et POMMAY. — Quelques observations de lithiase de la glande sous-maxillaire. (*R. S.* 1924, p. 348.)

Prof. P. BAZY. — Note sur un cas de calcul de la glande sous maxillaire gauche. (*Semaine Dentaire* p. 1074.)

CAVALLIÉ et MARCHIVE. — Note sur un calcul salivaire du plancher de la bouche. (*Semaine Dentaire* p. 1072.)

Jacques-Gilbert MÉTADIER. — Contribution à l'étude de la lithiase de la glande sous maxillaire et du canal de Warhon. (Thèse Montpellier, 1922.)

Discussion à la Société de stomatologie. (*Revue stomatologique*, p. 3 5, mai 1927.)

POLLOSSON et DECHAUME. — Société des Sciences de Lyon 2 février 1927.

LACAZE. — Lithiase salivaire latente. (Société d'O. R. L. *Presse Médicale*, 27 juillet 1927.)

HARRISON (Richemond). — Calculs salivaires. (*Surgery Gyn. and Obst.*, octobre 1926.)

EDINGTON. — Calculs salivaires. (*The British. med Journ*, 2 janvier 1926.)

BALLEY. — Lithiase sous-maxillaire. (*Brit. Journ. of Surg*, 1924, p. 321.)

SARDET. — Hydroparotidites intermittentes causées par les dentiers. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 avril 1920.)

LECLERC. — Rétention chronique de la salive parotidienne. (*Presse Médicale*, 7 juillet 1923.)

LERICHE. — Société de chirurgie de Lyon, janvier 1922.

BARILLIE. — *Revue de stomatologie*, juin 1911.

BERCHER et ZOELLER. — *Le jeune médecin*, n° 4, 1er octobre 1927. Les oreillons sous maxillaires.

BERCHER et PUIG. — Les oreillons sous-maxillaires. (*Revue de stomatologie*, 1926.)

SENÈQUE. — Tumeur salivaire du canal de Warthon. (*Presse Médicale*, 29 août 1925, n° 69.)

FAITS CLINIQUES

Un cas exceptionnel de déformation en varus de l'avant-bras

Par MM. le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL

Professeur à l'Ecole de médecine de Tours,
Ancien Président de la Société d'Anthropologie de Paris,

et

HENRI FISCHER,

Assistant de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Membre de la Société d'Anthropologie de Paris.

Le nombre d'observations de malformations en varus de l'avant-bras est encore relativement minime, c'est pourquoi nous avons cru intéressant de relater aujourd'hui un cas nouveau qui présente certaines particularités qui méritent d'attirer l'attention et qu'on ne rencontre pas dans les observations antérieures.

A. B..., d'Angers, âgé de 23 ans, est atteint d'une curieuse disposition en varus des avant-bras.

C'est un sujet d'une taille de 1 m. 65, de développement général un peu insuffisant, avec un thorax étroit.

Le thorax est presque aussi développé dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Son diamètre transverse au niveau de la ligne des seins est de 235 millimètres et son diamètre antéro-postérieur est de 225 millimètres.

L'indice thoracique est donc de 0.91.

Le diamètre bi-acromial est de 35 centimètres.

Le diamètre bi-iliaque est de 29 centimètres.

Le diamètre bi-trochantérien est de 32 centimètres.

Les avant-bras forment avec les bras des angles ouverts en dehors. La disposition est plus accusée du côté gauche.

De ce côté, l'angle formé par les deux segments du membre est de 150°.

Le sujet a, au repos, l'avant-bras en pronation, la saillie de l'olécrâne est en dehors.

La main se présente par sa face dorsale.

Au repos, les proportions du membre supérieur sont régulières. Cette disposition en varus ne semble pas apporter beaucoup de gêne aux fonctions du membre. Le sujet est homme d'équipe au chemin de fer ; il a fait son service dans la marine : la force musculaire de ses bras est grande.

***

Il y a là une disposition intéressante par la valeur que prend l'angle du coude en dehors.

On sait que la déformation en varus de l'avant-bras est fréquente chez la femme, plus rare chez l'homme, mais ne prend jamais un grand développement. Notre cas est tout à fait curieux à ce point de vue.

C'est une déformation congénitale due à une variation anatomique des pièces articulaires du coude. La trochlée est inclinée très fortement en bas et en dedans et le cubitus pour s'adapter à cette inclinaison forme avec l'humérus un angle plus ou moins ouvert.

Nous n'avons pas reconnu le caractère héréditaire ou familial de cette disposition dans la famille de ce sujet.

REVUE DE LA PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic.

Les affections du carrefour sous-hépatique (terme venu de l'anatomie radio-clinique) présentent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques ardus (H. Surmont. *Echo Médical du Nord*, 26 novembre 1927). La symptomatologie subjective est constituée par des douleurs locales, des troubles dyspeptiques, des retentissements à distance ; l'exploration clinique simple apporte des précisions en montrant que la douleur provoquée siège soit au point cystique soit au niveau de la région pancréato-duodénale ; l'examen radiographique comporte l'examen direct de la vésicule et des organes voisins avec ou sans préparation spéciale ; le tubage duodénal avec la sonde d'Einhorn, associé à l'injection d'une solution de peptone (épreuve de Stepp) ou de sulfate de magnésie (épreuve de Meltzer Lyon), donne non seulement des renseignements d'ordre anatomique simple, mais encore des renseignements anatomo-physiologiques et biologiques multiples par les analyses microscopiques, bactériologiques et chimiques qu'il permet : l'examen du sang fournira un ensemble de symptômes dont la valeur est considérable : formule leucocytaire, résistance globulaire, azotémie, cholestérinémie. Pour conclure, les techniques cliniques actuelles ont permis d'isoler et d'individualiser les affections du carrefour sous-hépatique dans le chapitre si confus de l'ancienne dyspepsie et plus particulièrement des formes nervo-motrice, flatulente, hyperémotive et nerveuse.

Tuberculose.

Les réactions séro-sanguines ont une certaine valeur dans le diagnostic de l'infection tuberculeuse (A. Sauvan. *Marseille Médical*, 15 novembre 1927). La réaction de floculation de Daranyi, la réaction de sédimentation, la viscosité sanguine, ne sont pas spécifiques de l'infection tuberculeuse et traduisent une altération du sang liée à l'état général du sujet observé ou un état physiologique spécial (grossesse, menstruation). La réaction de floculation de Vernes à la résorcine paraît spécifique de la tuberculose et a une valeur diagnostique certaine, étant positive dans plus de 90 % des cas. La déviation du complément (séro-réaction de Besredka) paraît également spécifique et donne une proportion de résultats positifs supérieure à 90 % des cas.

Pédiatrie.

Le schéma classique de l'appendicite n'est pas applicable à l'enfant dans la majorité des cas et bien moins encore au nourrisson (G. Lory. *Gazette médicale limousine*, novembre 1927), car ils réagissent d'autant moins que la forme est plus grave, tandis que les signes locaux sont peu marqués, parfois même inexistants ; le diagnostic est toujours difficile parce qu'au début rien n'attire l'attention du côté de l'appendice. La température est un signe infidèle et trompeur ; le pouls, au contraire ne trompe pas, c'est lui qui, dès le début et jusqu'à la fin, indique la forme et le pronostic. Le pronostic chez le nourrisson est extrêmement grave et le traitement qui s'impose, le seul, c'est l'appendicectomie.

Les méfaits de la pasteurisation sont vigoureusement dénoncés par Ch. Lestocquoy (*Gazettes médicales du Centre, de Bretagne, de l'Ouest et Sud-Ouest*, 15 novembre 1927). L'industrie laitière recueille *salement* le lait et le pasteurise à basse température pour éviter la fermentation lactique, nuisible commercialement : mais la fermentation protéolytique, qui ne se voit pas, n'est pas un obstacle à la vente : or c'est la fermentation dangereuse par excellence, celle qui est à l'origine de la mortalité infantile par diarrhée. Les mesures hygiéniques à prendre seraient très onéreuses ; le seul moyen pratique consiste à stériliser le lait à haute température, la sécurité étant compensée par l'aspect et le goût du lait cuit. Le chauffage au bain marie et l'ébullition, employés dans la pratique, ne sont que des mesures insuffisantes parce que tardives. Le seul moyen de donner du bon lait aux nourrissons des villes serait de prescrire les laits modifiés (lait sec ou lait condensé !)

Pathologie exotique.

Les rapports entre l'alastrim et la variole ne sont qu'apparents (médecin-major Diot (*Maroc Médical*, 15 novembre 1927) ; car la variole est inoculable et l'alastrim ne l'est pas ; le vaccin jennérien ne préserve pas de l'alastrim et prend même chez un malade atteint d'alastrim. L'analogie existe également avec le zona, mais elle est surtout frappante avec la varicelle au point de vue clinique. L'avenir montrera si l'alastrim est une affection autonome ou une forme particulière de varicelle évoluant sur terrain anergique et dont les éléments acquerraient de ce fait leur maximum d'intensité.

Obstétrique.

Les rétrodéviations utérines du postpartum immédiat ne fixent pas comme elles le devraient l'attention des médecins. A. Fruhinsholz a repris la question à la lumière des documents de sa clientèle personnelle, qui échappe, moins que celle des hôpitaux, à l'observation médicale durant la période considérée et a abouti à des conclusions nouvelles et originales (*Revue médicale de l'Est*, 15 octobre 1927). 1° Dans 20 % d'accouchements normaux,

on constate une rétrodéviation temporaire ou définitive du post-partum. 2° La rétroversion ne paraît pas sensiblement plus fréquente chez les multipares que chez les primipares ; il semble que la pierre d'achoppement de la rétroversion se place après le premier accouchement. 3° Le principal contingent de rétrodéviations se recrute entre le 16e et le 28e jour qui suivent l'accouchement,c'est à-dire dans la période où se fait généralement l'entraînement à la station debout et à la marche ; d'où il suit que le lever est généralement l'agent déterminant de la déviation. 4° La rétroversion, pour être reconnue, demande à être recherchée délibérément et systématiquement aux dates critiques : avant le 1er lever, après le 1er lever (de suite et 8 jours après), après le retour de couches.

Médecine légale.

La distinction des noyés en blancs (par syncope) et bleus (par pénétration de l'eau dans les poumons) entraîne une différence de traitement (E. Martin et Costedoat (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1927). Dans le premier cas, la syncope est un acte de défense et ne nécessite pas d'autres mesures médicales que celles de la syncope banale (respiration artificielle, tractions rythmées de la langue). Dans le second cas, le pronostic est beaucoup plus grave : un homme qui a subi le traumatisme intra pulmonaire pendant quelques minutes est perdu ; si cependant le sauvetage a été presque immédiat et les lésions simplement partielles, on fera une thérapeutique pathogénique en luttant contre la réplétion veineuse par la *saignée* suivie des tractions rythmées de la langue et des manœuvres de respiration artificielle pratiquées dans le *décubitus ventral*. Les auteurs conseillent, avec un sens pratique averti du danger de l'hésitation en pareil cas, de tenter *la saignée dans tous les cas*, même sur les noyés inhibés, car qui peut le plus peut le moins ; ils terminent leur étude en signalant l'*insuffisance des prescriptions anciennes* et en insistant sur le rôle bienfaisant de *la saignée*.

Thérapeutique.

Le vaccin antipyogène polyvalent de Bruschettini donne d'excellents résultats dans les angines phlegmoneuses. Aussitôt le diagnostic établi, L. Houdeville, du Havre (*Archives médico-chirurgicales de Normandie*, novembre 1027) fait systématiquement une injection intramusculaire d'une ampoule et la répète tous les jours jusqu'à guérison, sans avoir à dépasser le nombre de trois. Si le traitement a été commencé assez tôt, le phlegmon avorte ; dans les autres cas, l'abcès s'ouvre en trois jours, mais dès la première piqûre la fièvre diminue, la dysphagie s'atténue l'état général s'améliore. L'auteur n a constaté ni réaction ni insuccès.

La chimiothérapie antibacillaire s'est enrichie d'un nouveau produit aurique, le crystodal de Maigre (de Paris) qui s'apparente, au point de vue chimique aux spécialités étrangères à base d'iode (cuproiodase) et d'or (aurocantan, aurophos, cyangold, krysolgan, sanocrysine, tryphal) ; Hermons (d'Arès) l'a expérimenté avec succès depuis deux ans chez une trentaine de malades dont il rapporte 5 observations fort intéressantes dans le *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest* (10 novembre 1627) ; le mode d'action serait analogue à la réaction de Hübl (accélération de la fixation de l'iode sur les acides gras non saturés par la présence d'un sel de mercure), l'attaque des acides non saturés du bacille de Kock par l'iode étant renforcée par l'action catalysante des métaux or et cadmium.

Varia.

Il faut marcher avec son époque : il faut avoir l'initiative de la recherche, le mépris des formules périmées et, à l'automne de la vie, garder la foi et travailler à l'avancement de la vérité. (E. Forgue, de Montpellier.)

Certains médecins sont trop portés à attribuer à la grippe ce qui appartient à ses complications (Pr. Merklen, (de Strasbourg.)

Le décroisement, relativement facile dans les positions basses, devient un redoutable problème dans les positions hautes (Roux, de Lorient.)

Il n'est pas permis à l'heure actuelle, en présence d'une méningite — le cas fût-il désespéré — de ne pas faire de ponction lombaire. Une pareille intervention, sans danger, peut redresser un diagnostic erroné et déterminer la guérison. (Nordman, de St-Etienne).

La coqueluche continue, avec la blennorragie et le rhume de cerveau, à faire le désespoir des médecins : chacun a son remède qui lui réussit toujours. Dans les coqueluches sévères on peut les classer en deux : ceux que l'on donne à la période d'augmentation des quintes : tous mauvais, et ceux que l'on donne au moment où les quintes diminuent : tous meilleurs les uns que les autres. En désespoir de cause, le médecin pourra toujours sous prétexte de changement d'air, passer la maladie à un confrère. (Sendrier, de Savigné.)

J. Lafont.

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels

Conséquences imprévues de deux embaumements

I. Gannal et Hyménée.

Vers la fin de mon internat, un vieux médecin de campagne, que j'avais remplacé aux vacances précédentes, ayant déjà passé mes examens de doctorat, me proposa de venir faire un embaumement : il n'en avait jamais fait et ne se souciait pas de commencer à son âge. Une demoiselle âgée riche, qui venait de mourir chez des neveux cultivateurs, avait, à la grande surprise de l'entourage, manifesté par testament sa volonté d'être embaumée : coquette toute sa vie, elle n'avait probablement pas supporté la pensée que ses charmes fussent à jamais anéantis.

J'acceptai cette aubaine qui me faciliterait l'impression de ma thèse.

Muni d'une caisse contenant l'appareillage nécessaire pour appliquer le procédé Gannal et les bocaux remplis du liquide de Suquet, je débarquai, de noir vêtu, dans la ferme.

Le chef de famille, m'ayant conduit dans la chambre mortuaire, ne me vit pas sans étonnement déballer le contenu de la caisse : il croyait qu'embaumer consistait à recouvrir le corps et le visage d'une sorte d'enduit, de vernis protecteur. L'explication que je lui fournis au sujet de l'introduction d'un liquide dans les vaisseaux ne fut peut-être pas bien comprise, mais il n'y fit aucune objection et me quitta pour aller sans doute faire partager sa surprise à sa femme et à sa fille.

Le confrère, qui m'avait amené, me prêta son concours et, quand notre tâche fut terminée, la famille reparut. J'avais pensé répondre aux intentions de la défunte, en utilisant :

> ... Pour orner son visage
> Et réparer des ans l'irréparable outrage.

du rouge et de la poudre de riz que j'avais trouvés dans son cabinet de toilette. Neveu et nièces furent unanimes à déclarer que la tante semblait plus jeune qu'avant sa maladie et me félicitèrent.

Nous fûmes invités, mon confrère et moi, à partager le repas de famille.

Tout en mangeant silencieusement, je ne pus éviter de nombreuses questions de nos hôtes au sujet de l'opération qui venait d'être pratiquée.


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

BIBLIOGRAPHIE

La 4e édition (1928) du formulaire Astier, 1 volume format portatif, 1.200 pages, reliure souple. Librairie du *Monde Médical*, 47, rue du Docteur-Blanche, Paris 16e. Prix : 30 francs. Vigot frères éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La quatrième édition du « Formulaire Astier » s'est proposée de mettre ses lecteurs au courant des derniers progrès de la thérapeutique.

Pour arriver à ce but sans dépasser le nombre de pages au delà duquel un formulaire cesse d'être un livre de poche, le texte de 1925 a été modifié de trois façons différentes :

Tout d'abord, d'importantes additions. Elles portent pour la plupart sur les médications chimiques parmi lesquelles on a fait une place, d'une part, à des médicaments nouveaux et d'autre part, à quelques spécialités entrées dans le domaine courant et dont le médecin doit savoir la posologie et le mode d'emploi.

A l'art de prescrire a été ajouté un paragraphe intitulé : Les divers médicaments groupés d'après leurs propriétés, ainsi que des additions de détail à chacun des chapitres.

Un article sur les Résultats pratiques des examens de laboratoire a été incorporé au texte, et la législation complétée sur divers points.

Plus nombreux encore sont les changements.

Changement de fond. Il n'est point une seule page qui n'ait été entièrement remaniée, qu'il s'agisse des médications, du traitement des maladies ou des régimes. Le texte a subi des modifications si profondes que, de celui de 1925, il ne subsiste pour ainsi dire rien.

Changements de forme. Certains lecteurs avaient fait justement observer que dans l'édition précédente la composition était trop serrée. Dans celle-ci des jours ont été ménagés afin de la rendre plus agréable à lire.

Esquisses, par Edouard HERRIOT, 1 vol. in-16 : 12 fr. Hachette, 79, Boulevard St-Germain, Paris.

Des « esquisses » dont chacune est un délicat chef-d'œuvre... Sous la magie enchanteresse du style, transparaît l'irrésistible séduction de cœur de M. Edouard Herriot, qui sait si merveilleusement unir le rêve à l'action.

Ses portraits, écrits ou parlés, sont célèbres et passent justement pour des modèles du genre. On se réjouira donc de le voir réunir les plus remarqués en un volume intitulé trop modestement *Esquisses*.

On trouvera là, soit la glorification des écrivains, des savants, des artistes qui ont honoré la France ou l'humanité, un Bossuet, un Beethoven, un Laennec, un Verhaeren, etc, soit le chant magnifique de la résurrection de Reims, la ville martyre ; soit l'exposé des vues de M. Herriot sur l'Enseignement, les *Esquisses* feront la joie de tous les lettrés.

Revue des Cours et Conférences. Le n°, 3 fr. 50. Boivin éditeur, 3, rue Palatine. Paris.

Sommaire du n° du 15 janvier 1928 ; A. Jolivet : Les drames de Strindberg (I). — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (III). — André Le Breton : Victor Hugo chef de l'école romantique. — Gerold : Les instruments de musique au moyen âge (I) — Henri Tronchon : Ernest Renan à l'étranger (V). — Ganshoff : Quelques aspects de l'histoire de l'Empire au XIe siècle (II). — F. Moreau : L'hérédité et la Variété (XII) : Conclusions.

La Préhistoire. Introduction aux études préhistoriques. Les âges de la pierre. Les métaux, par Raymond FURON. Préface de Marcellin Boule. 1 vol. avec pl. hors texte. Prix : 20 fr. Librairie Blanchard, 3 Place de la Sorbonne, Paris, 1928.

L'auteur a conçu ce livre comme une « initiation » un précis destiné aux nombreux curieux de Préhistoire qui ne sont pas des spécialistes.

La première partie est consacrée à l'étude des méthodes d'investigations particulières à la Préhistoire. Les deux dernières parties du volume sont consacrées à l'exposé des connaissances générales sur l'âge de la pierre et l'âge des métaux.

La vie parisienne pendant le siège et sous la Commune, par Henri d'ALMERAS. 1 vol. in-8°, avec de nombreuses illustrations. Prix : 20 fr. Albin Michel éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Ce volume continue la série des études documentées et agréablement écrites que M. Henri d'Almeras a consacrées à la vie parisienne à travers les âges. Douze chapitres, allant du Paris investi au Paris incendié, de nombreuses illustrations, font revivre ces temps troublée et déjà assez lointains pour que leur évocation s'impose aux générations présentes.

Puis la conversation dévia sur la médecine en général, les hôpitaux de Paris et la vie des internes, sur le remplacement que j'avais fait précédemment dans la clientèle de mon vieux confrère. La jeune fille de la maison, récemment sortie du couvent, ne prit point part à la conversation et baissait modestement les yeux sur son assiette.

L'heure du départ survint.

Quelques semaines plus tard, je recevais du notaire de la famille une lettre chargée contenant mes honoraires, et par laquelle l'honorable tabellion me demandait, ô stupeur! si j'étais dans l'intention de me marier, quand j'aurais passé ma thèse, — auquel cas les héritiers de l'embaumée accueilleraient favorablement une demande de ma part en vue de la main de leur Demoiselle.

Conformément à la théorie de Bergson sur le Rire, le contraste inattendu entre cette offre d'Hyménée et le rite funèbre qui en avait été l'occasion provoqua chez moi une explosion d'hilarité. En accusant réception, je me hâtai de décliner le plus poliment possible cette proposition... d'embaumement dans les fleurs d'oranger.

II. Un père qui veut conserver le cadavre de son fils.

J'étais praticien depuis peu de temps quand le meilleur de mes maîtres me proposa d'aller embaumer en province un jeune garçon qui venait de mourir de péritonite traumatique : il s'était tiré une balle dans le ventre en jouant avec une carabine. Le père voulait faire embaumer son enfant et le médecin, ancien élève de mon maître, s'était adressé à lui, en le priant d'envoyer quelqu'un d'idoine.

C'était en décembre par un froid très rigoureux. Mon bon Maître me dit : « Avez vous un manteau assez chaud ? Vous allez voyager toute la nuit. » Sans attendre ma réponse, sa femme intervint dans l'entretien : « Vous allez emporter la pelisse de Charles ! » Mon maître avait bien la digne compagne qu'il méritait. Inutile de protester : je fis donc le trajet, confortablement enveloppé dans une opulente fourrure, que n'auraient pu payer tous mes honoraires d'une première année d'exercice.

A 6 heures du matin, en pleine nuit étoilée, je descendais sur un beau tapis de neige dans une petite gare, seul voyageur. Un employé me demanda où j'allais avec la caisse qu'on venait de débarquer : *Haut. Bas. Fragile.* La gare se trouvait assez loin de la ville ; mais, quand j'eus nommé la personne chez qui je devais aller, je sus qu'elle habitait une maison isolée à peu de distance de la gare.

Le facteur chargea ma caisse sur une brouette et, quelques minutes plus tard la déposait devant une maison de belle apparence, dont presque toutes les fenêtres étaient éclairées *a giorno*, mais où on n'entendait aucun bruit.

Au coup de sonnette apparaissaient un domestique et derrière lui un monsieur, grand et fort, qui me dit d'une voix singulièrement éclatante : « Vous êtes le docteur envoyé par le professeur B. pour un embaumement ? Il s'agit de mon fils. Entrez vite et venez vous chauffer ! » — L'intonation, les paroles brèves et saccadées contrastant avec la tristesse de la circonstance, le visage congestionné, les yeux très brillants, un certain tremblement des lèvres, me donnèrent l'impression que ce pauvre père était un peu alcoolisé. — Comme j'esquissais une phrase de condoléances en demandant à voir l'enfant et le confrère qui l'avait soigné, le père dit brusquement : « Plus tard ! Il faut d'abord déjeuner ; vous devez avoir faim. » Il me poussa dans une salle à manger, où deux couverts seulement étaient mis. Je n'entendais aucun bruit dans la maison.

Pendant que je commençais à manger, j'aperçus derrière mon hôte le domestique qui paraissait chercher à attirer mon attention, en faisant de fréquents clignements d'yeux, hochant la tête et se touchant le front de l'index, en même temps qu'il désignait son maître. Celui-ci ne mangeait pas, mais s'était déjà versé un plein verre d'un vin, qui était du Champagne. Quand il parut vouloir se retourner, la figure du domestique se figea en une expression d'indifférence affectée, mais craintive.

Mon hôte, parlant avec volubilité, me raconta les détails de l'accident qui lui avait enlevé son cher petit garçon et incidemment m'apprit que je ne verrais pas la mère : elle plaidait en divorce contre lui et s'était retirée chez ses parents dans une autre maison de la ville. — Il me questionna ensuite sur la modalité de l'embaumement, la durée pendant laquelle on pouvait espérer la conservation du corps. J'éprouvais une véritable gêne à répondre à toutes ces questions, en pensant que c'était un père qui parlait ainsi de son enfant, avec une loquacité insolite en pareil cas et une apparente insensibilité.

Ce fut un grand soulagement que l'arrivée du confrère : il me mit au courant, pendant que nous pratiquions l'injection, des circonstances dramatiques de la mort de ce jeune garçon, adoré, mais gâté et mal surveillé par son père, qui en avait obtenu la garde provisoire pendant le procès de divorce, la mère ayant près d'elle sa fille. Le père était un névropathe, fréquemment excité par l'alcool et aujourd'hui surintoxiqué. Nous eûmes plusieurs fois à l'écarter de la chambre où nous opérions : il aurait voulu pouvoir surveiller tous nos actes.

Mon confrère me demanda de l'accompagner pour aller donner satisfaction à la pauvre mère, qui n'avait pas revu son fils depuis l'accident et désirait m'en parler.

Ainsi fis-je, après avoir pris congé du père, qui ne parut d'ailleurs pas désireux de me retenir, quand j'eus rempli ma tâche. Je me sentis moins oppressé quand j'eus quitté la maison, si triste que dût-être — et elle le fut — la dernière partie de mon rôle, la visite à la mère.

Reconduit à la gare par mon aimable confrère, je rentrai à Paris encore ému de ce que j'avais vu. En restituant à mon Maître sa pelisse, je lui racontai le singulier spectacle auquel j'avais assisté, et dont voici le dénouement.

Peu de jours après, mon confrère me l'apprenait.

Ayant sous divers prétextes éloigné ses domestiques, le père s'était enfermé et barricadé dans sa maison. Quand on voulut entrer pour procéder aux préparatifs des obsèques, il parut à une fenêtre de l'étage supérieur, un fusil en main, et vociféra que personne n'entrerait sans s'exposer à ses coups de feu : que, le corps de son fils étant embaumé, il se croyait en droit de le conserver dans sa maison aussi longtemps qu'il voudrait, et que les obsèques n'auraient pas lieu.

On sut qu'il avait plusieurs armes à feu et des munitions.

Les autorités parlementèrent en vain et prirent le parti d'organiser un blocus pour éviter quelque accident mortel.

Ce fut de nuit qu'on réussit à pénétrer par le toit dans la maison. On trouva le père, fusil et revolver à portée de sa main, assoupi auprès du lit de l'enfant, qu'il avait transformé en une sorte de chapelle ardente ; le corps était entouré de nombreuses bougies allumées et de portraits d'actrices en vogue.

On se rendit aisément maître du malheureux délirant, accablé par les veilles et l'alcool. Il fut interné dans un asile.

Paul Le Gendre.

La cocaïne. Histoire Pathologie. Clinique. Thérapeutique. Défense sociale, par le Dr H.-W. Maier, Traduction du Dr S. Jankzlévitch, Un volume de la bibliothèque scientifique, 5 figures et 17 hors texte : 30 fr. Payot, 106, Boul. Saint-Germain, Paris.

L'auteur du présent volume est un spécialiste de la cocaïne. Il a recueilli ses matériaux au cours de nombreuses années d'observations cliniques, et le résultat de ses travaux constitue une mise au point rigoureusement scientifique de la cocaïnomanie.

Le Dr Maier étudie successivement l'arbuste de la coca et sa première utilisation par les indigènes de l'Amérique du Sud, puis la préparation chimique du principe actif, son action physiologique sur l'organisme humain, la diffusion de la cocaïnomanie dans le monde, ses dangers, les remèdes, les méthodes de désintoxication, les mesures de prévention et de répression prises dans tous les Etats.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La grande fatigue de la vie de l'étudiant et du médecin.

La publicité est devenue une force incontestée et même parfois redoutable qui, à la manière d'une déesse impérieuse, domine notre existence. Quelques commerçants, connaissant admirablement le fond de l'âme humaine, en profitent pour faire, rapidement et facilement, fortune. La crédulité est exploitée avec un art consommé, car la masse de l'espèce humaine, naïve, et ayant souvent peu de sens critique, est imposante en nombre. Et ainsi la richesse peut s'accumuler chez certains, grâce aux « contributions volontaires », versées à la suite d'une réclame audacieuse et originale.

La publicité, cela va de soi, n'est pas toujours au service d'un produit mauvais ou d'une idée malsaine. Comme tout art véritable, la publicité ne devient fâcheuse qu'entre des mains mal intentionnées. Il peut arriver, dans certains cas,que la publicité rende les plus grands services pour soulager la misère et pour réparer l'injustice. A ce point de vue, la tâche à accomplir apparaît immense. Le champ d'activité, qui s'offre aux bonnes volontés, est toutefois trop vaste pour qu'il soit possible de l'aborder dans toute son étendue. Nécessité est de se restreindre et d'attirer d'abord l'attention sur les points essentiels qui réclament une intervention urgente.

Pour la vie médicale, une publicité bienfaisante pourrait s'exercer à l'occasion de toute une série de facteurs négatifs, nombreux et persistants. Sur la grande quantité des doléances, tous sont d'accord, mais il est également utile de s'entendre sur la gravité extrême de certaines d'entre elles. Il faut jeter le cri d'alarme, et prévenir les intéressés, afin de mettre en garde contre les mauvaises qualités d'un produit qui, dans l'espèce, n'est autre que le médecin lui-même. Peut-être serait-il plus exact de parler d'une plante, chétive et maladive, que l'on cultive pour le bien de l'humanité, mais qui succombe avant de porter ses fruits ?

Plante, ou fleur délicate, le mot importe peu. Retenons surtout que le corps médical est menacé de façon très sérieuse. Pour nous en convaincre, lisons très attentivement, l'article publié récemment par André Jacquelin, et intitulé : « *La grande fatigue de la vie de l'étudiant et du médecin* » (1). On doit méditer sur ces paroles émouvantes, s'inspirer des conclusions de l'auteur, et les faire connaître partout, en usant de tous les moyens de publicité.

M. Jacquelin débute son article de la façon suivante : « Il y a quelques jours, un jeune étudiant en médecine se « plaignait à moi d'un amaigrissement insolite, d'une fa- « tigue inexpliquée et d'un point de côté qu'il attribuait à « une névralgie intercostale. Je découvris une pleurésie « dont l'origine tuberculeuse ne laissait malheureusement « aucun doute.

« Quelques semaines plus tôt, un autre étudiant, fils de « médecin, et dont un frère était mort de tuberculose, avait « interrompu, sur mes conseils, sa préparation à l'externat.

« Frappé de son faciès de prétuberculeux, je l'avais « obligé à venir moins souvent à l'hôpital, et lui avait « enjoint, sans être écouté de lui, de prendre un repos pro- « longé dans sa famille. A l'occasion d'une poussée fébrile, « il m'a demandé de l'examiner : je l'ai trouvé porteur « d'une tuberculose évolutive.

« Ces deux cas se sont ajoutés à plusieurs autres, non « moins navrants, que j'ai observés dans ces dernières an- « nées. Ils concernaient tous des jeunes étudiants, souvent « arrivés depuis peu de temps de province à Paris, et par- « fois, à ma stupéfaction, fils de confrères.

« Et combien de souvenirs chacun de nous ne garde-t-il « pas de collègues, de camarades que la tuberculose a fau- « chés en plein effort de travail, de préparation aux con- « cours, dès l'aube de leur carrière médicale ? La tuber- « culose ou quelque autre infection, facilement victorieuse « d'un organisme surmené ?

Comme le dit, avec raison, M. Jacquelin, pour si connus que soient ces désastres, sans doute ne le sont-ils pas encore assez, non seulement du public extra-médical, mais aussi des médecins eux-mêmes, puisqu'il n'est pas exceptionnel de voir ces derniers arrêter trop tard leurs propres enfants sur la route du péril.

Le danger résulte, tout d'abord, de l'insalubrité de la grande ville, à laquelle beaucoup ne sont pas habitués. Ensuite, les jeunes gens ne sont point encore accoutumés à la fatigue des longues stations debout, que comporte, lors de la visite du « Patron » la matinée à l'hôpital.

Pour les plus zélés d'entre eux, de l'avis de M. Jacquelin, cette matinée se prolonge tard, et, après la visite, les menus travaux du service, les anesthésies à donner ou les pansements à faire quand ils accomplissent leur stage ou leur externat en chirurgie, les retiennent bien après-midi. Alors, en toute hâte, ils expédient un médiocre déjeûner au restaurant, avant de se rendre aux travaux pratiques de la Faculté. De plus, ceux qui, parmi eux, suivent la voie des concours, doivent préparer leurs deux « conférences » hebdomadaires d'anatomie et de pathologie, et, le soir, travailler les trop fameuses « questions ».

Si l'on veut éviter la catastrophe, un ménagement des forces sera de rigueur, mais, quelquefois, il faudra renoncer aux études médicales qui exigent des aptitudes physiques et psychiques spéciales que l'on ne rencontre pas chez tout le monde. Pour cette raison, on sera d'accord avec M. Jacquelin, qui propose *un examen d'aptitude physique* à ceux qui ambitionnent de parcourir jusqu'au bout la dure carrière.

Faute d'un examen préalable, et d'un conseil, après une ou plusieurs années d'un effort qui l'auront conduit à la maladie confirmée, à la tuberculose évolutive, par exemple, le malheureux étudiant tuberculisé, à supposer qu'il soit atteint d'une forme curable — devra, comme le prophétise justement M. Jacquelin, songer à s'orienter dans la voie de la médecine sanatoriale (1), ou bien se résoudre à l'abandon de le carrière commencée, avec tout le préjudice moral et matériel, toute la diminution qu'un tel abandon comporte.

Cela est tellement grave, tellement important, conclut M. Jacquelin, qu'il est bon de s'en souvenir,d'y penser souvent, pour essayer d'y porter remède, à l'occasion de faits particulièrement tristes, comme ceux qu'il lui a été donné d'observer récemment, répétés coup sur coup.

On ne peut laisser sans écho les paroles de M. Jacquelin. La publicité la plus large doit lui être consacrée, pour éviter aux étudiants et aux médecins les graves conséquences d'une santé ruinée et d'une existence gâchée.

G. ICHOK.

(1) André JACQUELIN. — La *Presse Médicale*, t. XXXVI, n° 2, 1928.

(1) G. ICHOK. — Le traitement du médecin malade et les sanatoriums. (La *Presse Médicale*, n° 85, suppl. p. 1781, 1922).

ACTUALITES

Quelques considérations nouvelles sur l'ulcère de l'estomac (2)

1° En 1919, Cade et Parturier (3) ont décrit, dans l'ulcus juxta-pylorique, un *point douloureux phrénique gauche*, par pression du nerf phrénique entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

Müntz (4), en rappelant ce signe, rapporte qu'il a observé dans 80 % des cas d'ulcère juxta-pylorique, un *point douloureux situé à la partie postérieure du cou, en dehors de la 5e vertèbre cervicale gauche* : « De plus, dit-il, si l'on invite le malade à tour-

(2) Extrait de l'*Année Médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN. Edition 1928 sous presse. R. Lépine, éditeur. 3, rue Vézelay, Paris (8e).

(3) *Revue de médecine*, sept.-oct. 1919.

(4) *Arch. app. digest. et nutrition*, juin 1927, n° 6.



CIPROMAROL
AFFECTIONS DU SYSTÈME VEINEUX
Hamamelis virginica
Capsicum annuum
Capsella bursa pastoris
Equisetum arvensis
Aesculus hippocastanum
Cupressus sempervirens
AFFECTIONS DU SYSTÈME VEINEUX
CIPROMAROL
DOSES THÉRAPEUTIQUES
LANDRIN & Cie
PARIS
CIPROMAROL
Echantillon gratuit : 20, Rue de La Rochefoucauld - PARIS

ner la tête à droite, il accuse une douleur on une sensation désagréable dans la partie latérale gauche du cou. »

Ce point douloureux doit être recherché par la pression localisée et légère d'un doigt ; la pression ne sera augmentée que progressivement. Parfois, la douleur est plus marquée à la décompression, si l'on enlève le doigt brusquement et peut persister un moment après sa recherche.

D'après Müntz, seule l'existence des deux points phréniques gauches a une valeur diagnostique indubitable, à moins qu'on ne constate en même temps qu'un seul de ces points, la contracture de la partie supérieure du muscle grand droit de l'abdomen, à droite.

Dans les cholécystites, on retrouve les deux mêmes points douloureux phréniques, mais à droite ;

2° Bernstein (1) est d'avis qu'un examen radiologique complètement négatif ne peut autoriser un diagnostic d'ulcère gastrique et que ce dernier ne peut être affirmé qu'en présence d'une niche d'Handek typique, de symptômes spasmodiques, ou d'enroulement de l'estomac et mieux encore de rétrécissement pylorique et de biloculation véritable. Il ajoute que les signes radiologiques ne peuvent suffire à poser l'indication opératoire qui devra être basée sur la clinique.

Ces affirmations sont un peu absolues ; on sait que certains ulcus, au début, ne se traduisent par aucun signe radiologique ; d'autre part, les signes radiologiques peuvent ne pas être au complet, mais ont néanmoins une grosse valeur dans l'établissement des indications opératoires.

Toujours dans le domaine de la radiologie, Gaston-Durand (2) montre qu'on ne doit pas, en présence d'un éperon ou d'un diverticule de la petite courbure, même constante dans leur siège, à différents examens, conclure nécessairement à l'existence d'un ulcus de la petite courbure ; la lésion peut siéger ailleurs, au pylore par exemple ;

3° Loeper et Marchal (3) ont observé que, dans l'hyperchlorhydrie et l'ulcus, les leucocytes (leucopédèse) sont peu abondants dans le suc gastrique et ils considèrent cette insuffisance leucopédétique comme une des causes principales de la transformation d'une lésion en érosion et en ulcération, et par conséquent de la production de l'ulcère et de sa persistance.

Ils en concluent à l'utilité d'une médication leucopédétique chez les ulcéreux et ils préconisent d'abord l'*atropine* (à action hyposécrétoire et antispasmodique, et dont ils ont montré l'action leucopédétique), de préférence en ingestion, à condition d'en prolonger l'administration.

Ils recommandent aussi le *sérum sanguin* d'animaux saignés, hémostatique, cicatrisant et leucopédétique, pris en dehors de toute alimentation et surtout dans les ulcères au début, ou après hémorragie.

4° Moutier et Porcher (4) ont obtenu par un traitement médical, la guérison d'ulcères cavitaires de l'estomac, ulcères siégeant presque toujours sur la petite courbure et s'extériorisant à l'examen radioscopique par une niche ou diverticule, un éperon, fixes par leur siège, à des examens répétés. On a vu plus haut les réserves apportées par Gaston Durand à ce sujet, mais cette remarque faite, il n'est pas douteux que, dans ces cas, le diagnostic d'ulcus de la petite courbure puisse être posé avec certitude.

Pour Moutier et Porcher, ces ulcères cavitaires, calleux, plus ou moins profonds, dont le fond est souvent formé par le foie ou le pancréas, peuvent guérir en un temps relativement court, comme ils se sont constitués très rapidement, contrairement aux idées généralement admises.

Le traitement proposé est le suivant : le repos absolu, s'il est possible de l'obtenir ; un traitement lacto-farineux banal ; du bismuth sans aucun arrêt pendant plusieurs mois ; enfin de l'atropine à la dose de un milligramme à un milligramme et demi par jour, en injections sous-cutanées matin et soir par séries d'une semaine séparées par un repos de trois ou quatre jours. Quant aux alcalins, au bicarbonate de soude en particulier, ils ne sont administrés que comme calmants au moment des douleurs.

C'est, en somme, le traitement depuis longtemps préconisé par A. Mathieu et dont j'ai toujours moi-même obtenu des résultats excellents.

Ce qu'il faut surtout savoir, c'est que ce traitement doit être suivi pendant un temps très long, cinq à six mois au moins à mon avis.

L'amélioration est rapide, notable déjà dès le dixième jour ; Moutier et Porcher considèrent que la guérison peut être obtenue au bout de deux mois en moyenne, parfois plus tôt, parfois plus tardivement, mais je pense, encore une fois, que le traitement doit être poursuivi même après la guérison apparente.

Je dis apparente, car les résultats obtenus sont uniquement constatés à l'examen radiologique ; si on suit régulièrement le malade à l'écran, on voit la niche, l'éperon ou le diverticule se combler progressivement, pour disparaître complètement.

De pareils faits ont été rapportés précédemment par Feissly, Loeper, Moutier et Porcher eux-mêmes ; ces derniers ont le mérite d'avoir récemment précisé la conduite du traitement.

Il subsiste cependant un point d'interrogation ; s'agit-il d'une guérison vraie ou seulement apparente, comme je le disais, il y a un instant, et des ulcères paraissant ainsi guéris ne sont-ils pas susceptibles de rechutes ou de récidives, comme on le suppose le plus souvent, quand on voit les crises douloureuses réapparaître ? Il faut le recul du temps pour pouvoir se faire une opinion. Mais on sait que l'ulcère de l'estomac est une affection récidivante par excellence, et bien que Moutier et Porcher considèrent qu'il ne s'agit souvent dans ces cas que de gastrite, de périgastrite, de névrite, de ptose, ou qu'il s'agit d'un nouvel ulcère évoluant en un autre point de l'estomac, je pense que souvent aussi, c'est bien le même ulcère qui rechute ou récidive, comme en font foi les interventions chirurgicales pratiquées postérieurement et en démontrant que l'existence d'une seule ulcération, sans cicatrice fibreuse et facilement reconnaissable d'un ulcère plus ancien. Un récent article de Le Noir (1) semble confirmer cette manière de voir.

G. Faroy.

(1) *Mediz. Klin. Woch.*, 29 sept. 1926, n° 39.
(2) *Soc. de gastro-entérologie*, 11 juill. 1927.
(3) *Progrès Méd.*, 1926, n° 50,
(4) *Presse méd.*, 1927, n° 72.

(1) *Semaine des hôp. de Paris*, 1927, n° 10.

CHRONIQUE

L'état psychique et la gestation. — Au début de son article, Hofsætter (2) rappelle en quelques mots la mentalité des enfants : les petites filles rêvent bien souvent d'avoir des enfants, les garçons voudraient ressembler à leur père par leur force. L'éthique sexuelle, l'éducation jouent un rôle important pour la vie sexuelle future des enfants. Puis, l'auteur passe en revue les différents états et les diverses évolutions de la gestation. La gestation et l'accouchement chez les peuples peu cultivés sont plus faciles que chez les cultivés. Dans les hôpitaux, on constate bien moins de complications psychiques de la gestation que dans la clientèle privée. Les accouchements sont souvent difficiles à la campagne ce qui est dû à l'étroitesse fréquente du bassin chez les paysannes, étroitesse provoquée par les travaux physiques durant la période du développement de l'organisme. Les présentations défectueuses, la mort de l'enfant dans les premières années de la vie, sont aussi plus souvent observées à la campagne.

L'état du système nerveux des citadines joue un rôle important pour les manifestations des états psychiques pathologiques durant la gestation. Un accoucheur plus que tout autre médecin doit non seulement être le médecin du corps de son patient, mais aussi de son âme. Il y a nettement des relations entre les phénomènes psychiques et l'état nerveux, il ne faut point oublier l'influence de la psychothérapie sur les phénomènes corporels. L'auteur se pose la question : les vomissements de la gestation n'est ce point un phénomène psychique ? Il appuie son opinion

(2) Hofstætter. — Psyche und Schwangerschaft. (Psychisme et gestation.) *Internationalen Zeitschrift für Individualpsychologie*, IVe année, cahier 4.

sur le fait que, chez les femmes qui doivent cacher leur état de gestation, on n'observe presque jamais de vomissement.

L'auteur rapporte une observation de gestation imaginaire chez une femme âgée de 24 ans et qui désirait avoir des enfants et n'en avait point durant quatre ans de mariage. La femme ressentait tous les phénomènes de la gestation, les mouvements du fœtus, elle venait consulter le médecin pour être fixée du jour de l'accouchement ; chez elle, à la maison, tout était préparé pour l'enfant futur. Cette femme n'était point hystérique ; quand on lui dit qu'elle n'est pas enceinte, elle pleure, se lamente, mais au bout de quelques jours revient voir le médecin, tous les symptômes de la gestation avaient totalement disparu.

L'état mental de la femme durant la gestation dépend pour beaucoup de la parenté d'âme entre les époux, de l'harmonie de la vie de famille, du désir d'avoir un enfant. Certaines femmes durant la gestation vivent en un tel contact psychique avec leur futur enfant que le reste du monde ne les intéresse plus, n'existe plus pour elles. Le caractère change durant la gestation, le désir sexuel disparaît, le mari n'existe plus pour la future mère. Mais, par contre, dans d'autres cas, le libido se trouve exagéré pendant la gestation. Pour certains hommes, la femme en état de gestation ou ayant accouché ne peut plus être un objet d'amour. Bien souvent entre le mari et la femme survient un conflit, la mère est en communauté d'âme avec son enfant et le mari se montre distant. Une femme, attendant son enfant, soumise à un grand traumatisme psychique, peut facilement avorter. La peur de l'accouchement est nuisible pour l'évolution de ce dernier, le rôle de l'accoucheur est très important, il doit savoir se montrer doux ou énergique, suivant les conditions. L'auteur mentionne, en passant, l'emploi de l'hypnose en obstétrique.

La gestation est le problème principal de la vie de la femme, et l'homme ne doit point oublier sa responsabilité envers la femme et l'enfant.

Questions sexuelles. — Le prof. HOFSTÆTTER, de Vienne a réuni dans un intéressant tirage à part les articles qu'il a publiés dans le dictionnaire des sciences sexuelles de MAX MARCUSE (1).

Abort (W.-C. — L'auteur signale l'importance qu'il y a à surveiller étroitement les W.-C., cette discipline servira de base à la discipline sexuelle. Les enfants restent sans surveillance, y voient bien souvent des inscriptions et des dessins érotiques ; c'est aussi là que souvent se font les attentats sexuels. L'auteur fait remarquer que les gardiennes des W.-C. sont souvent d'anciennes prostituées.

Avortement et accouchement prématuré — Il est impossible d'en évaluer leur nombre précis. Quelles sont les causes de l'avortement ? L'hypoplasie, l'infantilisme, les abus sexuels, pour les femmes ayant eu plusieurs accouchements, les affections vénériennes, les affections générales fébriles, la syphilis, la tuberculose, les états cardiaques décompensés, les affections des reins, les divers empoisonnements, les secousses psychiques. L'avortement habituel n'est pas aussi fréquent qu'on le pense, il se voit tout particulièrement dans les troubles des glandes endocrines et en cas de syphilis chez le mari.

L'auteur passe en revue les indications médicales à l'application de l'avortement provoqué.

Il indique les difficultés présentées au cours du traitement des avortements, difficultés bien plus considérables que celles observées dans les accouchements. Les causes de l'accouchement prématuré sont les mêmes que celles de l'avortement et en plus les déformations du bassin, les abus sexuels durant les dernières semaines de la gestation

Abortifs (moyens). Moyens externes et moyens internes. HOFSTÆTTER étudie tour à tour les rayons X, les substances végétales ou minérales, les hautes doses de rayons ultrats-violets, l'avortement provoqué par la peur. Il s'arrête sur la question de la pénalité pour manœuvres abortives dans les cas de gestation imaginaire. Il note aussi les injections d'iode en tant que moyen abortif.

(1) MAX MARCUSE. — *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft*, MARCUS et WEBER, éd., à Bonn.

Klimakorium (ménopause). — La ménopause, c'est l'état de la femme qui n'a plus ses règles, l'état climactérique c'est l'état où il n'y a plus de mûrissement de l'œuf. Les états de malaise de l'âge climactérique sont plus graves que ceux de la ménopause. On observe des modifications au niveau des vaisseaux, des modifications des organes sexuels externes et internes ; des modifications de l'aspect général surviennent plus tard (hypoalimentation, fatigue psychique). Les modifications de tous les systèmes du psychisme de la femme sont nettes. Il n'y a pas de relations précises entre le moment plus ou moins précoce de l'apparition de la puberté et la disparition plus ou moins tardive des règles. L'état climactérique précoce a été plus fréquent après la guerre ; le tardif est rare : on le considère comme tel quand il survient après 60 ans. La gestation après 45 ans est très rare, la gestation après la ménopause existe, mais elle est très rare, elle finit en général par l'avortement. Durant la ménopause, on observe des modifications du libido. Des perversions sexuelles peuvent apparaître.

Fécondation artificielle. — Les investigations poursuivies jusqu'ici ont été faits sur des animaux sains. Or, dans l'espèce humaine, on applique la fécondation artificielle chez des femmes malades. Hofstætter critique cette méthode, mais indique aussi ses bons côtés. L'introduction peut se faire ou bien dans le vagin ou bien dans l'utérus directement.

Les indications pour cette opération sont presque exclusivement en dépendance avec l'état du mari, très rarement avec celui de la femme. En tant que contre-indications, doivent être envisagées les maladies suivantes : la tuberculose, la syphilis, le diabète, les maladies mentales, les toxicoses. L'introduction se pratique durant les premiers jours après les règles dans le canal cervical.

Le sperme doit être frais (obtenu par rapports sexuels ou par masturbation). L'organisme de la femme contribue pour beaucoup à la réussite de la fécondation artificielle. La question de qui doit être pris le sperme si le mari est exclu pour telle ou telle autre cause, est une question très délicate ; elle doit se résoudre suivant toutes les exigences de la loi et avec plein consentement des parties intéressées.

Lactation. — L'allaitement maternel est bon pour la mère et pour l'enfant (la moyenne de 5 à 9 mois de lactation ne peut être nuisible à la mère). L'auteur examine avec attention les relations entre la lactation et l'état mental de la femme, il étudie le cas de nouvelles gestations durant la lactation ; il envisage les relations entre la maternité et les rapports sexuels. Certaines femmes ne ressentent la réelle volupté qu'après le premier accouchement.

Menstruation et ovulation. — Le mûrissement sexuel arrive et dure depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 45 ans environ. Durant sa vie, la femme donne en moyenne de 300 à 400 ovules mûrs. Le cycle utérin se divise en trois phases : phase de prolifération (durant 5 à 15 jours après le début des dernières règles), phase sécrétoire (du 15e au 28e jour), phase de desquamation (1 à 4 jours).

Le climat, la race, les états de nutrition, les conditions de vie, ont une certaine importance. Des troubles de l'état général peuvent s'observer en relation avec les menstruations (état mental).

Le libido est plus fort durant les règles et les premiers jours après ces dernières. La fécondation est plus facile. Dans tous les pays et même par certaines lois religieuses, les rapports sexuels avec des femmes ayant leurs règles sont blâmés. L'auteur indique l'influence produite sur l'organisme de la femme par le sperme résorbé par ses muqueuses.

Impuissance. — La question de la puissance sexuelle et de l'impuissance chez la femme a moins d'intérêt que chez l'homme ; chez la femme, c'est principalement la puissance génerative (stérilité) qui a une importance. Celle de la puissance de cohabitation a peu d'importance, la femme étant passive dans les rapports sexuels. La femme en amour est plus forte elle se fatigue moins.

L'auteur donne un aperçu détaillé sur la frigidité, sur l'anesthésie génitale totale de la femme (rare). La frigidité peut être

primitive ou secondaire, facultative ou absolue. Les causes de frigidité peuvent être organiques locales, endocriniennes, cérébrales ou encore psychiques.

Gestation. — La gestation influe sur tout l'organisme de la femme, sur les glandes endocrines. Elle est une épreuve pour l'organisme de la femme. La syphilis et la tuberculose sont des ennemis de la génération humaine. Les relations entre le mari et la femme changent durant la gestation, le mari ressent un moindre attrait pour sa femme durant son état de gestation. Les affections mentales sont assez rares durant la gestation. Si elles existent (idée de suicide, état de dépressions), elles disparaissent vers la fin de la gestation. Mais si l'état de trouble mental apparaît vers la fin de la gestation, il est plus grave. Ces dépressions sont en relation avec le déséquilibre de la vie sexuelle, avec la sensation que le mari ne désire pas l'enfant qui lui fait perdre pour un temps assez long la possession de sa femme. Parfois, c'est la femme qui sachant l'enfant d'un autre homme ne peut plus aimer son mari. Parfois, la femme n'a que peu de libido, et, étant mère, l'homme ne lui dit plus rien.

La période la meilleure pour la gestation est entre 18 et 38 ans.

La gestation avant 13 ans est nuisible à tous les points de vue.

L'hygiène de la gestation est très importante. L'auteur fait remarquer la possibilité de la gestation nerveuse.

Stérilité. — Plusieurs degrés : affaiblissement de la force de conception (2 ans de stérilité), stérilité durant 3 ans, stérilité réelle. La stérilité à la suite d'un accouchement, c'est la stérilité secondaire. La stérilité peut être temporaire : durant la gestation et après le traitement radiologique. Il existe trois stérilités physiologiques : la prémenstruelle, celle de la gestation et celle de la lactation.

Dans un tiers des cas, c'est le mari qui est responsable de la stérilité, dans un tiers des cas, il est fautif indirectement ayant contaminé sa femme, et c'est seulement dans un tiers des cas que la femme est en cause directement.

L'auteur rappelle la possibilité de l'immunité spermatique, il parle des relations entre l'orgasme et la stérilité. Il indique les traitements possibles.

TRIFONOFF.

SOCIÉTÉ SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1928

69.000 décès peuvent être évités chaque année en France. — De l'examen des chiffres fournis par la statistique générale de la France, M. ***Paul Strauss*** conclut à la nécessité et à la possibilité de réduire les décès évitables causés par la mortalité infantile et la tuberculose.

Nous économiserions, chaque année, 45.000 vies humaines si nos décès par tuberculose n'étaient pas supérieurs à ceux de l'Angleterre. Nous sauverions, en outre, chaque année, 24.000 enfants si nos décès par mortalité infantile ne dépassaient pas la proportion atteinte dans les Pays-Bas. Le total de ces gains annuels atteindrait le chiffre imposant de 69.000 vies humaines soit en cinq années, de 345.000 vies humaines. Pour atteindre ce résultat, M. Strauss a proposé un certain nombre de vœux qui serviront à l'Académie de base de discussion.

Traitement chirurgical dans les formes pyohémiques de l'infection puerpérale. — MM. ***Jeannin*** et ***Chomé*** apportent dix cas de phlébites utéro-pelviennes infectantes traitées chirurgicalement. Ils n'ont opéré que les formes graves et se sont fondés surtout sur les symptômes généraux — frissons intenses et répétés, pâleur si particulière des malades, premiers signes d'une complication pulmonaire — traduisant la suppuration veineuse. Les signes locaux ont peu d'importance diagnostique. Le traitement chirurgical consiste soit dans la ligature du tronc veineux en aval de la lésion, soit dans la résection de la voie atteinte de phlébite, le but commun étant la suppression des embolies septiques. La technique varie suivant les lésions et le siège. Les résultats des auteurs s'expriment par les chiffres suivants : trois morts et sept guérisons sur dix interventions.

Sur le charbon comme véhicule des substances médicamenteuses. — M. ***Paul Blum*** propose d'utiliser le charbon animal comme vecteur de médicaments. Il appelle « Adsorbats » ces préparations nouvelles obtenues en faisant adsorber par le noir animal des corps simples comme les vapeurs d'iode ou de mercure ou des gaz comme l'hydrogène sulfuré ou le gaz chlorhydrique, etc. La technique de cette nouvelle forme pharmaceutique est sans difficulté et peut être réalisée dans toutes les officines pharmaceutiques. Les adsorbats ont aussi cet avantage de dégager lentement leur principe actif et permettre une thérapeutique par doses faibles et continues.

Élection. — M. le prof. Gosset est élu membre titulaire dans la 2e section (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1928.

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. ***Auvray*** apporte une observation nouvelle de cette rare et très grave affection. Il s'agit d'une femme que l'auteur voit atteinte d'un syndrome abdominal grave avec distension considérable. Laparotomie, une grosse masse distendue pseudo-kystique est ponctionnée : c'est l'estomac d'où l'on évacue une très grosse quantité de liquide. Suture de la brèche gastrique. Mort rapide au bout de quelques heures. A l'autopsie, on ne constate aucun obstacle mécanique sur le cours des matières. Il s'agit vraisemblablement d'un estomac forcé.

Métastase ovarienne d'un cancer de l'estomac. — M. ***Moure*** raconte l'histoire d'une malade opérée par lui d'un cancer du pylore qui, deux ans et trois mois après, revient le consulter pour une tumeur pelvienne. Laparotomie, il trouve deux tumeurs ovariennes qu'il enlève. Grosse coulée néoplasique le long de la colonne vertébrale. La malade meurt peu après de métastases multiples. L'examen histologique montre l'identité entre le cancer gastrique et les tumeurs ovariennes.

MM. ***Sorrel*** et ***Moure*** ont vu aussi chacun un cas de métastases ovariennes à la suite d'un cancer du sein.

Cancer du sein et radiothérapie préopératoire. — M. ***Proust*** rapporte une observation de MM. ***Robert Monod*** et ***Ledoux-Lebard*** où un cancer du sein, accompagné d'une énorme tumeur axillaire, a été rendu opérable par des applications de rayons X pré-opératoires. L'examen histologique montre que la pièce contient encore des cellules cancéreuses dans une réaction fibreuse intense. La malade est guérie depuis trois ans et trois mois.

Torsion axiale d'un utérus fibromateux. — M. ***Proust*** rapporte un cas de M. ***Leclerc*** (de Dijon) où la torsion, quoique d'un demi-tour seulement, s'accompagnait déjà de phénomènes de nécrobiose. Hystérectomie. Guérison.

Kyste osseux de l'extrémité supérieure du fémur. — M. ***Baranger*** (du Mans) ; M. ***Lenormant***, rapporteur. L'auteur a bourré la cavité à l'aide de greffes ostéo-périostiques.

M. ***Mouchet*** pense que cette conduite est préférable à l'abstention opératoire, car il a vu celle-ci entraîner des fractures spontanées.

Corps étranger intra abdominal. — M. ***Brocq***, rapporte M ***Lenormant***, a opéré un malade qui présentait dans la racine du mésentère, près de l'angle iléo-cœcal, extra-intestinal par conséquent, un clou de tapissier avalé depuis quelques années. Guérison.

Rupture de l'urèthre périnéal. — MM. ***Fouillasson***, ***Ibos*** et ***Alain Mouchet*** présentent deux observations, que rapporte M. ***Lenormant***, où cette lésion a été traitée par la suture primitive

sous le couvert d'une dérivation hypogastrique. L'un d'eux a eu pendant quelques jours une fistule périnéale qui s'est fermée spontanément. Tous les deux ont été revus au bout d'un mois et ils présentaient une ébauche de rétrécissement, mais facilement dilatable.

Anévrysmes artério-veineux. — M. *Descomps* apporte sa statistique de guerre, qui se monte à 40 cas. Si la fistule est simple, la réparation des deux vaisseaux avec sutures latérales est possible. Si, au contraire, il existe un sac seuls les cas favorables où la dilatation artérielle est petite et les parois suffisamment résistantes pour supporter une suture doivent bénéficier d'une réparation artérielle. Les cas défavorables, de beaucoup les plus fréquents, doivent être traités par l'extirpation avec ligature des branches au ras du sac ; la suture intra-artérielle des orifices est en effet très difficile à réaliser le plus souvent.

Anesthésie locale et position assise dans la chirurgie nerveuse. — M. *de Martel* en montre les bons résultats ; l'hémostase est facile ; les interventions les plus graves peuvent être menées à bien. Il a exécuté ainsi des cordotomies où les indications données par le malade sur ses sensations douloureuses sont très importantes. Quand il y a lieu de réaliser une hémostase cérébrale, il emploie du muscle de lapin.

Sur le pied creux et l'incontinence d'urine — M. *Bréchot* revient sur sa conception pathogénique personnelle et montre que la section des brides congénitales comprimant le cul-de-sac dural au niveau des dernières vertèbres lombaires, lui a donné des bons résultats.

Paralysie radiale après fracture sus et intercondylienne. — M. *Moure* a libéré le nerf, emprisonné dans le cal osseux et, malgré sa ténuité et son mauvais aspect, ne l'a pas reséqué. Quinze jours après, le tonus était revenu et trois mois après, la malade était guérie.

Anévrysme de la bifurcation carotidienne. — M. *Petit-Dutaillis* montre un malade où il a anastomosé la carotide interne et la carotide primitive avant l'extirpation du sac. Il n'a eu aucun trouble cérébral et une guérison parfaite.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1928.

Rôle de l'infection dans le traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple. — MM. *Etienne Bernard* et *Desbucquois* relatent l'observation d'un homme de 66 ans atteint d'anémie pernicieuse et entré à l'hôpital dans un état très grave. Par la méthode de Whipple (200 gr. de foie de veau par jour) le nombre des globules rouges passa de 760.000 à 1.620.000 en huit jours et 3.600.000 en six semaines. Puis à l'occasion d'un court épisode infectieux, bronchite aiguë avec ascension thermique à 39°, le taux des hématies s'abaissa à 2.200.000 malgré la continuation de la cure. Cette chute fut de courte durée ; le taux antérieurement obtenu fut atteint de nouveau et même dépassé. Mais les auteurs insistent sur cette éclipse de l'action thérapeutique du foie et la compare à ce qui se passe pour l'insuline chez les diabétiques quand survient un état infectieux.

Un cas de pseudo granulie subaiguë. — MM. *Marcel Brulé*, *René Huguenin* et *Paul Foulon* rapportent une histoire curieuse au point de vue clinique et intéressante au point de vue doctrinal. Celle d'une jeune femme qui présentait le tableau somatique d'une typhoïde et l'image radiologique d'une granulie, et qui, défiant toute prévision clinique, vécut plus de 6 mois ; avant sa mort étaient apparus des signes cliniques et radiologiques de broncho-pneumonie du lobe supérieur droit. Or anatomiquement, ces lésions broncho-pneumoniques étaient tout à fait localisées à la partie postérieure du poumon. Ainsi de petites lésions fines, nodulaires, à peu près arrondies, disséminées dans la majeure partie du parenchyme pulmonaire peuvent s'accompagner de syndromes cliniques de types variables et il n'est pas que des granulies aiguës et des granulies froides. Histologiquement, hors les nodules arrondis, folliculaires, toujours scléreux, il en existe d'autres qui, au milieu d'un parenchyme sain, sont des processus purement alvéolaires, tout autant que les lésions broncho-pneumoniques. Les lésions étaient donc primitivement toujours exsudatives quelle que soit la topographie et l'étendue de celles-ci. Il n'y a pas de différence de nature entre elles. Cette unité des réactions inflammatoires du poumon paraît intéressante à souligner ; et si la réaction que détermine initialement le B. K. est indifférente ici de ce qu'elle est dans d'autres organes cela doit tenir simplement à la structure particulière du poumon.

Syphilis nerveuse et traitement antisyphilitique. — M. *Marcel Pinard.* — Dans les syphilis nerveuses les cas désastreux s'observent fréquemment avec des thérapeutiques mal conduites, médicaments peu actifs, doses insuffisantes, séries courtes, repos trop longs. Dans les syphilis obstétricales, les échecs peuvent dépendre en outre d'une application trop tardive du traitement. L'expérimentation comme la clinique montrent qu'avec le 914 il faut arriver à la dose efficace. Un centigramme et demi par kilog. La médication bismuthique procède le plus souvent par séries trop courtes. Ces fautes thérapeutiques sont certes une des causes de l'augmentation actuelle de la syphilis. Prochainement un adulte de 80 kilogs, sans tares organiques, n'aura pas droit, d'après le codex, à sa dose stérilisante.

M. *Sicard* fait remarquer que les doses thérapeutiques sont variables avec chaque cas.

L'intra-dermo-réaction à la cholestérine dans diverses maladies de la nutrition. — MM. *Loeper* et *A. Lemaire* ont eu l'idée de pratiquer l'intra-dermo-réaction à la cholestérine dans l'arthritisme, c'est-à-dire dans certains états qui précipitent la cholestérine, les oxalates, les phospho-carbonates, etc. Ils ont employé soit une huile cholestérinée (0,05 centigrammes de cholestérine par centicube), soit de préférence une émulsion colloïdale (0 008 milligramme de cholestérine par centicube) Les auteurs ont noté une intra-dermo-réaction positive (nodules, tophus) dans une série de maladies notamment le rhumatisme chronique déformant, l'arthropathie syphilitique, la lithiase biliaire, la cholélithiase, le xanthome, la cirrhose, etc., et une réaction négative dans le rhumatisme infectieux, l'ictère infectieux, les néphrites chroniques. L'intra-dermo-réaction s'est montrée positive également dans certains cas de migraine et d'obésité. Il s'agit-là d'une réaction précipitante et la précipitation n'exige pas une forte cholestérinémie dans le sang.

Cette intra-dermo-réaction a permis aux auteurs de tenter l'action de l'insuline. Cette dernière n'est plus positive quand les malades sont soumis au traitement insulinique. L'intra-dermo réaction à la cholestérine acquiert donc une grande importance dans les maladies dites précipitantes.

Projections en relief des télestéréo-radiographies des poumons, du cœur, du tube digestif. — M. *Dioclès* montre l'intérêt des télestéreoradiographies pour la localisation des lésions.

Sur un pseudo-sarcome à localisation splénique principale. Présence de formes mycosiques dans les tissus — MM. *P.-Emile Weill*, *Paul Chevallier* et *P. Flandrin* rapportent l'histoire d'un malade atteint de tumeur maligne adénosplénique, qui évolua en sept ans pour se terminer par une tumeur crânienne et cérébrale. La splenectomie, faite par le Dr de Fourmestraux, donna pendant six mois une amélioration considérable, mais elle fut suivie de la généralisation céphalique.

La tumeur splénique pesait 4 kg. 500 et avait l'aspect d'un sarcome. Elle était formée de noyaux de taille variable et tout à fait blancs qui bosselaient l'organe, et d'une grande abondance de tissus fibreux. L'histologie démontra qu'il s'agissait non d'un sarcome mais d'un lymphome. Dans les bandes fibreuses on trouvait des hémorragies et des amas de pigments ferrugineux. Dans ces bandes aussi fut trouvé un champignon de forme spéciale, différant des aspergillus précédemment décrits dans certaines splénomégalies. Ce champignon est constitué par un mycélium terminé par des renflements spéciaux.

Ce cas offre un grand intérêt doctrinal, d'une part pour l'histoire des tumeurs causées par les gros parasites, et d'autre part pour le chapitre nouveau des mycoses spléniques.

René GIROUX.

BIBLIOGRAPHIE

Cours d'hygiène professé à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris sous la direction de Léon BERNARD et Robert DEBRÉ. Tome I. Epidémiologie et prophylaxie des maladies infectieuses. Epidémiologie générale. Epidémiologie et prophylaxie spéciales. Prophylaxie générale, Hygiène sociale. Protection maternelle. Hygiène professionnelle. 1248 pages. Tome II. Hygiène publique, hygiène alimentaire, hygiène urbaine. 800 pages. Prix les deux volumes : 160 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet important ouvrage contient la documentation la plus neuve et la plus complète qui soit actuellement sur toutes les questions d'hygiène.

Aux *médecins* il donne, non des conceptions périmées réduisant essentiellement l'hygiène à la technique et à la police sanitaire, mais les moyens destinés à combattre le mal et les mesures propres à l'éviter. « La médecine préventive installée aux côtés de la médecine curative ne compose-t elle pas avec elle l'action et la responsabilité du médecin ? »

Aux *techniciens spécialistes* il apporte tout l'enseignement théorique nécessaire pour les formations que réclame l'hygiène publique il est pour eux le guide indispensable au cours de leur pratique dans les laboratoires, au cours de leurs visites et de leurs stages.

D'une documentation précise, ce Cours d'hygiène est l'ouvrage à consulter à chaque instant, qu'il s'agisse d'un arrêté à prendre, d'un rapport à rédiger, d'un avis à donner, d'une construction à faire, etc.

L'hygiène est une discipline qui utilise des sciences multiples, auxquelles elle emprunte ses sources de connaissances et ses moyens d'action : un ouvrage de ce genre ne pouvait donc être écrit qu'en collaboration.

Le professeur Léon Bernard, a su grouper autour de lui des collaborateurs appartenant à des milieux scientifiques différents et que leurs travaux lui désignaient pour mener à bien ce travail.

C'est ainsi qu'à côté des professeurs de Facultés de médecine, de sciences ou d'écoles spéciales, on trouvera des médecins des hôpitaux, des hygiénistes, des vétérinaires, des inspecteurs des services sanitaires, des architectes.

Le professeur Léon Bernard et le Dr Debré ont su donner à tous ces travaux l'homogénéité nécessaire.

Éléments de la physique des rayons X. Introduction à la Radiologie médicale et à l'étude générale des rayonnements par F. WOLFERS, Docteur ès Sciences. 1 beau volume in-octavo de 400 pages avec figures et planches hors-texte, Hermann, rue de la Sorbonne. Paris, 1928 : 22 francs.

Ce livre a pour but principal de faciliter aux médecins et aux étudiants en médecine l'accès d'une spécialité du plus grand intérêt, la Radiothérapie, qui présente peut-être des difficultés spéciales en raison des connaissances physiques indispensables à son emploi.

La Science et l'Art de la voix. Méthode complète de voix à l'usage de ceux qui parlent ou chantent, par Henri-Jean FROSSARD 1 vol. in-8, 4.8 p. Les Presses Universitaires, 49. Boulevard St Michel. Paris.

Ce volume, qui est une révélation, comprend quatre parties :

1° La réédition de la *Méthode italienne de chant*, de Tomeoni Florido, professeur à Paris en l'an VII (1800).

2° *La Science et l'Art du chant*, de H. J. Frossard, 1913, qui a retrouvé scientifiquement les principes de la méthode italienne.

3° *analyse critique d'une trentaine de méthodes de chant*, sans faiblesse et sans parti-pris. Cette série sera continuée.

4° L'application à la Médecine de la *Gymnastique respiratoire Phonique* ou *phonothérapie*.

Dans la cage du Tigre. Clémenceau intime. Souvenirs d'un ancien secrétaire, par Léon ABENSOUR. Un volume orné de 4 hors-texte et d'une photographie inédite de Clémenceau. Prix : 10 fr. (éditions Radot 5. rue Eugène-Manuel, 5, Paris (XVIe).

L'auteur a été pendant quelques années le collaborateur du Tigre. Il a causé familièrement avec lui Il a assisté aux déroulements imprévus de sa pensée. Il a enregistré ses opinions sur quelques uns des plus hauts problèmes politiques.

Et de ce livre surgit une figure de Clémenceau toute nouvelle qui fera s'évanouir bien des légendes.

Les « petites miettes d'une grande histoire », offrent un intérêt certain quand le biographe a de l'esprit, du tact et le sens de l'humour.

La Revue philanthropique que dirige M. Paul STRAUSS, sénateur, est éditée depuis le 1er janvier 1928, par Amédée Legrand, 93, Bd St-Germain.

Le premier numéro de cette nouvelle forme vient de paraître : la *Revue Philanthropique* publie, comme elle le faisait lorsqu'elle paraissait chez Masson, le Bulletin de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Elle devient en outre, « Recueil d'hygiène sociale ».

Ce premier numéro résume notamment des articles de M. Paul Strauss, « L hygiène sociale », de M. G. Cros-Mayrevielle « L'évolution de l'assistance hospitalière » de M. Sarraz-Bournet, « La lutte contre les fléaux sociaux ».

Signalons une revue des questions d'assistance, un répertoire bibliographique de l'Office d'hygiène sociale, etc...

Le prochain numéro comportera en outre une rubrique des œuvres françaises d'assistance à l'étranger.

Lunéville et son arrondissement, par E. DELORME. Tome I. 191 dessins originaux inédits. in-8, 320 p. Imprimerie du « Journal de Lunéville ». Lunéville 1928.

M. le Professeur Edmond Delorme vient de faire paraître le premier volume de l'histoire de l'arrondissement de Lunéville dont il est originaire. Ce livre, bourré de documents et dessins dûs à la plume de l'auteur, est plus que l'œuvre d'un historien : c'est aussi, comme le dit le Dr Crinon, une œuvre pieuse édifiée pour sa petite patrie par un grand savant et une âme généreuse.

« GOUTTES PAÏDOPHILES »
IODARSENIC
du Dr GUIRAUD
SCROFULES-LYMPHATISME
MALADIES CUTANÉES

Solution rigoureusement titrée et inaltérable de TRIIODURE d'ARSENIC
préparée selon les indications fournies à l'Académie de Médecine
(*Séance du* 19 *Avril* 1898 *et Novembre* 1905)
Par le Docteur F. GUIRAUD
lauréat (Médaille d'Or) de la Faculté de Médecine
Ex-Pharmacien de l'Hôpital de Bordeaux.

N. B. — ***Médicament énergique :*** *à prendre suivant les indications qui accompagnent chaque flacon*

ECHANTILLONS & LITTERATURE : Dr GUIRAUD 60, Cours d'Aquitaine, BORDEAUX
ROGIER. 56, Boulevard Péreire, PARIS 17e.

L'IODÉOL joint au pouvoir catalytique et antithermique des métaux colloïdaux l'action bactéricide, anti-toxique et lymphagogue de l'Iode métalloïdique

PNEUMONIE
BRONCHO-PNEUMONIE
CONGESTION PULMONAIRE, ERYSIPELE
MYCOSES, GRIPPE

L'IODEOL N A PAS D'ÉQUIVALENT EN THERAPEUTIQUE
Ne contient ni menthol ni produit radio-actif

Téléph. Arch.

IODEOL

Iode Colloïdal Electro-Chimique, Pur et Stable (Suspension Huileuse)
(Brevets E. VIEL, Ingénieur Electrométallurgiste, Docteur en Pharmacie)

PROVOQUE la défervescence
ABREGE la durée de la maladie
EVITE toute complication

Adresse télégraphique IODVIEL-PARIS

E. VIEL & Cie
3, rue de Sévigné, PARIS
R. C. Paris 109.994

POSOLOGIE et FORME

1° **AMPOULES** pour injections intra-musculaires.
2° **CAPSULES** : six à huit par jour.
3° **LIQUIDE** pour usage externe. S'emploie comme la teinture d'Iode, mais 10 fois plus actif. Ne colore n'irrite pas la peau.
4° **OVULES** : Métrites.

Le Gerant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 6. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 11 FÉVRIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr
Étudiants	30 fr
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

Cinquante ans après la mort de CLAUDE BERNARD

Voici cinquante ans que Claude Bernard est mort. En le rappelant, on n'a point songé à commémorer un cinquantenaire; la façon dont fut célébré, en 1914, le centième anniversaire de la naissance du physiologiste, les éblouissantes célébrations réservées depuis à d'autres, peut-être moins grands, montrent assez l'artificiel de pareilles manifestations.

On a simplement pris prétexte de cette date pour évoquer une fois de plus cette grande figure. « Claude Bernard, disait en 1914, M. Maurice Croiset, est du nombre de ceux qui ont droit à ces retours périodiques de l'attention, parce qu'il est de ceux dont les idées se sont développées et se développent encore de jour en jour ».

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux. (Admissibilité.)* — Liste des candidats : MM. Pascalis, Wilmoth, Thalheimer, Gaume, Charrier, Senèque, Michon, Reinhold, Huet. Chastang, Aurousseau, Maurer, Bernard (Raymond), Bloch (René), Oberlin, Welti, Brouet, Chabrut, Soupault, Lorin, Gueulette.

MM. Pascalis, Wilmoth, Charrier, Senèque, Michon, Maurer, Bloch (René), Oberlin et Lorin, ayant aux moins deux admissibilités antérieures sont dispensés de prendre part au concours d'admissibilité.

Sont désignés comme juges : MM. les Drs Sébileau, Berger, Sauvé, Dujarier, Mathieu, Duval et Michon ; comme censeurs : MM. les Drs Petit-Dutaillis, Desplas, Monod (Raoul) et Fey.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 février. — M. Cot. Sensibilisation et cachexie cancéreuse. — M. Piry. Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut.

7 février. — M. Pérard. Restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme. — M. Menyasz. Etude des formes graves d'appendicite aiguë. — M. Singer. Abcès splénique d'origine typhique. — M. Manong. Diagnostic de l'ulcère gastro-duodénal. — M. Richault. Etude sur le genêt utilisé comme hémostatique en stomatologie.

8 février. — M. Terrasse. Essai sur le pneumothorax artificiel — M. Leibovici. Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles.

9 février. — Thèses vétérinaires. — M. Malvezin. Contribution à la production d'un lait propre et sain.

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa dernière réunion le Conseil de la Faculté a proposé pour la chaire d'hydrologie : en première ligne, M. Villaret ; en deuxième ligne, M. Léri.

Hôpitaux de Paris. — Les chirurgiens des hôpitaux de Paris étaient représentés depuis sept ans au Conseil de surveillance de l'Assistance publique par M. Charles Lenormant. Sur sa demande, il a été remplacé par M. Fredet.

En témoignage d'affectueuse gratitude pour le dévouement avec lequel M. Lenormant a représenté le Corps chirurgical dans le Conseil, ses collègues, à l'issue de la séance de la Société de chirurgie du 1er février, viennent de lui remettre un objet d'art.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade d'officier.* — MM. les Drs Muraz (A.E.F. Crudeli (A. O. F.), Lalung-Bonnaire (Indo-Chine), Manes (Réunion.)

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Marguerite (de Castelculier), Métayer (de Moncoutant), Binet du Jassonneix (de Paris.)

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Defressine.

Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr J.-A. Garrigues (de Rodez.)

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Saias (de Marseille.)

Ministère des colonies. — *La lutte contre la trypanosomiase.* — Il est créé en Afrique équatoriale française, pour une durée de cinq ans, un service spécial de prophylaxie de la maladie du sommeil. Ce service est placé sous l'autorité du gouverneur et la direction du médecin inspecteur général des services sanitaires.

Le directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville remplira les fonctions d'adjoint technique. Le personnel civil européen doit contracter un engagement de cinq ans. Le traitement des médecins est au début de 28.000 fr.; il sera porté à 32.000 fr. au bout de trois ans, non compris les indemnités régulières.

IVe Congrès international des maladies professionnelles. — Ce Congrès aura lieu à Lyon du 3 au 6 avril 1928.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Silicose ; 2° Cataracte d'origine professionnelle ; 3° Appareil endocrinien et intoxications.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le professeur Etienne Martin ou au Secrétaire de la Commission, service d'hygiène du bureau international du travail, Genève.

Journées médicales de Bordeaux. — Les Journées médicales de Bordeaux, qui doivent avoir lieu cette année à l'occasion du cinquantenaire de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont été définitivement fixées du 4 au 7 novembre 1928.

Internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour 15 places d'interne en médecine titulaire des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés, près la Préfecture de police et de l'Hôpital Henri Rousselle, s'ouvrira à Paris, le lundi 12 mars 1928.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau), annexe Est de l'Hôtel de ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours de 10 à 12 heures et de 14 heures à 18 heures, sauf les dimanches.

Lyon. — Vendredi 3 février, M. le Professeur Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, a fait une conférence à la Faculté de médecine sur la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon.

Lyon. — Un comité ayant pour but de commémorer le souvenir du docteur Marius Michon vient de se constituer. Une souscription est ouverte et le produit de cette souscription sera réparti entre les deux affectations suivantes. On créera d'abord une bourse de santé destinée à un étudiant en médecine, ayant au moins trois ans d'études, qui arrêté dans le cours de sa scolarité par une atteinte de tuberculose pulmonaire, n'aurait pas les ressources suffisantes pour faire sans être aidé les frais d'une cure dans un sanatorium.

D'autre part, on frappera une médaille grand modèle pour la tombe du docteur Marius Michon. Une réduction de cette médaille sera offerte à tous ceux dont la souscription atteindra ou dépassera soixante francs, mais le comité recevra même les souscriptions les plus modestes. Le comité a pour président le Dr Mouisset, médecin honoraire des hôpitaux, pour secrétaire général le Dr Jean Lacassagne et pour trésorier le Dr Jean Haour 84 boulevard des Belges.

La variole en Angleterre. — On signale l'apparition de la variole en divers points du Royaume-Uni.

A Londres on a enregistré trois cas.
A East Dulwich cinq cas.
A Long Reach un cas.
A Lambeth un cas.
A Saint-Paneras un cas.
A Southwark trois cas.
A Hartshiff, dans le Warwiskshire trente cas de variole sont signalés, dont cinq dans la même famille.

Deux nouveaux cas sont annoncés de Birmingham où le total des varioleux est de trente et un.

Les expériences du professeur Strauch et la presse berlinoise. — Un journal berlinois *Welt am Abend* s'élève violemment contre la publication dans une revue allemande de médecine légale d'un article du professeur Strauch, médecin légiste, donnant les détails des expériences faites à l'Institut de médecine légale voulant rechercher si les chats étaient susceptibles de dévorer les cadavres, le professeur Strauch s'est servi de cadavres d'enfants nouveau-nés mis à sa disposition par un institut officiel de médecine légale. Les cadavres des enfants furent déposés dans une chambre située au rez-de-chaussée de l'Institut en question et on y enferma un chat auquel on ne donna ni à manger, ni à boire. Ce n'est qu'après plusieurs jours de jeûne et lorsqu'on eut donné au chat des morceaux de chair humaine que la bête se jeta sur un des cadavres. Cette expérience fut renouvelée plusieurs jours de suite avec plusieurs chats. Les chats déchiquetèrent les petits cadavres.

Le *Welt am Abend* demande que le procureur intervienne contre le professeur Strauch et que celui-ci soit suspendu de ses fonctions.

Service O. R. L. de l'hôpital Laennec. — Le Dr Henri Bourgeois, chef du service d'oto-rhino laryngologie, commencera, le lundi 27 février 1928, une série de leçons sur : *Les suppurations de l'oreille* avec la collaboration de MM Maurice Douchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Aubry, Huet et Louis Leroux, assistants et anciens internes du service.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi à 10 heures et comprendra :

1° Une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales.

2° Une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire au service O. R. L. de l'hôpital Laennec auprès du Dr Pierre Huet, assistant du service. (Droit d'inscription : 300 fr).

Programme du cours : Otite moyenne aiguë suppurée non compliquée de l'adulte, F cloisonnées, F du vieillard, F du diabétique. — Otite moyenne aiguë non suppurée de l'enfance. — Otites des maladies infectieuses. — Mastoïdites aiguës. — Otite moyenne purulente chronique. — Paralysie du VIIe, du VIe, névralgie du Ve au cours des otites suppurées. — Trépanation de la mastoïde. — Evidement pétro-mastoïdien classique. — Evidement pétro-mastoïdien partiel. — Physiopathologie du labyrinthe et son examen clinique au cours des otites. — Le labyrinthe dans les otites aiguës. — Le labyrinthe, dans les otites chroniques. — Chirurgie du labyrinthe. — Otite tuberculeuse. — Syphilis et suppurations de l'oreille.

A la suite du cours précédent : le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet et Lemoine commenceront, le 19 mars 1928, une série de 8 leçons sur la diathermie en O. R. L.

Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre le 19 et 20 mars, à 16 heures.

Programme du cours. — 1. Principes électriques. — 2. Appareils de diathermie. — 3. Physiopathologie. Techniques. — 4. Tumeurs. — 5. Tuberculose des voies respiratoires. Lupus. 6. Amygdalites chroniques. — 7. Rhinite hypertrophique. synéchies nasales, oblitérations choanales. Polypes nasopharyngiens. — 8. Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 frs. S'adresser au Dr Fouquet, service O. R. L. de l'hôpital Laennec.



Banquet du groupement médical d'Action française. — (Ouvert aux médecins et étudiants en médecine adhérents ou sympathisants.) — Le mercredi 15 février 1928, à 20 heures, aux Salons du Palais d'Orléans, 200, avenue du Maine, (14e), sous la présidence de Charles MAURRAS, tenue de ville. Les dames sont invitées. Prix : 30 frs. (25 frs. pour les étudiants.)

Comité de patronage : Dr Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine ; Dr DEMELIN, professeur agrégé, accoucheur honoraire des hôpitaux ; Dr ROCHON-DUVIGNAUD, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux ; Dr VARIOT, médecin honoraire des hôpitaux ; Dr HERVÉ, professeur à l'Ecole d'anthropologie ; Dr RÉCAMIER : Drs MARION, JOUSSET, ALAJOUANINE, professeurs agrégés à la Faculté, médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Paris ; Dr LEQUEUX, professeur agrégé : Drs CHIRIÉ, COYON, CIRODE, MAILLARD, PRUVOST ROUHIER TIXIER, médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux ; DARIAUX, radiologiste des hôpitaux ; Drs DE BERNE-LAGARDE, DARQUIER, GALLAIS, MIGNOT, MONSAINGEON, PICHON, TERRIS, chefs de clinique ou anciens chefs de clinique ; BREL, ancien chef de laboratoire ; L. BERNARD, préparateur à la Faculté ; Drs D'AYRENX ophtalmologiste de l'hôpital Lannelongue ; J. FERRAND, médecin de l'hôpital Saint-Joseph ; MONTLAHUC, médecin des dispensaires de Seine-et-Oise ; E. OLIVE, assistant de radiologie des hôpitaux ; DE SPEVILLE, médecin de la fondation Rothschild ; Drs BARIÉTY, BOIRAC, CLAEYS, DE CLISSON, COMET, GAUME, GRESSET, LANOS, LE FUR, POULIOT, anciens internes des hôpitaux de Paris ; Dr FRIGAUX, président du groupe corporatif « Le médecin », Mlle le Dr SERIOT, présidente des étudiantes d'A. F. ; Drs BOSVIEL, BOURGUET, DÉSESQUELLE, GRIMBERT LESUR, P. ROGLET, TOURNAY, A. VIARD, de Paris ; Drs Ch. et G. BITTERLIN, BESTION DE CAMBOULEAS, P. DURAND, FANTON D'ANDON, MOREAU, PIEDALLU, PORCHERON, RABOURDIN, D, THIEDU, de la banlieue ; MM. BUFNOIR, CHAPERON, CHENÉ, P. GUÉRIN, MEVEL, internes des hôpitaux de Paris ; CHUREAU, interne de l'hôpital Saint-Joseph. Adressez les adhésions au Dr P. GUÉRIN « Action Française », 14, rue de Rome, (8e.)

Office d'hygiène du département de la Seine. — Un concours sera ouvert à Paris, le lundi 19 mars 1928, pour un emploi de médecin-assistant des établissements de l'Office d'hygiène.

Le poste à pourvoir est au préventorium du Glandier, par Arnac-Pompadour (Corrèze), destiné au traitement des tuberculoses occultes, ganglionnaires, non ouvertes, ainsi que des adénopathies trachéo bronchiques chez les enfants et adultes du sexe féminin.

Les médecins-assistants sont nommés en qualité de stagiaires. Si leurs services ont donné satisfaction, ils sont titularisés après un an de stage : l'effet de la titularisation remonte au jour de l'entrée en fonctions.

L'échelle des traitements des médecins-assistants est la suivante : 1re classe 23.000 fr. ; 2e classe, 21.500 fr. ; 3e classe 20.000 fr. ; 4e classe 18.500 fr. ; 5e classe et stagiaire 17.000 fr.

Adresser les demandes à la Préfecture de la Seine.

25e Anniversaire du Dr Ch. Nicolle à la direction de l'Institut Pasteur de Tunis. — La cérémonie officielle de remise de la médaille d'or au Dr Ch. NICOLLE, aura lieu à Tunis, sous la présidence de M. Lucien Saint, le 28 avril prochain.

Hôpital Beaujon. — *Conférences pratiques sur le radiodiagnostic des affections de l'appareil respiratoire.* — Le samedi 11 février et les samedis suivants MM. MIGNON, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital Beaujon, fera au laboratoire du Dr Aubourg une démonstration pratique de radiodiagnostic des affections du poumon et de la plèvre.

A 9 h. 1/2. Examen radiologique des malades (Service de M. le Professeur agrégé DEBREE.) A 11 heures, Conférence pratique avec présentation de clichés.

PROGRAMME. — 11 février : Pleurésies de la grande cavité : 1° Pleurésies totales ; 2° épanchements gazeux et hydro-gazeux ; 3° adhérences et symphyses pleurales. — 18 février : Pleurésies enkystées de la grande cavité. Pleurésies diverticulaires et localisées. — 25 février : Lésions des voies respiratoires supérieures. Trachée et bronches. — Formes du début de la tuberculose pulmonaire. — 10 mars : Cavernes pulmonaires. — 17 mars : Pneumothorax thérapeutique. — 24 mars : Tumeurs du poumon et du médiastin. — 31 mars : Syphilis pulmonaire. — 7 avril : Le lipiododiagnostic dans les affections respiratoires.

Nécrologie. — Professeur Johannes FIBIGER, de Copenhague. — Dr Louis BENARD, ancien élève de l'école polytechnique, décédé à Paris, à l'âge de 88 ans. — Dr BOUTROIS, maire d'Isigny. — Dr Etienne JOURDAN, de Marseille. — Dr Victor MAC-AULIFFE. — Dr Jacques FOURNAC, de Brignoles (Var). — Pr ARNOZAN, de Bordeaux.

(*Voir la suite page 247.*)

CLAUDE BERNARD

On a déjà tant parlé de Claude Bernard, et de si excellents livres ont détaillé son œuvre, qu'il paraît superflu d'exposer une fois de plus ses splendides découvertes. Il vaut mieux essayer brièvement d'établir quelque comparaison entre son œuvre et celles des principaux physiologistes et biologistes de tous les temps, et de tous les pays.

Les grands physiologistes, c'est Galien, Harvey, Lavoisier, Pasteur, Claude Bernard.

Outre ces maîtres, il en est d'autres qui furent aussi très grands : Haller, Spallanzani, Müller, Helmholtz, Marey.

Toutefois, après mûre réflexion, il me paraît que ces biologistes illustres ont fait moins pour notre science que Galien, Harvey, Lavoisier, Pasteur, Claude Bernard.

Je ne prendrai donc que l'œuvre de ceux-là pour la comparer à l'œuvre de Claude Bernard.

I. GALIEN doit être regardé comme le protagoniste supérieur de la physiologie. Il faisait quantité d'expériences ingénieuses et habiles. S'il a commis d'énormes erreurs, c'est qu'à ce moment-là ni l'anatomie, ni la chimie, ni la physique n'existaient encore, même en ébauche. Mais il a émis en physiologie deux idées profondes qui sont aussi modernes aujourd'hui qu'au deuxième siècle de l'ère chrétienne.

C'est d'abord que tout, dans l'organisme des êtres vivants, est adapté à un but ; et, d'autre part, que les connaissances médicales et les thérapeutiques doivent avoir pour bases la physiologie et l'anatomie.

Cependant, malgré son génie, Galien n'a pas laissé d'œuvre durable.

Pendant quatorze siècles on a juré d'après Galien, mais pendant quatorze siècles on a erré avec Galien, de sorte que nous ne pouvons pas prendre pour guide ce fondateur de la physiologie.

II. WILLIAM HARVEY fut un expérimentateur admirable, s'il n'a pas découvert la circulation du sang que Michel Servet (pour la circulation pulmonaire) et Césalpin (pour la grande circulation) avaient pressentie, il a pu du moins, par des expériences dont la rigueur n'a pas été dépassée, découvrir les lois essentielles de la circulation. En outre, dans un autre très beau livre sur la génération des animaux, il a établi que tout être vivant vient d'un œuf et que l'embryon, pour devenir adulte, passe par les phases de la hiérarchie zoologique. (L'ontogénie image de la phylogénie).

Cependant, malgré tout son génie, Harvey n'a rien compris ni au système nerveux, ni à la respiration, ni à la nutrition. Après lui, guidés par lui, les physiologistes ont fait d'intéressantes expériences, mais le mystère de la vie restait encore profond.

III. LAVOISIER. Pour moi, Lavoisier est le premier des physiologistes : il démontre, il comprend tout.

L'œuvre colossale de Lavoisier peut se résumer en une petite phrase bien simple : *la vie est une flamme obscure* c'est-à-dire une combustion ; un phénomène chimique. Le carbone et l'hydrogène des aliments produisent, en se combinant à l'oxygène du sang, de la chaleur et du mouvement.

Certes, Lavoisier a créé la chimie, mais il a *créé aussi la physiologie*. Voici un siècle et demi qu'il a publié ses premières expériences, et tout ce qu'on a fait depuis, c'est la conséquence logique, fatale, inéluctable, de son œuvre.

IV. PASTEUR n'est pas moins grand que Lavoisier ; mais l'œuvre de Pasteur, si puissante au point de vue de la pathologie puisque la médecine a été complètement bouleversée et édifiée par lui, ne peut être considérée tout à fait comme un monument de physiologie.

Assurément, si Pasteur est le premier des médecins, il n'est pas le premier des physiologistes.

V. Mais voici CLAUDE BERNARD. De 1848 à 1876, ses découvertes se succèdent, précises, merveilleuses, incomparables. L'action des nerfs sur les vaisseaux, l'action du curare sur les nerfs, le rôle des globules rouges du sang, la fonction glycogénique du foie, la fonction digestive du pancréas. Quelle ingéniosité ! Quelle perspicacité !

Pourtant ce n'est pas seulement par ces immortelles découvertes que Claude Bernard est supérieur, c'est par une idée dominatrice qu'il a réussi à imposer au monde médical, à savoir que la médecine et la thérapeutique ne peuvent faire de progrès que par l'expérience. Claude Bernard est le grand apôtre de la médecine expérimentale.

Pour connaître les effets d'un poison, c'est-à-dire d'un médicament, il faut étudier l'action de ce poison sur le sang, sur le système nerveux, sur le cœur, sur les intestins d'un animal vivant. Certes avant lui, d'autres physiologistes, son maître Magendie surtout, et, avant Magendie, Galien, Haller, John Hunter, avaient développé l'idée d'une médecine expérimentale ; mais ils n'étaient pas arrivés à persuader les médecins.

Ce fut une innovation, ou plutôt une rénovation.

Pour s'en rendre compte, il suffit de lire les polémiques, ardentes qu'il eut à soutenir pendant vingt-cinq ans. Grâce à lui, l'expérimentation physiologique faisait invasion triomphale dans des domaines où n'était admise que l'observation.

Ars tota in observationibus, disait Hippocrate. Claude Bernard a ajouté : *et in experimentis*.

C'est là une évolution grandiose, et nous pouvons en être fiers, comme Français et comme physiologistes.

Charles RICHET.

Claude BERNARD
(1813-1878)

Par M. le Professeur P. MENETRIER.

Claude Bernard est l'un des maîtres de la pensée moderne. Il a sinon créé, du moins édifié sur des bases indestructibles la médecine expérimentale. Les faits nouveaux qu'il a découverts, la méthode qu'il a pratiquée, enseignée et codifiée, ont fait de lui le guide et l'animateur de toutes les générations ultérieures aussi bien en France que dans l'universalité du monde scientifique. Par lui, la physiologie est devenue science autonome, aussi certaine dans ses techniques que les autres sciences expérimentales, physique et chimique à côté desquelles elle prend désormais sa place comme science des corps organisés, des êtres vivants, science de la vie.

Il a été célébré en de nombreuses éloges et discours d'apparat : Vulpian aux obsèques en 1878 ; Paul Bert à l'Association scientifique de France en 1879 ; Renan en son discours de réception à l'Académie française, la même année ; Van Tieghem à l'Académie des Sciences ; Béclard à l'Académie de Médecine ; puis en 1913 au centenaire de sa naissance, Viviani alors ministre, Maurice Croiset, Dastre, Henneguy, Bergson, d'Arsonval l'ont célébré tour à tour.

Puis récemment, en 1925, Jean-Louise Faure a fait une séduisante peinture de cette grande figure. Et ce fut l'occasion de nombreux articles de journaux partageant l'éloge entre l'écrivain et son modèle, avec quelques critiques d'ailleurs courtoises, de Constant Hillemand.

Mais tous ces documents si nombreux ne sortent pas du genre éloge académique. Le volume de J.-L. Faure lui-même ne contient aucun renseignement nouveau, sinon un éloquent tableau des convictions philosophiques de l'auteur, auxquelles il s'efforce de faire participer son héros.

Et malgré cette littérature abondante, nous manquons encore d'une bonne et complète biographie de Claude Bernard, quelque chose de comparable au beau livre de Triaire sur Bretonneau, par exemple. Pourquoi aucun des élèves du maître de la physiologie moderne ne l'a-t-il tenté ? Sans doute les malheureux dissentiments, qui ont désuni son foyer, et desquels nous sommes peu informés, ont-ils été cause qu'aucun document intime n'ait été conservé.

Il nous reste du moins ses œuvres ; dix-huit volumes publiés, en outre de ses innombrables notes et communications aux Sociétés savantes, et c'est là l'essentiel.

Claude Bernard est né à St-Julien près de Villefranche dans le Beaujolais, le 12 juillet 1813.

Il a donné dans une de ses lettres, citée par Renan, une description charmante de sa maison natale, où il retournait toujours et jusqu'à la fin de sa vie, fidèle à l'amour du terroir : « J'habite sur les coteaux du Beaujolais, qui font face à la Dombe. J'ai pour horizon les Alpes, dont j'aperçois les cimes blanches quand le ciel est clair. En tous temps je vois se dérouler à deux lieues devant moi les prairies de la vallée de la Saône. Sur les coteaux où je demeure, je suis noyé à la lettre dans des étendues sans bornes de vignes, qui donneraient au pays un aspect monotone s'il n'était coupé par des vallées ombragées et par des ruisseaux qui descendent des montagnes vers la Saône. Ma maison, quoique située sur une hauteur est comme un nid de verdure, grâce à un petit bois qui l'ombrage sur la droite et à un verger qui s'y appuie sur la gauche.. »

Son père était un modeste vigneron. Il le perdit de bonne heure et fut élevé par sa mère. Il reçut sa première éducation du curé du village qui le prit pour enfant de chœur et lui enseigna le latin. Puis il alla au collège de Villefranche. Et à sa sortie fut placé à Lyon chez un pharmacien, où la confection de la thériaque avec tous les produits gâtés de la boutique, lui apprit, nous dit Renan, à douter de l'efficacité des agents thérapeutiques alors employés.

Peut-être aussi eût-il un premier contact avec l'expérimentation animale en fréquentant l'école vétérinaire dont son patron était le fournisseur.

A ce moment toutefois, ses inclinations sont de toute autre sorte ; c'est la littérature qui est l'objet de ses efforts. Il eut même un vaudeville « La Rose du Rhône » représenté à Lyon avec quelque succès, et il composa une tragédie sur Arthur de Bretagne.

Une telle œuvre méritait un plus vaste théâtre. Et il partit pour Paris, sa tragédie en poche et une lettre de recommandation pour St-Marc Girardin. Ce critique judicieux lui conseilla d'apprendre d'abord un métier qui pût le faire vivre. Et Claude Bernard choisit la médecine.

C'était en 1835 : quatre ans après il arriva à l'internat le 26e sur 29, dans une promotion dont le premier était Richet, plus tard professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Deux de ses maîtres, eurent une particulière influence sur sa carrière et sur son œuvre.

Rayer, dont l'idée maîtresse, de l'unité de la science de la vie, et de la nécessité pour la connaître de l'étudier chez tous les êtres vivants, végétaux, animaux comme chez l'homme lui-même, sera le thème que Claude Bernard développera magnifiquement et jusque dans son œuvre dernière.

Et Magendie qui le prit pour son préparateur à son laboratoire du Collège de France, en 1841. C'était alors à peu près le seul endroit en France, où la science expérimentale fut sérieusement appliquée.

Ce n'est pas seulement en lui fournissant le moyen de travailler, que Magendie eut une influence capitale sur l'œuvre de Claude Bernard. Plus encore par son esprit, si différent du sien, il eut l'action la plus heureuse. Des biographes ont plaint Claude Bernard de la rudesse, de la tyrannie de son maître. Et lui-même paraît en avoir conservé quelques mauvais souvenirs ; son éloge, dans la leçon d'ouverture du cours du Collège de France, où il succéda à Magendie en 1856, renferme quelques réticences. Et il ne lui rend pleinement justice que plus tard dans son livre sur la « Physiologie générale » publié en 1872, mais composé en 1867 à la demande du ministre Duruy et à l'occasion de l'Exposition Universelle.

Cl. Bernard était un imaginatif, ses premiers essais littéraires montrent la tendance de son esprit et peut-être eût-il prématurément tenté les grandes généralisations scientifiques, qu'il développa plus tard, on sait avec quelle magnificence, s'il n'avait été tout d'abord maintenu, sans doute sévèrement, par son maître Magendie, sur le terrain plus limité en apparence, mais en réalité infiniment plus solide de l'expérimentation scrupuleuse.

Car « Magendie, nous dit Cl. Bernard, avait pour l'esprit de système une répulsion vraiment extraordinaire. Toutes les fois qu'on lui parlait de doctrines ou de théories médicales, il en éprouvait instinctivement une espèce de sentiment d'horreur. Cela lui faisait l'effet que produit une note fausse sur l'oreille exercée d'un musicien... expérimentez, telle est la réponse invariable qu'il a faite pendant 40 ans à toute question théorique.

« Quant un jeune homme plein de l'ardeur du jeune

âge, venait consulter Magendie sur des idées, des projets de travail sur lesquels il fondait quelquefois les plus douces espérances, il trouvait invariablement auprès de lui une désillusion complète. Si un autre abordait Magendie, non plus avec des idées ou des projets, mais avec un fait, une expérience, dont il venait lui raconter le résultat la première réponse de Magendie était toujours la négative : tout ce que vous me racontez là, disait-il n'est pas possible, vous vous êtes trompé. Mais si on lui résistait et si fort de la vérité de ce qu'on lui disait, on voulait l'amener à voir, il ne s'y refusait pas, bien au contraire il le demandait et si on lui faisait une bonne expérience, établissant bien ce qu'on lui avait annoncé, il était le premier heureux de le reconnaître et de vous en faire compliment et on avait désormais acquis son estime et sa sympathie. »

C'est soumis à cette rude discipline que Claude Bernard commença de travailler, et sans doute lui fut-elle profitable puisque toutes ses plus grandes découvertes ont été faites, comme l'a remarqué Paul Bert et comme nous allons le voir, pendant les premières années de sa vie scientifique.

« Un exposé de titres, nous dit Paul Bert, qui parait dater de 1851, contient le résumé de travaux sur les *nerfs crâniens*, sur les *liquides intestinaux*, sur la *glycogenèse*, sur le *diabète*, sur le *curare* ; les *vaso-constricteurs* ont été découverts en 1851. Ainsi dans ces sept premières années de son apparition au monde scientifique il y a comme une véritable explosion, et les vingt-cinq années qui vont suivre se passeront à développer, à agrandir, à étayer de preuves nouvelles, à défendre contre les critiques, les découvertes de sa jeunesse, et surtout à les relier les unes aux autres et à les faire servir à des visées d'un ordre supérieur ».

Ses premières recherches portèrent sur le *suc gastrique*. Blondlot, de Nancy, venait de montrer le moyen de le recueillir chez le chien par des fistules stomacales ; Claude Bernard les pratiquait avec habileté, mais c'était alors une difficulté singulière de travailler en pareille matière. Un savant allemand de passage à Paris lui avait demandé de lui montrer sa technique opératoire.

Un chien opéré chez Pelouze, rue Dauphine, s'échappa de la cour où on le gardait. Et Claude Bernard convoqué chez le commissaire du quartier dût subir les reproches du magistrat auquel l'animal avait été dérobé. Il sût d'ailleurs calmer sa colère en promettant de guérir le pauvre chien, et désormais put compter, chose précieuse, sur la protection du commissaire de police de son quartier.

De son étude sur le suc gastrique Claude Bernard fit le sujet de sa thèse : « *Du suc gastrique et de son rôle dans la nutrition* ». Il la passa en 1843.

En 1844, il tente le concours d'agrégation dans la section d'anatomie et physiologie et échoue. Et la critique de s'en prendre à l'institution du concours en général et plus particulièrement aux juges dudit concours. Il est pourtant peu équitable de leur reprocher de n'avoir pas prévu les magnifiques découvertes que Claude Bernard devait faire plus tard. Renan nous dit : « il n'avait pas les qualités superficielles qui font réussir en des épreuves où c'est un défaut d'avoir des idées et où l'on est perdu si un moment on se laisse aller à suivre sa propre pensée. Son air était gauche et embarrassé ».

De cette dernière phrase on peut conclure que, sans injustice, il dut paraître à ses juges moins apte à l'enseignement que ses concurrents plus diserts.

Cet échec le fit, un moment, songer à se retourner vers la médecine pratique.

Puis il tenta en 1845 de fonder avec son ami Lasègue un laboratoire d'enseignement rue St-Jacques. Mais les élèves ne vinrent pas.

Il continua néanmoins à travailler, et c'est par la force de son génie, par le nombre et l'importanee de ses découvertes qu'il força enfin le succès.

Il avait déjà, outre sa thèse sur le suc gastrique, publié ses recherches sur *la corde du tympan*, sur les *fonctions du nerf spinal* ; sur les *substances alimentaires*, etc. Mais c'est surtout à partir de sa mémorable découverte de la *glycogénie animale*, en 1849, et de ses recherches sur le *grand sympathique et l'innervation des vaisseaux* que sa réputation commenca de sortir des limites du milieu de travailleurs dans lequel il vivait, pour s'étendre et s'imposer jusque dans les Universités étrangères.

C'est alors qu'en 1854 il fut nommé à l'Académie des Sciences en remplacement de Roux, le chirurgien élève et ami de Bichat. C'est la même année que, grâce à l'influence de son maître Rayer, fut créée pour lui une chaire de physiologie générale à la Faculté des sciences.

C'était d'ailleurs encore bien insuffisant, car cette chaire destinée à l'enseignement de la science expérimentale, ne possédait ni laboratoire, ni préparateur.

En 1856, il est élu à l'Académie de médecine. La même année enfin, il succéda à Magendie au Collège de France, et put alors travailler librement dans le laboratoire où il avait fait ses premières études, et où d'ailleurs depuis plusieurs années il suppléait son maître.

Ce qu'était ce laboratoire, une phrase de Renan, qui connaissait bien le Collège de France dont il fut directeur, nous en donne idée : « les merveilleuses expériences qui frappaient d'admiration l'Europe savante, se faisaient dans une sorte de cave humide et malsaine, où notre confrère contracta probablement le germe de la maladie qui l'enleva ».

Et encore : « il passait sa vie dans un laboratoire obscur au Collège de France, et là au milieu des spectacles les plus repoussants, respirant l'atmosphère de la mort, les mains dans le sang, il trouvait les plus intimes secrets de la vie, et les vérités qui sortaient de ce triste réduit éblouissaient tous ceux qui savaient les voir ».

Et dès lors, en possession des moyens de travailler et d'une chaire où il pouvait faire un enseignement régulier, il commença de publier ses leçons :

Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine (1854-55).

Sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses (1857).

Sur la physiologie et la pathologie du système nerveux (1858).

Sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme (1859).

Ces leçons d'une exposition claire, ordonnée, renferment, avec le tableau complet de la science déjà acquise sur chaque sujet, les découvertes nouvelles par lesquelles il l'avait enrichie. Supérieures à son enseignement oral, que sa parole diffuse et embarrassée rendait parfois difficile à suivre, elles ont eu en outre l'avantage d'atteindre, dans l'espace et dans le temps, car aujourd'hui encore la lecture en est à la fois attrayante et profitable, un public considérable, et lui ont rapidement acquis une renommée mondiale.

Mais l'effort considérable du travail ainsi accompli, et sans doute aussi, comme l'a dit Renan, les conditions défectueuses dans lesquelles il se trouvait placé pour le faire, amenèrent un trouble profond de sa santé. Une

maladie des reins, pour laquelle il reçut les soins de son maître Rayer, et de son ami Davaine, l'obligea vers les années 1864-65, à interrompre ses travaux, et sur le conseil de ses médecins d'aller à St-Julien dans sa propriété familiale chercher le rétablissement de sa santé.

C'est à ce moment que pour distraire sa pensée de l'inaction où il se trouvait réduit en faisant un retour sur lui-même et sur son œuvre, il écrivit son livre admirable : « *L'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* » la plus célèbre de ses œuvres, sans doute parce que les considérations générales qui y sont exposées se trouvent accessibles à un plus grand nombre d'esprits.

Pasteur, en apprenant la gravité de l'état de Claude Bernard, pour lequel il éprouvait la plus grande admiration et la sympathie la plus vive, eut alors l'idée touchante d'écrire dans le *Moniteur Universel* (1866) « une appréciation sommaire de l'importance de ses travaux, de son enseignement et de sa méthode »... Et nous avons là le plus magnifique éloge qui ait jamais été fait de l'œuvre de Cl. Bernard.

« Des circonstances particulières, écrit Pasteur, m'ont offert l'occasion toute récente de relire les principaux mémoires qui ont fondé la réputation de notre grand physiologiste Cl. Bernard.

« J'en ai ressenti une satisfaction si vive et si vraie, mon admiration pour son talent s'en est trouvée confirmée et accrue de telle sorte que je ne puis résister au désir, quelque téméraire qu'il soit, de communiquer ces impressions. Oh ! la bienfaisante lecture que celle des travaux des inventeurs de génie ! En voyant se dérouler sous nos yeux tant de progrès durables accomplis avec une telle sûreté de méthode qu'on ne saurait présentement en imaginer de plus parfaite, je sentais à chaque instant le feu sacré de la science s'attiser dans mon cœur... »

Puis il choisit dans les grandes découvertes de Cl. Bernard, celle de la fonction glycogénique pour en faire ressortir la valeur. Et il termine après l'éloge du savant par celui de l'homme : « Je cherche dans M. Bernard le côté faible et je ne le trouve pas. La distinction de sa personne, la beauté noble de sa physionomie, empreinte d'une grande douceur, d'une bonté aimable, séduisent au premier abord : nul pédantisme, nul travers de savant, une simplicité antique, la conversation la plus naturelle, la plus éloignée de toute affectation, mais la plus nourrie d'idées justes et profondes... Un homme d'Etat (Duruy) interrogeait naguère au sujet de M. Bernard, un de ses plus éminents confrères (Dumas) : « Ce n'est pas un grand physiologiste répondit celui-ci, c'est la physiologie elle-même »...

Cet article alla droit au cœur de Cl. Bernard. Dans sa réponse à Pasteur il lui disait : « c'est pour moi un bien précieux encouragement d'être approuvé et loué par un savant tel que vous...

Et dans une lettre à Henri Sainte-Claire Deville : « J'ai reçu l'article que Pasteur a fait sur moi. Cet article m'a paralysé les nerfs vaso-moteurs du sympathique et m'a fait rougir jusqu'au fond des yeux... »

Cependant le séjour à St-Julien avait notablement amélioré la santé de Cl. Bernard et il pût revenir à Paris reprendre ses travaux. Il pût le faire dans de meilleures conditions lorsque la mort de Flourens laissant vacante la chaise de physiologie du Muséum, il fut nommé à sa place. Il trouvait là en effet un laboratoire mieux organisé et des conditions matérielles plus favorables.

Il quitta alors sa chaire de la Faculté des sciences qui fut donnée à Paul Bert son élève.

En 1867, il avait succédé à Rayer comme président de la Société de Biologie, dont il faisait partie depuis la fondation, et, comme son maître, il le demeura jusqu'à sa mort.

Enfin les honneurs lui venaient de toutes parts, car il succéda également à Flourens à l'Académie française, et en 1869 il fut, par décret impérial, nommé sénateur.

Les honneurs, mais non le bonheur. Il avait épousé une fille de Pelouze, dont il eut lui-même deux filles. Le ménage fut troublé par des dissentiments qui amenèrent une séparation définitive en 1869.

Et l'on s'explique ainsi la phrase mélancolique qu'il écrivait à Davaine en réponse à l'envoi d'un livre de ce dernier composé pendant la guerre de 1870-71 et intitulé : *Les éléments du Bonheur*. « On voit, lui disait Cl. Bernard que vous possédez votre sujet, c'est-à-dire que vous êtes heureux ; je voudrais pouvoir en dire autant »...

Par là, il donnait d'avance un démenti à l'optimisme de Renan, qui précisément dans son éloge de Cl. Bernard, a dit : « La science donne le bonheur, quand on se contente d'elle, et qu'on ne lui demande que ce qu'elle peut donner »...

Quoiqu'il en soit, Cl. Bernard se remit au travail avec acharnement.

En 1871, il publie des *Leçons de pathologie expérimentale*, reproduction d'un cours fait anciennement.

En 1872, son *Rapport sur la physiologie générale*, qu'il complète de notes, abondantes et d'un grand intérêt au point de vue de l'évolution de sa pensée.

Puis des *Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie* en 1875. Et l'année suivante sur la *chaleur animale* et *sur la fièvre*.

Enfin ses *Leçons de physiologie générale*, professées au Muséum, après avoir été fragmentairement publiées dans la *Revue des cours scientifiques*, étaient réunies sous le titre de : « *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux* », l'ouvrage était achevé, les épreuves revues et corrigées, quand il mourut.

Et cet ouvrage, certainement son chef-d'œuvre et l'exposé complet de sa doctrine, ne parut qu'après sa mort.

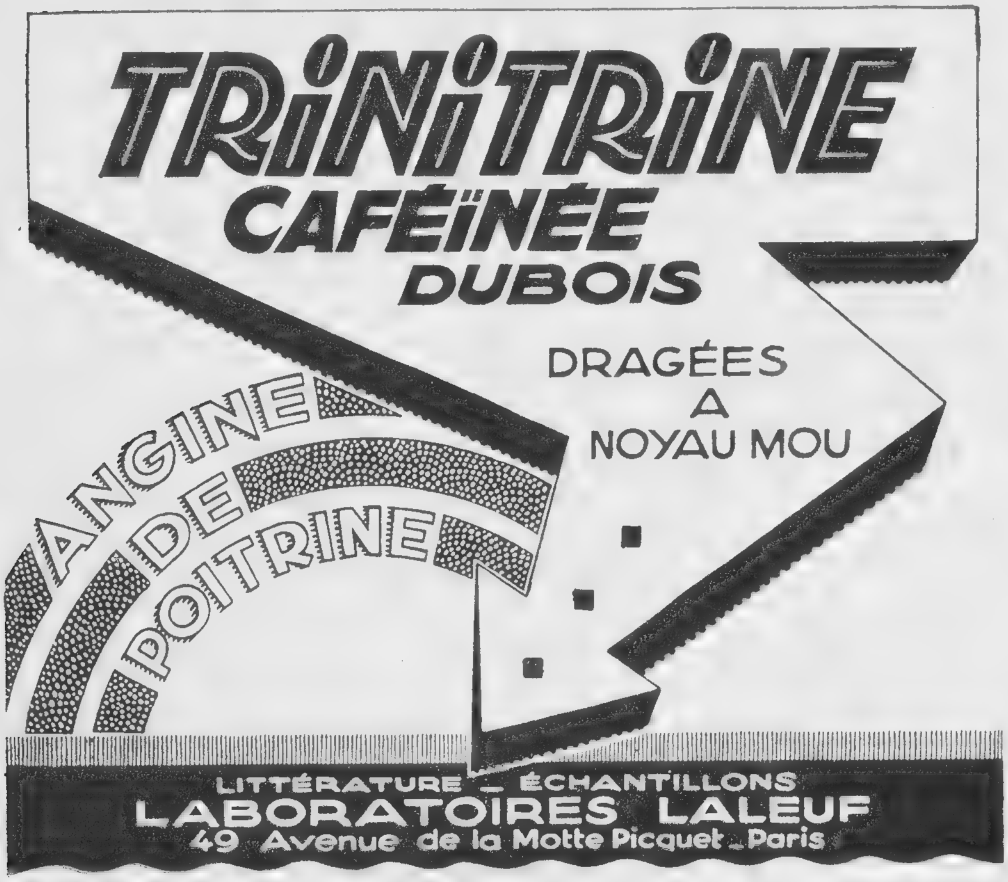
C'est que sa guérison apparente n'était malheureusement qu'une rémission. Et alors qu'il était encore plein d'idées et d'ardeur au travail, ses forces l'abandonnèrent. Il retourna quelque temps à St-Julien y faisant des expériences qui dans sa pensée devaient donner des lumières nouvelles sur la question des fermentations. Et envisageant la solution des problèmes qui depuis longtemps préoccupaient sa pensée, il disait à ses élèves, quand il s'aperçut que le temps lui manquerait pour les mener à bonne fin : « C'est dommage c'eût été bien finir ».

Il mourut en effet quelques mois après son retour à Paris, le 10 février 1878, à l'âge de 64 ans.

***

De caractère aimable, affectueux, Claude Bernard eut beaucoup d'amis parmi ses plus notoires contemporains. Soit chez son maître Rayer où il se lia avec Davaine. A la Société de Biologie dont il fut dès le début un des membres les plus assidus et qu'après la mort de Rayer il présida jusqu'à sa mort. Béclard rappelle les réunions qui aux environs de 1860 se tenaient chez Jean Bouley, le maître ignoré, esprit curieux, d'un vaste savoir et qui médecin des hôpitaux, se contentait de la position modeste qu'il occupait dans la maison du Dr Blanche. Autour de lui se réunissaient chaque semaine Claude Bernard,


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS


TRINITRINE
CAFÉINÉE
DUBOIS
DRAGÉES
A
NOYAU MOU
ANGINE
DE
POITRINE
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte Picquet _ Paris

Renan, Berthelot, Peisse, Chenavard, Armand Moreau, Antony Deschamp, Alexandre Weill, etc.

Plus tard ce fut à son laboratoire que se tenaient les réunions amicales où venaient Berthelot, Renan, Laboulaye, Ranvier, D'Arsonval, J.-B. Dumas, St-Claire-Deville, Paul Janet, Paul Bert.

Et parmi ses élèves, collaborateurs ou continuateurs nous devons citer Barreswill, qui collabora à ses premières recherches sur la glycogénie. Paul Bert qui longtemps associé à ses travaux lui succéda dans sa chaire à la Faculté des Sciences, Ranvier, Balbiani pour lesquels il obtint la création de chaires au Collège de France ; Malassez, Gréhant, Dumontpallier, Dastre, Edmond Perrier et enfin le glorieux survivant de cette phalange d'élite, D'Arsonval, aujourd'hui titulaire de la chaire de Claude Bernard au Collège de France.

Une partie d'entre eux se trouvent immortalisés à côté du maître dans le beau tableau de Lhermitte que l'on peut voir à la Sorbonne.

***

L'œuvre de Claude Bernard est immense et pour en faire un exposé, même sommaire il convient de l'examiner suivant trois grandes divisions, qui d'ailleurs correspondent assez exactement à l'ordre chronologique de ses publications, savoir : 1° *ses grandes découvertes* ; 2° *sa méthode* ; 3° *ses doctrines*.

Mais auparavant il n'est pas inutile de tenter de se représenter l'évolution de ses idées, en suivant le fil conducteur qui, dans la variété de ses travaux, nous paraît les relier les uns aux autres.

Au moment où il commença ses études, la doctrine de Broussais était encore dominante et il n'est pas sans intérêt de voir que, malgré les critiques dont elle a été accablée, et le peu de crédit dont elle paraît jouir auprès de nos contemporains, elle semble avoir servi de point de départ à l'œuvre de deux des plus puissants esprits du dernier siècle, de Claude Bernard en France, de Virchow en Allemagne.

La doctrine physiologique de Broussais avait pour point de départ et pour base cette conception : que la matière organisée est douée d'une propriété fondamentale, l'*irritabilité* et qu'inerte par elle-même, elle est, en vertu de cette propriété, mise en action par les phénomènes extérieurs.

Or si la chose est parfaitement évidente pour les organismes inférieurs, il semble que les animaux supérieurs montrent une remarquable indépendance vis-à-vis du milieu extérieur et supportent par exemple de considérables variations de chaud ou de froid, de sec ou d'humide, auxquelles les autres êtres ne sauraient se soustraire.

Et alors, très tôt, comme le prouve l'orientation de ses premières recherches, Claude Bernard a eu l'idée que cette indépendance relative tenait à l'existence d'un *milieu intérieur* propre aux animaux supérieurs, intermédiaire entre l'élément vivant et le milieu extérieur.

C'est par le moyen de ce milieu intérieur qu'est mise en jeu l'excitabilité ou l'irritabilité de leurs éléments qui ainsi se comportent, au point de vue de la biologie générale, exactement de la même manière que les éléments de tous les êtres vivants.

Comme conséquence de cette manière de comprendre les mécanismes vitaux des organismes complexes, Claude Bernard fut un des premiers adeptes de la *théorie cellulaire*.

Et d'autre part, sans doute influencé par son maître Rayer, qui proclamait la nécessité d'une étude commune de tous les êtres vivants, végétaux et animaux constituant la science de la vie, la *biologie*, il put, grâce à ces notions, appuyer cette doctrine sur des bases expérimentales et la développer incessamment au cours de sa carrière, et jusqu'à son épanouissement complet dans son œuvre dernière, les « *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux* », parues seulement après sa mort.

Et ainsi nous voyons ses premiers travaux porter sur la formation de ce milieu intérieur ; études sur le *fonctionnement des glandes gastriques*, élaborant les matériaux empruntés au milieu extérieur ; sur la *fonction digestive de la glande pancréatique* ; du *suc intestinal*, concourant au même résultat.

Il passe ensuite à l'étude des modifications que subit la matière ainsi élaborée, puis absorbée dans le milieu intérieur ; et dans cette recherche il découvre une fonction nouvelle, jusque-là insoupçonnée, la *glycogénie animale*.

Ce milieu intérieur est amené par la circulation au contact des éléments vivants. Jusque-là, on ne connaissait d'autre mécanisme circulatoire que l'action du cœur découverte par Harvey. Claude Bernard y ajoute la notion, peut-être plus importante encore, en ce qui concerne la vie, la nutrition et le fonctionnement des tissus, des *circulations locales* ; la participation active des vaisseaux dans la répartition du sang, selon le besoin et la fonction étant réglée par un *système nerveux*, dont jusqu'à lui les fonctions étaient demeurées un mystère.

L'être vivant est à l'intérieur de ce milieu, ainsi formé, élaboré et réglé dans sa distribution, c'est la *cellule*. Et c'est sur la cellule que, pour connaître les actes fondamentaux de la vie, doit porter l'expérimentation. Singulière audace que de prétendre expérimenter isolément sur des éléments enfouis au sein des tissus, dont les dimensions se mesurent en millièmes de millimètre, et qui à ce moment sont encore à peine connus. Et pourtant le problème a été résolu. Claude Bernard montre que, pour atteindre la cellule, les *poisons* sont des *réactifs électifs*, infiniment plus adroits que la main de l'expérimentateur.

Ainsi il crée une science nouvelle, la *physiologie générale*, qui étudiée dans les actions cellulaires, présente des *phénomènes communs à tous les êtres vivants, animaux ou végétaux*.

Enfin la méthode pour arriver à la connaissance des lois de la vie et des fonctions des êtres vivants est basée sur le *déterminisme des phénomènes*, c'est-à-dire sur la croyance à la constance des lois de la nature, aussi rigoureuse en ce qui concerne les êtres organisés, que pour les corps bruts et inorganiques ; aussi invariable en physiologie qu'en physique ou en chimie.

Mais si la certitude est la même, la *physiologie expérimentale* a ses lois propres, et constitue une *science autonome et indépendante*.

Voilà le résumé, le schéma, de l'œuvre et des doctrines de Cl. Bernard. Il semble bien en avoir eu très tôt la conception, comme le prouve la sériation de ses travaux. Mais sans doute, et tant qu'il se trouva sous la rude autorité de Magendie, le contempteur farouche de toute théorie, il se garda bien de toute généralisation. Et peut-être doit-on voir un souvenir personnel, quand il parle du jeune homme enthousiaste de grandes idées, dont Magendie refuse d'écouter le développement, le renvoyant simplement à l'expérience.

Et ce fut fort heureux, car l'expérience entre les mains de Cl. Bernard a donné des résultats merveilleux ; et plus tard libre de ses mouvements, affranchi de toute autorité oppressive il a pu alors, appuyer sur des bases expéri-

◆◆

mentales, indestructibles; toutes les brillantes généralisations que sa puissante imagination lui avait suggérées.

***

Passons maintenant à l'exposé de quelques-unes de ses grandes découvertes.

Grâce aux renseignements qu'il nous a lui-même fournis, elles ne sont pas moins intéressantes par la manière dont elles ont été accomplies que par le résultat obtenu.

Voici, par exemple, comment il nous raconte sa découverte de la *glycogénie animale*. Il voulait savoir ce que deviennent les diverses substances alimentaires introduites dans l'organisme. Il commence par le sucre, qu'il pense pouvoir retrouver plus facilement. Le sucre de canne injecté dans les veines passe dans les urines. Mais en passant par l'estomac il est transformé et devient assimilable (Th. de doctorat, 1843). Que devient ce sucre ? La théorie régnante admettait que le sucre provient exclusivement des aliments, et se détruit dans l'organisme par combustion, constituant un aliment respiratoire.

« Par expérience, nous dit Cl. Bernard, je fus amené à trouver, non l'organe destructeur du sucre, mais au contraire je découvris un organe formateur de cette substance, et je trouvai que le sang de tous les animaux, contient du sucre même quand ils n'en mangent pas... J'abandonnai toutes mes hypothèses sur la destruction... pour suivre ce résultat inattendu... Je fus amené à voir que le foie était un organe où le sucre animal se formait dans certaines circonstances données pour se répandre ensuite dans la masse du sang... ».

Et joignant le précepte à l'exemple Cl. Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, nous dit à ce propos : « Quand le fait qu'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci, soutenue par de grands noms, est généralement adoptée... Les théories sont comme des degrés successifs que monte la science. . le vrai progrès est de changer de théorie pour en prendre de nouvelles, qui aillent plus loin que les premières...».

La découverte de la glycogénie animale eut un retentissement immense. De toutes parts, les physiologistes expérimentèrent, et naturellement il y eut des résultats contradictoires. A toutes les objections, Cl. Bernard répondait victorieusement par de nouvelles expériences.

Les dosages du sucre dans le foie donnaient des résultats variables. L'expérience du *foie lavé* vint lever tous les doutes ; le foie vide de sang, lavé par un courant d'eau qui ne ramène aucune trace de sucre, s'en recharge au bout d'un certain temps, il renferme donc une source permanente de production du sucre.

Et des expériences ultérieures montrent que ce sucre « se produit à l'aide d'une matière diastasique réagissant sur une substance amylacée que j'ai isolée, et appelée *matière glycogène*... et qui se forme chez les animaux par un mécanisme tout semblable à celui des végétaux. »

La découverte des *fonctions digestives de la glande pancréatique* est le résultat d'une observation fortuite, immédiatement utilisée par le génie de l'expérimentateur. La ligature du cholédoque chez un lapin où les canaux biliaire et pancréatique se jettent séparément dans l'intestin, montre l'injection lactescente des lymphatiques de la région, par la graisse des aliments émulsionnée et absorbée. Cette action est donc propre au suc pancréatique seul présent dans l'intestin et qui devient dès lors l'agent de la digestion des matières grasses.

Les études sur les *glandes digestives*, dont les sécrétions non seulement dissolvent les matériaux alimentaires, mais encore les transforment au moyen de ferments solubles, lui ont montré une action qui, pour être d'ordre purement chimique, n'en est pas moins propre aux êtres vivants.

De semblables actions se passent pas dans l'intérieur des organes et des tissus pour élaborer et transformer les substances absorbées et les rendre assimilables, aptes à entretenir les fonctions de la nutrition des éléments.

La fonction glycogénique lui en fournissait l'exemple le plus probant.

Et cela l'amène à cette distinction fondamentale et aujourd'hui classique des *glandes à sécrétion externe*, celles qui s'écoulent au dehors et des *glandes à sécrétions internes* dont le produit est versé dans le milieu organique intérieur.

« Les *sécrétions internes* sont moins connues... pas encore généralement admises... Le sang doit être regardé comme un produit de sécrétion des glandes vasculaires internes... il n'est pas le résultat direct de l'absorption alimentaire... les principes immédiats du sang, l'albumine, la fibrine..., etc., sont des produits de sécrétion d'organes ou d'éléments encore indéterminés... j'ai montré que les matières sucrées sont le produit d'une sécrétion appartenant au foie et jusqu'alors inconnue... »

Ainsi se trouvent élucidés les procédés par lesquels se constitue le *milieu intérieur*.

Ce fonctionnement des organes glandulaires est réglé, ou tout au moins influencé, par le *système nerveux*.

Et c'est pour le montrer qu'il expérimente sur le système nerveux central et découvre les phénomènes du *diabète expérimental* obtenu par la piqûre du plancher du 4e ventricule. Chose curieuse, après une première réussite, les expériences suivantes donnèrent des résultats négatifs. Mais persuadé qu'il n'y a pas d'exceptions dans la science expérimentale, il arriva par des recherches obstinées à préciser le point exact, dont la lésion donne un résultat constant.

La découverte de l'*action vaso-motrice* du *grand sympathique* n'est pas moins remarquable. Depuis plus de cent ans que Pourfour du Petit avait, pour la première fois, pratiqué la section du sympathique au cou et constaté des modifications de la pupille qu'il interpréta en admettant que ce nerf avait pour fonction de porter les esprits animaux aux yeux (1727) de nombreux physiologistes avaient répété l'expérience, ne constatant, comme l'inventeur, rien d'autre que des phénomènes pupillaires.

Cl. Bernard la refait en 1852. Il cherche à ce moment à se rendre compte de l'influence du système nerveux sur les phénomènes de la nutrition et de la calorification, et, nous dit-il, il pensait obtenir un ralentissement des phénomènes chimiques dans les capillaires : « Je fis la section du grand sympathique au cou, attendant un abaissement de température, c'est le contraire qui arriva ». Des expériences multipliées sont la conséquence de cette première observation et la connaissance des *nerfs vaso-moteurs* vient substituer aux conditions purement mécaniques, admises depuis Harvey dans le régime de la circulation, des conditions vraiment physiologiques et adaptées au nombre infini des fonctions glandulaires et des phénomènes locaux de la nutrition,

L'étude de l'action de la *corde du tympan* sur la glande sous-maxillaire, lui permet de démontrer l'existence des nerfs *vaso-dilatateurs* et *sécrétoires* et des expériences sur le pneumogastrique celle des *nerfs d'arrêt*.

Dans ses études sur les fonctions de la moelle épinière, Cl. Bernard, compléta les travaux de Magendie, et résolut



le problème, jusque-là indéterminé, de la *sensibilité récurrente* en montrant les conditions différentes de l'expérimentation, en rapport avec les résultats obtenus ; l'animal déprimé par le traumatisme ne donnait à l'excitation des racines aucun signe de sensibilité, tandis qu'après une période de repos suffisante, la sensibilité se manifestait.

A ce propos il convient de rappeler comment Cl. Bernard, dans son rapport de 1867 sur les progrès de la physiologie, rétablit définitivement les droits de son maître Magendie à la priorité complète de la découverte des fonctions réelles des racines de la moelle. Ayant pu se procurer le travail de Ch. Bell, imprimé en 1811, mais absolument introuvable et ignoré de tous ceux qui depuis avaient fait l'historique de la question, il montre que non seulement cet auteur n'avait pas fait d'expérience démonstrative, ce qui était généralement admis, mais que sa conception même, basée uniquement sur des considérations anatomiques, et des idées physiologiques empruntées à Willis, était que les racines antérieures étaient chargées de porter aux parties du corps, les facultés cérébrales, c'est-à-dire le mouvement et la sensibilité, et que les racines postérieures avaient pour mission de leur transmettre l'influence cérébelleuse, c'est-à-dire la nutrition et la vitalité. Mêmes erreurs dans le mémoire de 1821. Et il conclut que la découverte des propriétés motrices et sensitives des racines médullaires appartient incontestablement à Magendie.

C'est là un bel exemple de critique historique. Et comme Cl. Bernard le remarque par ailleurs, pour faire de bonne critique historique, il faut être maître dans la science dont on parle, et rappelant son mémoire de 1851, sur les fonctions du nerf spinal, il dit ; « Willis, Scarpa, Bischoff avaient émis des opinions différentes.... un érudit n'aurait pu que rapporter ces diverses opinions, et collationner des textes.... il fallait disséquer... ce que je fis, et trouvai que la divergence venait de ce qu'ils n'avaient pas assigné aux nerfs les mêmes délimitations ».....

Par des expériences sur l'*action des poisons*, Cl. Bernard inaugure une nouvelle méthode d'expérimentation, permettant l'analyse physiologique des propriétés des éléments histologiques de l'organisme. Il commence par le *Curare* : « En 1845, M. Pelouze me remit une substance toxique appelée Curare, rapportée d'Amérique...

« J'ai fait voir que ce poison est un agent ou un réactif véritablement spécifique pour isoler physiologiquement les divers éléments des systèmes nerveux et musculaires... il isole la propriété contractile du muscle de la propriété motrice du nerf... il permet de distinguer l'élément moteur de l'élément sensitif... il attaque les fibres nerveuses par leur extrémité périphérique... sans altérer ni la volonté, ni l'intelligence. »

Cette localisation est particulièrement bien mise en évidence par la ligature des vaisseaux des membres inférieurs chez la grenouille, qui respectant la voie nerveuse, mais empêchant l'arrivée du poison jusqu'aux muscles des membres postérieurs, montre le contraste de l'activité conservée de ceux-ci avec la paralysie des régions antérieures.

L'élément nerveux sensitif a lui aussi son poison électif, la *strychnine* qui l'attaque par son extrémité centrale ou médullaire, par les cellules nerveuses.

Enfin l'élément musculaire a également ses poisons propres, et il étudie plus spécialement le *sulfocyanure de potassium*.

C'est également par l'atteinte d'un élément histologique précis qu'il explique l'action toxique de l'*oxyde de carbone*. Et l'on voit, par le récit de ses expériences, comment avec lui aucun fait observé n'était perdu, même alors qu'il ne l'utilisait pas immédiatement.

En 1846, il expérimente sur un chien l'action de l'*oxyde de carbone*, et note seulement la couleur rutilante du sang, aussi bien dans les veines que dans les artères, Dix ans après, recherchant dans ce sang rouge des veines la présence de l'oxygène, supposé cause de la coloration persistante, il constate qu'il ne le peut déplacer par l'hydrogène ; et expérimentant, *in vitro*, il reconnaît que dans le sang en contact avec l'oxyde de carbone, celui-ci s'est substitué à l'oxygène, en se fixant sur les globules. L'intoxication par l'oxyde de carbone est donc essentiellement un empoisonnement du globule rouge, et la mort résulte de la suppression de ses fonctions.

***

En passant en revue, très incomplètement d'ailleurs, quelques-unes de ses principales découvertes nous avons cherché en même temps, et en suivant autant que possible, les renseignements que lui-même a fournis, à montrer au moyen de quelle méthode il les avait faites.

Cette *méthode* il l'a exposée au complet, lorsque malade, éloigné de son laboratoire et venu chercher la santé dans sa maison natale de Saint-Julien il a rédigé son admirable livre l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qui parut en 1865.

Comme le titre l'indique et comme l'exposé le démontre, c'est bien pour réformer la médecine, en lui fournissant une base véritablement scientifique qu'il entreprend sa démonstration.

Mais ce n'est pas là une œuvre de théorie ou de dissertation philosophique, comme beaucoup ont paru le croire, mais simplement le résumé et la codification de sa propre expérience. Il dit ce qu'il a fait, comment il l'a fait et pourquoi il l'a fait, Aussi nous paraît-il inutile, de lui chercher des précurseurs.

L'ouvrage est divisé en trois parties procédant pour suivre l'ordre logique ou didactique, du général au particulier.

1° Du raisonnement expérimental.

2° De l'expérimentation chez les êtres vivants.

3° Application de la méthode expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie.

Dans la première partie, il montre que la méthode expérimentale repose sur les mêmes principes dans toutes ses applications, que celles-ci concernent l'étude des phénomènes qui se passent chez les êtres vivants, ou dans les corps bruts, et sont les mêmes pour les sciences physiologiques que pour les sciences physiques ou chimiques.

« Le principe absolu des sciences expérimentales, écrit-il, est un *déterminisme* nécessaire et constant dans les conditions des phénomènes. De telle sorte qu'un phénomène naturel, quel qu'il soit, étant donné, jamais un expérimentateur ne pourra admettre qu'il y ait une variation dans l'expression de ce phénomène, sans qu'en même temps il ne soit survenu des conditions nouvelles dans sa manifestation ; de plus il a la certitude *a priori* que ces variations sont déterminées par des rapports rigoureux et mathématiques. L'expérience ne fait que nous montrer la forme des phénomènes ; mais le rapport d'un phénomène à une cause déterminée est nécessaire et indépendant de l'expérience et il reste forcément mathématique et absolu. Nous arrivons ainsi à voir que le principe du critérium des sciences expérimentales est identique au

fond à celui des sciences mathématiques puisque de part et d'autre ce principe est exprimé par un rapport des choses nécessaire et absolu. »

Avec des considérations infiniment intéressantes sur l'observation et l'expérience, l'idée *a priori* et le doute dans le raisonnement expérimental etc. etc., toute l'argumentation de Cl. Bernard, vise en somme, à démontrer mais avec un talent d'exposition infiniment supérieur, ce que Magendie avait soutenu dans son traité de physiologie, et dans ses leçons au Collège de France, que la physiologie est une science, une science exacte, tout comme la science physique et chimique, et dont l'incertitude apparente, qu'il avouait trop franchement peut être, d'où sa réputation de scepticisme, tient uniquement à la complexité infiniment plus grande des phénomènes.

C'est le point précisément qu'examine Cl. Bernard dans la seconde partie de son livre, en parlant de l'*expérimentation chez les êtres vivants*. Pour lui..... « la science des phénomènes de la vie ne peut avoir d'autre base que la science des phénomènes des corps bruts..... la spontanéité des êtres vivants ne s'oppose pas à l'emploi de l'expérimentation....,

D'ailleurs cette spontanéité apparente, cette indépendance du milieu extérieur, qui se voit surtout chez les organismes supérieurs est due à ce que : « les phénomènes physiologiques se passent, dans des milieux intérieurs perfectionnés et dont les propriétés physico-chimiques sont constantes »..... C'est là la conclusion de ses longues recherches et de ses magnifiques découvertes sur la formation et la constitution du milieu intérieur, la conception directrice initiale de son investigation physiologique.

« Beaucoup de médecins, dit-il encore, des physiologistes spéculatifs, des naturalistes.... ont admis que les forces vitales étaient en opposition avec les forces physico-chimiques.... »

Et il rappelle à ce propos ce qu'en 1845, lui disait Gerdy dans une discussion à la Société Philomatique : « toutes les fois que la vie intervient dans les phénomènes, on a beau être dans des conditions identiques, les résultats peuvent être différents »....

A quoi il répond : « Le but de l'expérimentation est le même dans l'étude des phénomènes des corps vivants et dans l'étude des phénomènes des corps bruts »... C'est : « la recherche des conditions physiques et matérielles de l'existence ou de la manifestation des phénomènes »... Aussi donne-t-il comme définition de la physiologie : « la science qui a pour objet d'étudier les phénomènes des êtres vivants et de déterminer les conditions matérielles de leur manifestation. »

Quelques citations encore pour compléter et préciser la pensée de Cl. Bernard.

« Dans les corps vivants comme dans les corps bruts, les lois sont immuables et les phénomènes que ces lois régissent sont liés à leurs conditions d'existence par un *déterminisme* nécessaire et absolu...

« Pour arriver au déterminisme des phénomènes dans les sciences biologiques, il faut ramener les faits à des conditions expérimentales définies et aussi simples que possible »...

« Dans les sciences biologiques, comme dans les sciences physico-chimiques, le déterminisme est possible parce que dans les corps vivants comme dans les corps bruts, la matière ne peut avoir aucune spontanéité... si les fonctions du corps de l'homme et des animaux supérieurs nous paraissent libres et indépendantes du milieu, c'est parce que c'est dans un milieu organique intérieur que se trouvent leurs véritables excitants...

« La limite de nos connaissances est la même dans les phénomènes des corps vivants et dans les phénomènes des corps bruts... la nature ou l'essence de tous les phénomènes, qu'ils soient vitaux ou minéraux nous restera toujours inconnue... Le savant qui a poussé l'analyse expérimentale jusqu'au déterminisme relatif d'un phénomène voit sans doute clairement qu'il ignore ce phénomène dans sa cause première, mais il en est devenu maître. L'instrument qui agit lui est inconnu, mais il peut s'en servir ».

L'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* n'est pas un traité de philosophie. Et bien que nombre de commentateurs aient surtout voulu voir en Cl. Bernard le philosophe, cherchant chacun à l'attirer de son côté, au besoin en forçant sa pensée, il s'en défend nettement : « La médecine expérimentale ne répond à aucune doctrine médicale, ni a aucun système philosophique...

« Pour l'expérimentateur physiologiste, il ne saurait y avoir ni spiritualisme, ni matérialisme. Ces mots appartiennent à une philosophie naturelle qui a vieilli... nous ne connaîtrons jamais ni l'esprit, ni la matière... d'un côté comme de l'autre on arrive bientôt à des négations scientifiques... il n'y a pour nous que des phénomènes à étudier, les conditions matérielles de leurs manifestations à connaître, et les lois de ces manifestations à déterminer »...

Et tout comme Hippocrate s'il veut séparer la médecine de la philosophie, il ne lui répugne nullement d'avoir « l'esprit philosophique... qui sans appartenir à aucun système doit régner sur toutes les sciences... sur toutes les connaissances humaines »...

Et il ajoute : « J'aime beaucoup les philosophes ils entretiennent une sorte de soif de l'inconnu et le feu sacré de la recherche »...

Enfin il termine par cette magnifique pensée :

« Celui qui ne connaît pas les tourments de l'inconnu, doit ignorer les joies de la découverte, qui sont certainement les plus vives que l'esprit de l'homme puisse jamais ressentir »...

La partie, à notre avis, la plus intéressante du livre, est celle où Cl. Bernard, appuie les principes théoriques de la méthode expérimentale, des exemples tirés de sa propre pratique. Car il nous révèle ainsi le travail intime de sa propre pensée au cours de ses expériences les plus mémorables. Nous en avons d'ailleurs cité précédemment quelques passages dans l'exposé que nous avons fait de ses grandes découvertes.

Malgré son titre, la plus grande partie de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* concerne seulement la physiologie normale.

Pour la médecine, Cl. Bernard, est bien forcé de reconnaître, que : « dans l'état actuel de la science, on comprend si peu de chose à l'action des médicaments, que, pour être logique, le médecin expérimentateur se trouverait réduit à ne rien faire »...

« Il administrera les médicaments avec le doute scientifique qui convient au véritable expérimentateur »...

Et il conclut, « Il faut subir l'empirisme, mais vouloir l'ériger en système est une tendance antiscientifique ».

Evidemment, il pense à Trousseau, et aux idées exposées dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, et que nous avons citées quand nous avons fait la biographie de ce grand médecin, quand il dit ; « il en est qui admettent qu'on possède la médecine par une sorte de science infuse qu'on appelle le *tact médical*... que le médecin ne doit

pas être un savant, mais un artiste, je trouve cette idée erronée ».

L'opposition est amusante entre ces deux grands esprits, mais moins profonde qu'on ne pourrait croire au premier abord, puisque Cl. Bernard ajoute : « Le médecin ne peut être raisonnablement qu'un savant ou en attendant un empirique ». Et que Trousseau se proclamait empirique précisément parce qu'il ne jugeait pas la science médicale assez avancée pour être d'application pratique actuelle. Ce que justement vient démontrer Cl. Bernard.

Nous ne saurions mieux faire pour en terminer avec l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* que de rappeler l'appréciation qu'en a portée Pasteur : « On n'a rien écrit de plus lumineux, de plus complet, de plus profond sur les vrais principes de l'art si difficile de l'expérimentation. Ce livre est à peine connu parce qu'il est à une hauteur où peu de personnes peuvent atteindre aujourd'hui. L'influence qu'il exercera sur les sciences médicales, sur leur enseignement, sur leurs progrès, leur langage même, sera immense... »

Et ces prévisions se sont réalisées. D'ailleurs et comme résultat immédiat, ce livre contribua efficacement à faire connaître Cl. Bernard en dehors des milieux spécialisés, et fut pour beaucoup dans son élection, quelques années après à l'Académie Française.

Après la *méthode*, la *doctrine*.

***

Celle-ci, conçue vraisemblablement dès le début de sa carrière scientifique, élaborée progressivement au cours de ses recherches, consolidée par ses grandes découvertes, Cl. Bernard l'a exposée au complet, dans son dernier ouvrage, les *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*.

La physiologie générale, c'est la science de la vie, dans toutes ses formes, complexes ou rudimentaires, et qui se présente soumise aux mêmes lois fondamentales aussi bien chez les végétaux que chez les animaux, malgré les différences apparentes des structures morphologiques.

Une définition de la vie est impossible, sans recourir à des hypothèses invérifiables. Mais on peut dire en quoi consistent les phénomènes par lesquels elle se manifeste, et qui tous peuvent rentrer dans les deux cadres suivants : création et destruction.

1° Les phénomènes de *création vitale* ou de *synthèse organisatrice* ; 2° les phénomènes de mort ou de *destruction organique*....

« Le premier de ces deux ordres de phénemènes est seul sans analogues directs, il est particulier, special à l'être vivant. Cette synthèse évolutive est ce qu'il y a de véritablement vital. Je rappellerai la formule que j'ai exprimée dès longtemps : la vie c'est la création.

Le second, au contraire, la destruction vitale est d'ordre physico-chimique ; le plus souvent le résultat d'une combustion, d'une fermentation, d'une putréfaction, d'une action en un mot comparable à un grand nombre de faits chimiques de décomposition ou de dédoublement. Ce sont de véritables phénomènes de mort quand ils s'appliquent à l'être organisé..... Nous sommes victimes d'une illusion quand nous voulons désigner les phénomènes de la vie, nous indiquons en réalité les phénomènes de la mort. Ce que j'ai voulu exprimer sous une forme parodoxale : la vie c'est la mort. »

Les explications de la vie ont été fournies par des hypothèses inspirées de deux tendances : « la forme ou la tendance spiritualiste animiste ou vitaliste ; la forme ou la tendance mécanique ou matérialiste...; la vie expression d'une force spéciale ou résultat des forces générales de la nature.... »

Et Claude Bernard conclut : « La science ne donne raison ni à l'une ni à l'autre. » Et il ajoute pour bien préciser sa pensée : « Aujourd'hui la physiologie devient une science exacte, elle doit se dégager des idées philosophiques et théologiques. On n'a pas plus à demander à un physiologiste s'il est spiritualiste ou matérialiste, qu'à un mathématicien, à un physicien ou un chimiste... »

« La vie ne saurait s'expliquer par un principe intérieur d'action. Elle est le résultat d'un conflit entre l'organisme et les conditions physico-chimiques ambiantes. Ce conflit n'est pas une lutte mais une harmonie.... Ses manifestations résultent de l'intervention de deux facteurs : 1° les lois préétablies, résultat de ce qu'on peut appeler l'état antérieur, elles dérivent par atavisme des organismes que l'être vivant continue et répète,.... sur elles nous n'avons aucune action ; 2° les conditions physico-chimiques déterminées, qui sont nécessaires à l'apparition des phénomènes...., seules elles nous sont accessibles..., leur connaissence nous donne le moyen d'agir et de maîtriser ces phénomènes.... »

Dans les manifestations de la vie on peut reconnaître trois formes essentielles, et démontrant les modalités du conflit entre l'organisme et les conditions physico-chimiques ambiantes : la *vie latente*, entièrement dépendante de ces conditions ; *la vie oscillante* ; *la vie constante* qui doit son indépendance apparente à l'existance du milieu intérieur.

La vie est une, dans ses modalités essentielles et par cette affirmation Cl. Bernard se prononce contre les idées dualistes antérieurement soutenues et que ses découvertes ont précisément réfutées. On opposait en effet, avant lui, les végétaux, créateurs de synthèses chimiques, aux animaux uniquement destructeurs dans leur fonctionnement vital.

C'est par la découverte de la fonction glycogénique que Cl. Bernard a montré que les mêmes propriétés d'élaboration de réserves, appartenaient aussi bien aux animaux qu'aux végétaux. De même se trouve également réfuté, le prétendu antagonisme de la respiration animale et de la respiration végétale.

« Notre conception fondamentale de la vie exige dans tout animal ou végétal la réunion des phénomènes de création et de destruction organiques.... Nous regardons *a priori* comme erronée toute proposition contradictoire à ce grand principe.... »

Il démontre en outre que contrairement à ce que l'on croyait autrefois, la nutrition est indirecte, c'est-à-dire que : « l'aliment disparaît d'abord en tant que matière chimique définie, et ce n'est que plus tard, après un travail organique à longue portée, une élaboration vitale complexe, que l'aliment arrive à constituer des réserves, toujours identiques, qui servent à la nutrition de l'organisme.... Ces réserves nutritives se retrouvent dans les deux règne... »

Après quoi il passe à l'étude des *Phénomènes de destruction organique*, que, s'inspirant de Lavoisier, il rattache à trois types ; *fermentation, combustion, putréfaction*.

Et il conclut : « Toutes les actions de décomposition organique ou de destruction vitale dont l'organisme est le théâtre, se ramènent en somme à des fermentations *La fermentation serait le procédé chimique général pour tous les êtres vivants, et même il leur serait spécial puisqu'il ne se forme pas en dehors d'eux*. La fermentation caracté-

◆◆◆

rise donc la *chimie vivante* et dès lors son étude appartient rigoureusement au domaine de la physiologie.

Remarquons en passant, ce terme de *chimie vivante*, qui dans le dernier écrit de Claude Bernard, montre l'empreinte persistante des doctrines de Broussais auquel cette dénomination appartient en propre.

Dans les *Phénomènes de création organique* qu'il étudie ensuite Claude Bernard distingue : « la formation des principes immédiats qui constituent les réserves, c'est-à-dire la *synthèse chimique*, de la réunion de ces principes dans un moule particulier, sous une forme ou une figure déterminée... la *synthèse morphologique* ».

Et il passe en revue à ce propos la théorie cellulaire, protoplasmique, plastidulaire.

Il admet que : « la vie commence avant la cellule. Il y a une substance vivante, le protoplasma, qui donne naissance à la cellule et qui lui est antérieure. La vie à son degré le plus simple, dépouillée des accessoires qui la compliquent, n'est pas liée à une forme fixe, car la cytode n'en a point ; mais à une composition ou à un arrangement physico-chimique déterminé. La notion morphologique disparaît donc ici devant la notion de constitution physico-chimique de la matière vivante...

« Le protoplasma a la propriété de s'accroître par synthèse chimique ; il se renouvelle à la suite d'une destruction organique, Ces deux propriétés constituent la vie du protoplasma.... On ne doit pas distinguer, même sous le rapport de la couleur, un protoplasma animal et un protoplasma végétal. Suivant les cas, il se charge ou ne se charge pas de matière verte, le tiers des végétaux en est dépourvu et des animaux inférieurs en possèdent. »

« Le protoplasma, pour mettre en jeu sa puissance de synthèse chimique doit posséder les facultés de l'*irritabilité*, il n'a en lui-même et par lui-même aucune faculté d'initiative. »

C'est là la pure doctrine Broussaisienne, admise également par Virchow.

Et Claude Bernard définit l'*irritabilité* : « La propriété de l'élément vivant d'agir suivant sa nature sous une provocation étrangère : 1° Il y a dans tous les tissus vivants une faculté commune de réagir sous l'influence des excitants extérieurs, c'est l'*irritabilité*. Le tissu n'est déclaré vivant qu'à cette condition. 2° Il existe en même temps dans tous les tissus vivants une réaction particulière et autonome, c'est la *propriété organique* qui caractérise physiologiquement le tissu. » « C'est dans le protoplasma qu'existent toutes les propriétés des tissus. Par l'évolution des organismes et la différenciation de leurs tissus les propriétés primitives et confuses du protoplasma se différencient par une intensité relative plus grande dans certains éléments organiques. »

Et à ce propos, rappelant ses récentes expériences sur les anesthésiques, il montre que ces substances : « fournissent des moyens d'agir sur l'*irritabilité*, la faculté vitale par excellence, de la suspendre ou de la supprimer, de sorte que l'on peut considérer ces substances *comme les réactifs habituels de toute substance vivante et par conséquent du protoplasma.* »

Enfin il termine par l'étude de *la formation des organismes, la synthèse organisée, la morphologie.*

« Le protoplasma ne représente que la vie sans forme spécifique, il faut nécessairement la forme pour caractériser l'être vivant. »

« L'organisme complexe est un agrégat de cellules..... il y a *autonomie* des éléments anatomiques et *subordination* de ces éléments à l'ensemble morphologique..... des vies partielles à la vie totale.

« L'organisme est un vaste mécanisme..... assemblage de mécanismes secondaires. .....Longtemps on a cru que les rouages surajoutés avaient en eux-mêmes leur raison d'être, ou qu'ils étaient le résultat du caprice d'une nature artiste. Aujourd'hui nous devons y voir une complication croissante régie par une loi (loi de construction des organismes).....dont la physiologie rend compte. Les organes, les systèmes n'existent pas pour eux mêmes, ils existent pour les cellules, pour les éléments anatomiques innombrables qui forment l'édifice organique. Les vaisseaux, les nerfs, les organes respiratoires, etc. se montrent à mesure que l'échafaudage histologique se complique de manière à créer autour de chaque élément le milieu et les conditions qui sont nécessaires à cet élément. .....Ainsi la loi de ces *constructions des organismes* et du *perfectionnement des organismes* se confond avec les lois de la *vie cellulaire*. Le perfectionnement organique consiste dans une différenciation de plus en plus marquée du travail préparatoire à la *constitution du milieu intérieur*.

Et nous voici ainsi ramenés, au terme de cette vaste révision de la physiologie générale, à l'idée directrice suivie par Claude Bernard depuis le début de sa carrière scientifique.

Et pour terminer par une prévision du pouvoir que la science physiologique armée de l'expérience et consciente du déterminisme absolu des lois naturelles qu'elle peut ainsi découvrir, Claude Bernard conclut : « Par les sciences physico-chimiques, l'homme marche à la conquête de la nature brute... la physiologie doit, elle aussi, être une science *active* et *conquérante* à la manière de la physique et de la chimie ».

Et il rappelle à ce propos la phrase célèbre de Descartes : « Connaissant la force et les actions du feu, de l'eau, de l'air, des astres, des cieux et de tous les autres corps qui nous environnent... nous les pourrions employer à tous les usages auxquels ils sont propres et ainsi nous rendre maîtres et possesseur de la nature... Je m'assure que (en connaissant mieux la médecine) on se pourrait exempter d'une infinité de maladies, tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse ? »

Certes, nul mieux que Claude Bernard n'a travaillé dans la voie ainsi indiquée par Descartes. Et le rapprochement des pensées de ces deux grands esprits est le plus magnifique éloge que nous puissions faire de l'un comme de l'autre.

Telle est l'œuvre dernière de Claude Bernard, la grande synthèse physiologique dans laquelle il a embrassé tous les phénomènes de la vie dans leur unité, comme dans leur diversité.

La théorie est complète et résume l'ensemble des connaissances à l'époque où elle a été émise. Elle a cependant été surtout basée sur ses découvertes personnelles, toutes les grandes conquêtes dont la science lui est redevable sont venues prendre place dans l'admirable tableau, et l'idée directrice est celle que dès le début de ses recherches il a entrevue, puis incessamment développé : La vie élémentaire, mise en jeu par l'action du milieu, ce milieu intérieur permettant la complexcité des assemblages organiques, et réglé dans sa constitution comme dans son fonctionnement par les grands mécanismes physiologiques dont plus que tout autre il a élucidé la complexité.

Le système est si complet qu'il se suffit à lui-même et ne souffre aucune immixtion étrangère.

Et nous avons en effet comme contraste à l'impression de grandeur que sa contemplation nous donne, la consta-


IODOGENOL PEPIN

tation, précisée sinon révélée par l'écrit posthume publié par Berthelot, sur les fermentations, d'une méconnaissance absolue, par Claude Bernard le plus puissant génie observateur de son temps, des doctrines pastoriennes, précisément au moment où celles-ci allaient, définitivement triomphantes, conquérir le monde scientifique et bouleverser la médecine en la rénovant de fond en comble.

De cet écrit, Pasteur douloureusement ému a fait une critique pertinente, répondant par des expériences aux arguments du grand expérimentateur pour lequel il n'avait jamais cessé d'avoir la plus vive et la plus affectueuse admiration.

Et pour nous, historien, nous apprenons ici une fois de plus quelles sont les limites des plus puissants esprits, des inventeurs de génie, et qui sont en quelque sorte prisonniers de leur propre création. Celle-ci, ils l'ont conçue dans leur jeunesse, avec tous les éléments que le milieu d'alors leur fournissait, ils l'ont développée au cours de leur carrière et seulement dans le sens de la conception primitive. Car c'est bien et réellement une conception qui donne naissance à une créature animée, leur œuvre. Et comme l'ovule fécondé par le spermatozoïde, se ferme à toute pénétration étrangère, l'esprit fécondé par l'idée repousse désormais toute autre influence extérieure qui viendrait en troubler le développement.

Claude BERNARD jugé par les contemporains

PRÉFACE

DE M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

pour la nouvelle édition de l'

Introduction à l'Etude de la Médecine Expérimentale

2 vol. in-8. Portrait par Berthold Man.
« Collection L'INTELLIGENCE »

(*Les Arts et le Livre*, 17, rue Froidevaux, Paris, 1927).

Soixante ans ont passé depuis que Claude Bernard a publié son livre et nous pourrions nous étonner de l'impression que fit alors cet ouvrage dans les milieux scientifiques, si nous ne tenions pas compte du mouvement prodigieux qui, depuis cette époque, s'est fait dans les esprits et auquel il a d'ailleurs si largement contribué.

A la suite d'une maladie grave, Claude Bernard avait été chercher le repos dans la vieille maison paternelle, sur ces côteaux du Beaujolais, couverts de « vignes verdoyantes, et d'où, par les temps clairs, on aperçoit à l'horizon les neiges lointaines des Alpes. »

Mais un esprit comme le sien ne connaissait pas le repos, et cet homme qui avait, mieux que qui que ce soit, pénétré les secrets de la vie et réfléchi sur le mécanisme admirable des fonctions les plus obscures de nos organes, se prit à méditer longuement sur ses études, sur l'enchaînement de ses recherches et sur les méthodes de travail et de pensée qui l'avaient peu à peu conduit à des découvertes qui faisaient l'admiration des hommes capables de comprendre ces questions difficiles.

A vrai dire, il ne fit qu'approfondir, que compléter et que coordonner les idées éparses un peu partout dans son œuvre : car il fut, toute sa vie, singulièrement préoccupé, et pour ainsi dire hanté par les problèmes philosophiques que soulève à chaque pas l'étude des phénomènes de la vie et par les conséquences qu'un libre esprit comme le sien était nécessairement conduit à en tirer.

Il revient souvent, dans ses livres, et parfois à de longues années de distance, sur l'analyse intime des fonction organiques, sur ce milieu intérieur qui préside aux échanges cellulaires et dont l'état d'équilibre permet les manifestations de la vie.

L'étude approfondie de certains phénomènes que nul ne connaissait avant lui, et en particulier de la fonction glycogénique du foie, qui appartient au domaine de la chimie pure, lui ouvrait les yeux sur la nature intime des combinaisons organiques. De même, l'étude du système nerveux et de la chaleur animale lui montrait que les phénomènes purement physiques ont aussi leur grande part dans le fonctionnement de la matière animée.

Si bien qu'il trouvait toujours et partout, dans la vie qui nous pénètre comme dans la vie qui nous enveloppe, aussi bien dans celle des organes végétatifs que dans celle des éléments plus élevés, et dans les manifestations prodigieuses et véritablement sublimes de l'activité des centres nerveux, il trouvait toujours et partout des phénomènes d'ordre physico-chimique qui l'éloignaient de plus en plus des conceptions philosophiques qui, à cette époque, ne rencontraient guère de contradicteurs.

Il n'est pas jusqu'à son discours de réception à l'Académie française dans lequel il parle, dans un langage magnifique, de la nature physico-chimique de tous les actes de la vie. Et il n'est pas douteux que cette affirmation d'une idée qui nous paraît aujourd'hui bien simple, mais qui, à cette époque et dans un milieu comme celui dans lequel il ne craignait pas de l'émettre, passait pour terriblement subversive, est un témoignage éclatant de son courage intellectuel.

Voilà ce qui donne tant de force à cette *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Voilà ce qui fait de ce livre un ouvrage capital, qui marque une époque dans l'histoire de l'esprit humain. Ce qui est nouveau, et qu'on n'avait peut-être encore jamais vu, ce qui, en tout cas, n'avait jamais été dit avec autant de force et une plus solide argumentation, c'est que les conclusions philosophiques auxquelles arrive Claude Bernard, ce déterminisme scientifique sur lequel il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire, et même à critiquer, comme je l'ai fait autre part (1), n'est pas un système philosophique créé de toutes pièces, d'après les données subjectives de la conscience, comme nous en avons tant vus, qui ont conduit les philosophes de tous les temps à des conclusions opposées, depuis les conceptions les plus droites, jusqu'aux conceptions les plus délirantes. Et ces dernières ne sont pas, bien entendu, celles qui ont rencontré la

(1) Voir J.-L. Faure : Claude Bernard, Ed. Crès et Cie, Paris 1925.

moindre faveur dans l'âme inconsciente des foules, parce qu'elles procèdent en général du sentiment au lieu de procéder de la raison.

Claude Bernard est venu. Il s'est obstinément renfermé dans l'expérimentation, à laquelle il a élevé un monument magnifique. Expérimentateur merveilleux, si l'on s'en rapporte à ses découvertes et si l'on en croit ses élèves, ceux qui participaient à ses travaux, à ses expériences et qui sont bons juges en la matière, il reprenait ses expériences, les contrôlait de mille manières et n'avançait un fait que lorsqu'il était certain de sa réalité. C'est ainsi qu'il put démontrer que les mêmes causes produisaient toujours les mêmes effets.

Il ne faudrait pas croire que cette vérité, qui nous paraît aujourd'hui si évidente, fut considérée comme telle à l'époque lointaine où il faisait ses premières expériences. Si l'on était convaincu de l'inflexible rigueur des lois mathématiques, nul ne pensait qu'il y eût dans les phénomènes qui caractérisent les manifestations de la vie, des lois également rigoureuses. Bichat, Magendie, qui ont fait dans l'ordre des sciences biologiques des découvertes admirables, vivaient dans l'atmosphère scientifique de leur époque, et ne pouvaient pas croire que les lois qui régissent les organismes vivants fussent les mêmes que celles qui président aux combinaisons admirables de la Chimie ou aux phénomènes non moins admirables de la Physique. Magendie lui-même, Magendie, le maître de Claude Bernard, qui fut un grand physiologiste, sinon un grand esprit, était si bien convaincu qu'il n'y avait pas de lois physiologiques, qu'il se refusait à les rechercher et s'obstinait à s'en tenir aux faits, sans s'efforcer de les lier entre eux et sans consentir à étudier les règles qui les déterminent.

Les phénomènes de la vie apparaissent à tous comme étant d'une essence particulière et leur extraordinaire, complexité, qui n'avait pas permis d'y reconnaître des lois analogues à celle de la physique et de la chimie, entretenait cette idée, partagée par tous, qu'ils échappaient à l'empire des lois qui régissent les métamorphoses de la matière universelle !

C'est ce qu'il importe de bien savoir, si l'on veut comprendre la grandeur de l'œuvre de Claude Bernard. Car il est le premier à s'être aperçu et à avoir eu le courage d'affirmer que les phénomènes de la vie rentraient dans la loi commune et obéissaient, comme tout ce qui est dans la nature, à des règles universelles.

Qu'on se rende compte de l'importance de cette affirmation à l'époque où elle a été formulée, au moment même où ses collègues de l'Académie des Sciences, où des hommes éminents par leurs découvertes et leur largeur d'esprit, refusaient de croire à l'authenticité de la mâchoire humaine découverte par Boucher de Perthes dans des terrains relativement anciens, parce que cette circonstance heurtait de front leurs idées ou plutôt leurs sentiments sur l'origine de l'homme, sentiments qui demeuraient encore conformes à la tradition biblique.

C'était une révolution dans les principes directeurs de la pensée humaine, analogue à celle que dut produire chez les hommes éclairés de leur époque les révélations prodigieuses de Copernic, de Kepler, de Newton qui bouleversaient le système du monde. C'était même une révolution plus profonde, parce qu'elle touchait, non pas aux idées que l'on pouvait avoir sur les lois qui régissent la marche éternelle des astres dans les cieux, mais aux idées et aux convictions plus intimes et plus angoissantes qui touchent à la personnalité humaine ! Et quelle inquiétude soudaine chez cette foule inconsciente, avide d'immortalité, entendant tout à coup renouveler la parole de l'Ecriture : « Humanité qui vis absorbée dans l'orgueil de ton âme immortelle, sache que tu n'es que poussière et que tu retourneras en poussière ! »

Voilà la grande parole de Claude Bernard, bien qu'il ne l'ait pas prononcée ! Voilà l'invincible conclusion de ses recherches magnifiques, dégagées des hésitations et des contradictions qui le conduisirent à cette philosophie du déterminisme qui est bien l'affirmation catégorique de l'existence des lois de la nature vivante, mais qui s'arrête au milieu du chemin, mais qui ne va pas jusqu'au bout et qui n'est, en réalité, qu'une concession de son génie scientifique aux sentiments profonds qui l'étreignaient encore et que, dans ce milieu où il se sentait comme une sorte d'otage que se disputaient les philosophie rivales, il n'avait pas la force d'arracher de son cœur.

Nous n'avons pas le droit de lui en tenir rigueur, car il s'est avancé très loin sur la route de la vérité et, l'époque où il a conçu ce qu'il a conçu et écrit ce qu'il a écrit, pas un seul d'entre nous, peut-être, n'eût été aussi loin que lui !

Les découvertes innombrables qui démontrent jusqu'à l'évidence la vérité de la théorie de l'évolution Lamarckienne n'avaient point encore eu lieu ! Bien que formulée depuis soixante ans, elle était encore, au moment où Claude Bernard s'absorbait dans ses pensées, absolument inconnue de tous et de Claude Bernard lui-même ! Après avoir momentanément séduit quelques grands esprits, comme Geoffroy-Saint Hilaire, elle avait succombé sous les coups de Cuvier et avait été oubliée pour n'être retrouvée qu'en 1868 par Hoeckel, alors que l'*Introduction* était déjà publiée. Aujourd'hui, à part quelques aveugles qui ne veulent pas voir, à part quelques hommes sincères, mais qui n'ont pu vaincre l'étreinte de leur éducation ou de leur hérédité, tous ceux qui savent, tous ceux qui se sont donné la peine de réfléchir à ce problème passionnant, tous les hommes de notre temps se meuvent aisément dans ces questions qui heurtaient profondément les sentiments de la génération qui nous a précédés. Mais quand a paru l'*Introduction* il n'en était pas ainsi, et ce livre est venu à un moment décisif dans l'histoire de l'esprit humain, apporter sa contribution fondamentale à ce grand mouvement de libération des idées que le développement de l'esprit d'examen, de la méthode critique et les découvertes qui, dans les sciences de la nature, ébranlaient de toutes parts les convictions séculaires, entraînaient avec une rapidité toujours plus grande vers l'affranchissement total.

Car c'est précisément vers l'époque où Claude Bernard accomplissait ses découvertes capitales, qu'à la suite des hésitations du XVIIIe siècle, à la suite de l'ébranlement colossal produit par les enthousiasmes de la jeune Révolution et les fureurs sanguinaires de cette période où elle s'est effondrée dans les manifestations d'une démence collective, entrecoupée d'éclairs à la suite des éblouissements et des catastrophes de l'épopée impériale, à la suite de ces années de repos physique et moral où l'énergie de la race semble s'être transfigurée pour s'épanouir dans la magnifique floraison littéraire des grands romantiques et la miraculeuse révolution scientifique et industrielle qui, en quelques années, a transformé la face du monde, c'est vers cette époque que la plupart des hommes dont l'esprit n'était pas invinciblement enchaîné par les influences héréditaires et sociales, par l'éducation et par le milieu, virent devant leurs yeux se déchirer brusquement le voile du passé et s'éclairer tous les mystères que, depuis les siècles, l'humanité, vivant dans l'espérance et dans la foi n'avait pu ni comprendre, ni même discuter.

Le livre de Claude Bernard qui condense toute la substance de sa méthode de travail et des idées auxquelles elle l'avait conduit, est là pour témoigner de la puissance de son esprit et de l'influence qu'il a sur les hommes de sa génération. C'est ce livre qui, en même temps qu'un modèle de pensée est un modèle de style scientifique et une œuvre digne de prendre place parmi celles qui honorent de plus la langue française, c'est ce livre qui révéla Claude Bernard à ce grand public qui ignorait l'homme lui-même autant que le savant. Car les choses ne se passaient guère à cette époque déjà lointaine autrement qu'aux jours où nous vivons, et où la force même des choses veut que le dernier des feuilletonistes ou des héros de cinéma occupe dans l'esprit de ses contemporains une place cent fois plus grande qu'un savant dont



« La Calcéose cré-
« tifie les lésions et
« rend le terrain ré-
« fractaire à l'inva-
« sion bacillaire.

Prescrire 6 comprimés ou 6 mesures de poudre chaque jour.

J. BOILLOT & Cie, 22, rue Morère, PARIS

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à **5 0/0** pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à **10 0/0** pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à **20 0/0** pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc..

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

Affections de l' ESTOMAC
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
ARTHRITISME

VALS-SAINT-JEAN

Eau de régime, faiblement minéralisée, légèrement gazeuse.

Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.

Direction Vals-Saint-Jean, 53, B^d Haussmann, PARIS.

COMPRIMÉS DE SANALGINE

LE SPÉCIFIQUE CONTRE LES

MIGRAINES, MAUX DE TÊTE, NÉVRALGIES, FIÈVRES

NOMBREUSES ATTESTATIONS DE MÉDECINS ET DENTISTES
EFFET TRÈS PROMPT ET SANS AUCUN INCONVÉNIENT
LE TUBE DE 10 COMPRIMÉS 4 FR. 40 (IMPÔT COMPRIS), DANS TOUTES LES PHARMACIES
EMBALLAGE À PRIX TRÈS RÉDUIT POUR CLINIQUES, HÔPITAUX ET MÉDECINS DE CAMPAGNE — ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE ADRESSÉE AU

LABORATOIRE SANAL, S^T LOUIS (H^t-Rhin)



LA MÉDICATION HÉMOPOÏÉTIQUE LA PLUS RATIONNELLE

SPLÉNOMÉDULLA

Extrait concentré de Rate et de Moëlle osseuse
PRÉPARÉ A FROID

TRAITEMENT DE CHOIX DE TOUTES LES DYSCRASIES SANGUINES

Anémies, Leucémies, Paludisme, Rachitisme, Troubles de Croissance, Convalescences
ET TOUS ÉTATS DE DÉBILITÉ ORGANIQUE

Doses : Adultes, 2 à 3 cuillerées à soupe par jour. Enfants, 2 à 3 cuillerées à café

LABORATOIRE CHAIX, 10, Rue de l'Orne, PARIS (XVe)

les découvertes peuvent étendre leurs bienfaits sur l'humanité tout entière.

Ce livre fut une sorte de révélation. Le nom de Claude Bernard s'entoure de ce prestige que nous n'avons vu égaler, puis dépasser que par le grand nom de Pasteur. LAcadémie française vint rapidement consacrer sa gloire incontestée et l'admirable discours qu'il y prononça à propos de Flourens, auquel il succédait, ainsi que le discours non moins admirable par lequel Renan, son ami, avait voulu le recevoir, firent connaître à tous le grand homme jusqu'alors obscur et répandirent parmi les esprits cultivés la substance de ses idées.

Mais le temps marche ! Les idées, dont beaucoup ont été pour la première fois émises dans ce livre, sont aujourd'hui passées dans le domaine universel sans qu'on en connaisse la source, Les évènements formidables qui sont venus bouleverser le monde ont entraîné vers d'autres buts les préoccupations des hommes. Les livres nouveaux nous submergent et ceux d'autrefois disparaissent sous la poussière de l'oubli. Il ne faut pas laisser prescrire l'histoire de l'esprit humain. Le livre de Claude Bernard est un des moments les plus beaux de cette histoire magnifique. C'est une noble et généreuse entreprise que de le faire revivre aujourd'hui et de rallumer pour un jour, par ces temps, où nos yeux, fatigués par tout ce qu'ils ont vu de grand, hésitent à sonder l'obscurité de l'avenir, une des plus pures lumières qui aient jamais lancé leur flamme sur cette route ténébreuse où chemine l'Humanité.

L'Œuvre pathologique de Claude Bernard et la biologie française,

Par M. E. GLEY,

Professeur au Collège de France.

On s'était toujours plu à louer en Claude Bernard l'expérimentateur incomparable, le physiologiste de génie, l'instaurateur de la physiologie cellulaire et le grand biologiste, le profond penseur ; mais dans ces éloges l'œuvre pathologique de Claude Bernard avait été laissée dans l'ombre.

C'est pourquoi, dans la leçon d'ouverture pour l'année 1914-1915, *du cours de biologie générale au Collège de France, M. le Professeur Gley a tenu à faire entendre le juste éloge qui est dû à cette œuvre. Voici les conclusions de cette leçon qui a paru dans* la Revue scientifique (3 *juillet* 1915) :

«.. L'œuvre pathologique de Claude Bernard aboutit en somme à l'introduction définitive de l'expérimentation en médecine. Ici encore se vérifie par conséquent ce que Bernard a dit à propos de Lavoisier renouvelant la chimie et la faisant pénétrer dans la physiologie, et à propos de son maître Magendie s'efforçant de ramener les phénomènes physiologiques à des phénomènes physiques et chimiques : « Il faut dire à l'honneur de la science française qu'elle a eu la gloire d'inaugurer d'une manière définitive la méthode expérimentale dans la science des phénomènes de la vie. » (1) Si cette méthode s'est imposée à la pathologie comme à la physiologie, c'est à Claude Bernard qu'on le doit. De là la possibilité de l'étude scientifique du mécanisme des maladies ; d'où ensuite la possibilité d'une intervention, c'est-à-dire d'une thérapeutique, rationnelle et efficace. Jusqu'alors la médecine, pendant de longs siècles, ne s'était fondée que sur l'observation, puis, à partir du XVIII[e] siècle avec Morgagni, sur l'observation et sur l'anatomie pathologique.

(1) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, p. 259.

Claude Bernard, quoi qu'on ait essayé parfois de dire, a toujours reconnu les droits et la nécessité de l'observation clinique (1). Quant à l'anatomie pathologique, il a soutenu avec raison qu'elle ne dévoile ni le mécanisme de la maladie ni les causes de la mort. Seule, l'expérimentation peut donner l'explication de l'une et de l'autre.

Ainsi fut fondée la pathologie expérimentale. Bernard s'est souvent servi aussi de l'expression de médecine expérimentale. D'aucuns les confondent. Il les avait parfaitement distinguées. La méthode et les principes sont les mêmes, mais l'objet de la médecine expérimentale est plus étendu, cette science comprenant, en effet, la thérapeutique, en outre de tout ce que comprend la pathologie expérimentale (2). Celle-ci n'est donc qu'une partie de celle-là. Peut-être cependant la définition de la médecine expérimentale a-t-elle été quelquefois démesurément élargie par Bernard qui la définit un jour « la connaissance des lois des phénomènes de la vie à l'état physiologique et pathologique » (3). C'était la confondre et avec la physiologie générale et avec la pathologie générale. Mais il ne faut pas oublier que toutes ces sciences, vers le milieu du dernier siècle, entre les années 1855 et 1875, se constituaient à peine, que leurs limites étaient mal tracées, leur définition encore indécise ou discutée, leur contenu encore imprécis et que c'est dans les travaux et les livres de Claude Bernard lui-même que l'on peut trouver des raisons pour les distinguer et les élever les unes et les autres à l'état de disciplines indépendantes.

Et, de même que dans la physiologie cellulaire, telle qu'il la conçut, on trouve un des fondements de la physiologie générale, de même dans la pathologie expérimentale qu'il créa on doit voir une des bases de la pathologie générale. Par là encore éclate l'importance de son œuvre pathologique. Il me semble que la pathologie générale, à la bien prendre, doit être considérée comme étant l'étude des lois suivant lesquelles se produisent les déviations fonctionnelles et les maladies qui en résultent. Mais la pathologie expérimentale, au sens de Claude Bernard, est la science des mécanismes anormaux ou troublés de la vie. Or, sans la connaissance des mécanismes, il est sûr que l'on ne peut arriver à déterminer des lois. Il se trouve donc que l'œuvre pathologique de Claude Bernard sert aussi à l'établissement d'une conception qui s'est fait jour, d'une conception vraiment rationnelle, de la pathologie générale. Ce n'est pas le lieu d'insister sur les relations entre cette dernière et la pathologie expérimentale ; la question vaut d'être traitée pour elle-même. En tout cas, à la considérer dans ce domaine de la médecine, aussi bien que dans celui de la physiologie, l'œuvre de Claude Bernard mérite qu'on applique à son auteur ce qu'il a dit lui-même du vrai savant : « Le vrai savant est celui qui trouve les matériaux de la science et qui cherche en même temps à la construire en déterminant la place des faits et en indiquant la signification qu'ils doivent avoir dans l'édifice scientifique » (4).

(1) Voy. Leçons de pathologie expérimentale, p, 10, 412-414, 458 et Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, p. 257, 317, 365.

(2) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, p. 16 ; Leçons de pathol. expérimentale, p. 460.

(3) Leçons de pathol. expérimentale, p. 407.

(4) Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale en France, p. 221,

Claude Bernard et Auguste Comte

Par le Dr C. HILLEMAND.

Le Dr Constant Hillemand a consacré au volume de M. J.-L. Faure sur Claude Bernard une étude critique qui a paru dans les Tablettes de la connaissance *(mars 1916). En voici le passage où M. Hillemand, qui a d'ailleurs publié ici même* (1) *une importante étude sur la question, signale les emprunts que Cl. Bernard fit à Auguste Comte sans jamais le citer.*

...... Sur le chapitre de la valeur morale de Cl. Bernard je ne demanderais certes pas mieux que de croire J.-L. Faure sur parole et de souscrire à tous les termes de son panégyrique, notamment au dernier, si je n'étais importuné par le souvenir des emprunts que Cl. Bernard a fait à A. Comte, sans jamais citer son nom, et que je ne sais comment expliquer et qualifier. Ils sont tellement nombreux et se reproduisent sous tant de formes que l'on serait assurément en droit d'appliquer à notre physiologiste le jugement porté, par Faguet, sur M. Guyau : « il avait Comte dans le sang ».

Est-il admissible qu'il se soit rencontré fortuitement avec le philosophe sans avoir eu connaissance de ses productions ! Contre cette interprétation plaident : la fréquence exagérée des rencontres ; le caractère de décalque qu'affectent trop souvent les passages de l'*Introduction* connexes à ceux de la *Philosophie positive* ; le soin pris par Cl. Bernard de se tenir au courant des moindres manifestations de la pensée philosophique antérieures à ses travaux ou contemporaines de son activité ; ses relations d'amitié avec Littré et Ch. Robin. disciples avoués du successeur de Condorcet : le séjour, dans son laboratoire, en qualité de préparateur, du positiviste Delaunay ; le racontar (à vérifier ?) que les marges de l'exemplaire du *Cours de Philosophie positive*, vendu à la mort du grand biologiste, avec sa bibliothèque, auraient été vues couvertes d'annotations de sa main. — Enfin, il me paraît particulièrement surprenant qu'il se soit rencontré, par hasard, avec Comte, non seulement dans l'expression d'une foule de vérités, mais aussi dans celle d'une erreur caractéristique. J'ai démontré (ou plus exactement, je crois avoir démontré) dans la *Revue occidentale* d'octobre 1905, dans la *Revue positiviste internationale* d'août et de novembre 1907, de juillet 1908, de janvier 1921, que le génial philosophe s'est trompé (et pour quelles raisons) en ne considérant pas, dans sa formulation de la Loi des trois Etats, la Métaphysique comme la simple réduction ultime de la Théologie, et le Matérialisme comme l'une des étapes fondamentales parr lesquelles passe fatalement l'esprit humain dans son évolution spontanée, collective ou individuelle ; que, dès lors, il convenait de substituer à son libellé (théologie, métaphysique, positivisme) en désaccord partiel avec la phylogénèse et l'ontogénèse, un libellé plus adéquat à la réalité (état anthropomorphique ou théologico-métaphysique, état matérialiste, état positif). Or, l'auteur de l'*Introduction* est précisément tombé dans la même erreur, et, sans s'arrêter au Matérialisme, fait passer successivement l'esprit humain par le sentiment qui, s'imposant à la raison, créa la théologie, puis la raison qui enfanta la scolastique, enfin par l'expérience qui enfanta la science (99). La coïncidence n'est-elle pas troublante ?

A-t-il été exaspéré, au point de méconnaître sa dette envers son initiateur philosophique, par le dogmatisme outré de celui-ci et son exaspérante prétention, de vouloir – sous le couvert du principe de la destination sociale de l'activité intellectuelle, déformé par son égocentrisme – limiter la portée de l'esprit humain aux bornes de son propre esprit, enfermer, à tout jamais, la connaissance humaine dans le cadre de celle qu'il possédait ?

Dans l'appréciation de ce dont il était redevable à son inspirateur, s'est-il laissé influencer par ses amis les plus intimes : — le grand Berthelot don l'orgueil s'accommodait mal de reconnaître, dans le monde, aucune autre supériorité que celle de Marcelin Berthelot ; — le Professeur de Philosophie à la Faculté des Lettres, Paul Janet dont l'antipathie pour le novateur s'était manifestée, avec, éclat, en 1877, par une impérieuse injonction à Alfr. Espinas, l'auteur des *Sociétés animales*, d'avoir « à supprimer l'Introduction historique de sa thèse s'il ne voulait pas en effacer le nom de Comte » ; — le superficiel et séduisant Renan qui, ayant lui-même pas mal emprunté, au fondateur de la Sociologie, d'après Faguet, Lévy-Bruhl, etc..., s'était ingénieusement avisé de prétendre, pour dissimuler ses larcins, que le Maître des Maîtres se serait borné, « le plus souvent, à répéter en mauvais style ce qu'ont pensé et dit avant lui, en très bon style, Descartes, d'Alembert, Condorcet, Laplace » ?

Suggestionné par l'aimable pince-sans-rire, a-t-il pu croire réellement, comme cela semblerait ressortir d'un passage de la page 10 de son *Introduction*, qu'il tenait exclusivement, ce qu'il prenait tant de soin à développer, « des hommes éminents » qui, « à diverses époques, ont traité les questions de méthode dans les sciences », notamment de Chevreul qui a répandu « dans tous ses ouvrages, des considérations très importantes sur la philosophie des sciences expérimentales ». Certes, je ne voudrais pas contester la valeur des idées émises par l'éminent chimiste (hautement apprécié dans le *Cours de Philosophie positive*), mais il me paraît difficile d'admettre que Cl. Bernard ait pu voir, en elles, les principales directives de sa pensée. D'ailleurs, puisqu'il citait Chevreul, pourquoi n'a-t-il pas cité Comte ?

Faut-il supposer que, candidat à l'Académie française, et instruit par l'échec de Littré, blackboulé en 1863, sur l'accusation de positivisme, lancée par le fougueux évêque Dupanloup, il ait craint, en nommant Comte, d'indisposer les Immortels dont son élection dépendait ?

Fut-il particulièrement froissé de ce que ses œuvres, après avoir été introduites par Comte, dans les premiers tirages du Catalogue de la Bibliothèque positiviste, furent ensuite éliminés des tirages ultérieurs, je ne sais pour quel motif ; peut-être parce que Cl. Bernard était resté l'ami de Littré et Robin, après leur rupture avec le philosophe ; peut être simplement, parce qu'elles avaient le tort, à ses yeux, devenus mystiques, de reposer sur la vivisection.

A-t-il cédé tout bonnement à la vilaine tentation de s'approprier les idées d'un penseur mis à l'index par l'Université, et dont la réputation pouvait paraître ne pas devoir survivre au silenee officiel qui avait accueilli en France, ses productions, et aux imputations de folie chronique portées contre lui par ses adversaires et par quelques-uns de ses propres disciples ?

Je ne sais !

Mais au cas où cette dernière supposition serait la bonne, il aurait bien mal calculé, car ses emprunts et sa filiation n'ont pas été seulement dénoncés par des positivistes, ils ont été décelés également par des écrivains aussi indépendants de l'Ecole positive que F. Ravaisson, dans son fameux *Rapport sur la Philosophie en France au XIXe siècle*, que E. Dubring, l'éminent Professeur de Philosophie à l'Université de Berlin, que Th. Wechniakoff dans ses intéressantes *Recherches sur les conditions anthropologiques de la production scientifique et esthétique* (1870), que A. Dechambre, de l'Académie de Médecine, que Dastre, que Lévy-Bruhl, de la Sorbonne, que R. Mourgue dans sa *Philosophie biologique d'A. Comte*, etc., etc... Il aurait donc finalement abouti à laisser planer sur sa mémoire un soupçon d'indélicatesse, et, en somme, se serait comporté aussi maladroitement que Renan, H. Taine, H. Spencer, M. Guyau, L. Bourgeois, etc.... dont la filiation positiviste, plus ou moins dissimulée par eux, a été mise hors de doute par J. Stuart Mill, A. Bain, G. A. Lewes, Fr. Harrisson, F. Ravaisson, Vacherot, Brunetière, Faguet, Lévy-Bruhl, H. Deloncle, etc... Une fois de plus se trouverait confirmé le postulat de la Morale utilitarienne que l'improbité est toujours fonction d'un intérêt mal entendu.

(1) *Progrès Médical*, 7 et 18 décembre 1926.

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. glut. titrées à 0.05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE - PORTEURS DE GERMES

GAND 1913. — *Médaille d'Or.*
LYON 1914. — *Diplôme d'Honneur*
RIO 1922. — *Grand Prix.*

CAPSULES DARTOIS

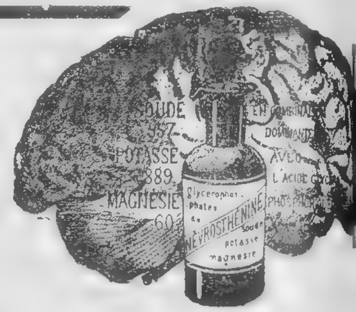
0,05 Créosote titrés en Gaïacol 1 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

MONACO 1920. — *Grand Prix.*
BEYROUTH 1921. — *Grand Prix.*
STRASBOURG 1923. — *Grand Prix.*

QUASSINE FREMINT = APPÉTIT

1 à 2 pilules avant chaque repas.— 6, Rue Abel, Paris.

Tout **DÉPRIMÉ**
— **SURMENÉ**
Tout **CÉRÉBRAL**
— **INTELLECTUEL**
Tout **CONVALESCENT**
— **NEURASTHÉNIQUE**



est justiciable de

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

GOUTTES DE GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (0.40 CENTIGR. PAR XX GOUTTES)

XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

Grand Prix
Strasbourg 1923

6, Rue Abel,
PARIS (12e)

La " **Névrosthénine FREYSSINGE** ", *association des trois principaux éléments nervins, doit régulièrement prescrite à tous les sujets soumis à une cure de désintoxication ou d'amaigrissement par le régime mentaire restreint ; l'état de mieux-être, la sensation d'énergie ainsi procurés permettront de faire suivre le traite diététique tout le temps nécessaire pour obtenir les résultats qu'il doit donner.*

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Étabts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIES DE TOUS LES ORGANES

POSOLOGIE

6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière

R. C. SEINE 281.038

GYNOCRINOL

Stimulant et activateur des fonctions ovariennes et de la menstruation.

GYNOLUTÉOL

Calmant et sédatif des fonctions ovariennes et de la menstruation.

ANDROCRINOL

Ménopause masculine
Sénilité – Nymphomanie

LABORATOIRE ISCOVESCO
107 Rue des Dames, PARIS, XVIIe

Le tourment de Claude Bernard,

Par le Professeur **Pierre MAURIAC**.

Le culte idolâtre des savants nous vaut, dit M. le professeur Pierre Mauriac, une « floraison de discours et d'articles officiels et ennuyeux qui campent des savants raides et inhumains comme leurs statues » (1). « Plutôt que de marcher les pas dans les pas », M. le professeur Mauriac a préféré s'égarer « hors des sentiers battus de l'œuvre scientifique, et surprendre dans les livres l'appel, le geste, la plainte, qui peuvent nous ouvrir le cœur de celui que nous voulons mieux connaître pour le mieux aimer ».

C'est avec cet esprit que M. Pierre Mauriac a envisagé Claude Bernard et son œuvre dans sa leçon inaugurale (Journ. de méd. de Bordeaux, 10 *avril* 1927) *dont voici la dernière partie.*

...Toute sa vie, Claude Bernard se débattit dans les chaînes forgées sur l'enclume cartésienne, mais jamais il ne sut s'en libérer. Et c'est le tourment de ce génie renfermé et tumultueux que je voudrais évoquer devant vous.

Car il n'est pas le philosophe serein, le grand-prêtre solennel du déterminisme, qu'on se plaît à célébrer. S'il est bien vrai qu'il usa de sa méthode comme d'une métaphysique, il s'en faut que toute sa philosophie fût contenue dans le déterminisme. Et c'est la grande erreur des Paul Bert et de tous les philosophes officiels d'avoir voulu que sa métaphysique se bornât à ce qui n'était que méthodologie, ou logique, tout au plus. Claude Bernard lui même protesta et déclina toute responsabilité de cette extension. Mais on ne l'écouta pas : bien plutôt on lui en voulut de ne pas trouver tout apaisement dans le déterminisme. Car il est bien vrai qu'une incertitude règne dans son œuvre qui gène ses disciples intransigeants. Claude Bernard, qui ne veut connaître que les lois physico-chimiques, qui le dit, qui le répète, tout d'un coup perd de son assurance ; le terrain se dérobe sous ses pas. Et quand les phénomènes de création vitale et d'organisation s'offrent à son analyse, le déterminisme ne joue plus. Alors la vie lui paraît irréductible à son système ; elle réclame des principes nouveaux, car la vie c'est la création.

Ah ! Messieurs, quelle abdication de la part de ce père qui ne veut pas reconnaître son enfant ! « C'est inadmissible », s'écrie le dernier biographe de Claude Bernard, le professeur Jean-Louis Faure. Et, en effet, c'est inadmissible, si le déterminisme est un concept philosophique qui doit tout régenter. Mais voilà bien ce que jamais Claude Bernard ne soutint.

« En admettant que les phénomènes vitaux se rattachent à des phénomènes physico-chimiques, ce qui est vrai, la question, dans son essence, n'est pas éclaircie pour cela, car ce n'est pas une rencontre fortuite de phénomènes physico-chimiques qui construit chaque être sur un plan et suivant un dessin fixé et prévu d'avance et suscite l'admirable subordination et l'harmonieux concert des actes de la vie. » Ici, nous ne comprenons plus, dit M. J.-L. Faure : « Je suis convaincu que Claude Bernard, s'il était encore parmi nous, n'écrirait plus aujourd'hui ce qu'il écrivait il y a un demi-siècle... Il ne voit pas qu'il s'inflige un démenti à lui-même. » Ah ! Messieurs, je n'en suis pas sûr, et je ne rabaisse pas à ce point l'esprit critique de Claude Bernard : sa contradiction, il la connaît, au contraire, il en souffre ; mais il la cultive, il a peur de la certitude.

M. J.-L. Faure prétend que l'attitude de Claude Bernard eût changé s'il avait connu les expériences de S. Leduc, réalisant certains aspects de la croissance ou de l'organisation des êtres vivants. Mais je me permets d'en douter. Il advint même que Claude Bernard analysa justement certaines expériences qui montraient des analogies de forme et de croissance entre les êtres vivants et les corps bruts, et ces expériences c'est Pasteur qui les lui fournit : ce sont les célèbres recherches sur la cristallographie, Cl. Bernard n'eût garde, certes, de la négliger et sut en tirer les conclusions physico-chimiques. « Ces faits remarquables de réintégration cristalline se rapprochent complètement de ceux que présentent les êtres vivants lorsqu'on leur fait une plaie plus ou moins profonde. Dans le cristal, comme dans l'animal, la partie endommagée se cicatrise, reprend peu à peu sa forme primitive, et, dans les deux cas, le travail de reformation des tissus est, en cet endroit bien, plus actif que dans les conditions évolutives ordinaires. » Mais il ne va pas plus loin ; il s'arrête devant l'énigme du plan préétabli.

Défaillance regrettable, dit M. Jean-Louis Faure. Ah ! Messieurs, comme nous la comprenons, cette défaillance.

« Il faut, disait Claude Bernard, chercher à briser les entraves des systèmes philosophiques et scientifiques comme on briserait les chaînes d'un esclavage intellectuel. » Et c'est en se débattant pour se libérer, c'est en voulant l'indépendance totale de tout système, c'est en haine de toute doctrine que Claude Bernard s'est empêtré dans ses liens. Pris à son propre piège, il s'est trouvé, en fin de compte, ligoté, bridé, contradictoire, incapable de prendre parti.

Car, il faut bien le dire, la doctrine de Claude Bernard, telle que nous l'enseignent les manuels de philosophie, c'est bien plutôt celle de certains philosophes.

M. Benda soutient que l'histoire de la philosophie n'est que l'histoire des déformations imposées aux diverses doctrines au cours des âges. Claude Bernard, hélas ! n'a pas échappé au supplice, et nous ne le reconnaissons pas dans le déterministe intransigeant que l'on propose à nos hommages. Nous crions à l'incompréhension, et nous prétendons détourner de lui cet encens frelaté qui nous cache sa vraie figure.

***

Pourquoi s'effaroucher de le dire : Claude Bernard, très grand savant, n'est qu'un pitoyable philosophe. Si admirable que soit ce code de la recherche scientifique, *l'Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale*, si fine que soit l'analyse du processus psychologique qui mène aux grandes découvertes, son livre n'est tout de même pas une révolution. Avant qu'il parût, les sciences expérimentales, chimie, mécanique, physique, étaient en pleine évolution, Harwey découvrit la circulation sans se soucier de l'« Instauratio Magna » de son ami Bacon : Van Helmont, ce mystique, qui était à l'opposé de l'esprit du chancelier, usait du thermomètre, employait la balance, découvrait l'acide chlorhydrique, l'acide sulfureux. Laennec ni Pasteur ne se sont embarrassés d'aucune philosophie scientifique pour faire leurs découvertes. L'esprit, bien plus que la lettre, fait la grandeur du savant : et l'« Introduction » n'est que la lettre de la pensée expérimentale.

Claude Bernard ne s'y trompait pas et jamais il ne prétendit tirer une philosophie de ce qui n'était qu'une méthodologie. Certes, dans son laboratoire, il ne voulut connaître que les seules règles expérimentales. Mais comme dit M. P. Valéry, « il y a toujours comme une pointe persistante, quelque décimale non satisfaite qui nous rappelle à l'inquiétude et au sentiment de l'inépuisable ». Et il pressentait, il savait qu'autre chose existe, que les pages d'un livre ne peuvent contenir, et que la science ellemême n'est pas assez puissante pour embrasser.

Mais ce monde qu'il devine, il se refuse à l'explorer, ce mur auquel il se heurte à tout instant, il s'obstine à ne pas le surmonter pour regarder au-delà ; il pousse ses recherches jusqu'à leurs extrêmes limites, et l'outil, jusque là suffisant pour forer la mine, se brise : et à l'ins

(1) Dr Pierre MAURIAC. — Claude Bernard, Ernest Renan et Marcellin Berthelot devant la science, *Revue Hebdomadaire*, 19 nov. 1927.

tant où il en faudrait changer, recourir à de nouveaux moyens, à de nouvelles règles. Claude Bernard renonce, il abdique, il ne veut pas savoir.

Autour de lui, les acclamations montent qui chantent son génie ; les voix officielles affirment que rien ne peut être refusé à la méthode dont il est le père. La philosophie, la littérature ne comptent que des apostats, Claude Bernard entend le reniement de E. Renan, qui dit avec amertume : « C'est surtout par la physiologie générale que nous tenons le secret de l'être, du monde, de Dieu, comme on voudra l'appeler. Le regret de ma vie est d'avoir choisi pour mes études un genre de recherches qui ne s'imposera jamais et restera toujours à l'état d'intéressantes considérations sur une réalité à jamais disparue ».

Claude Bernard secoue la tête, il n'est pas dupe : il sait les limites de sa puissance. Mais, de force, on l'enrôle dans la horde de ceux qui invoquent à grand bruit : la Science, la Science ! Avec les Paul Bert, les Berthelot, les Le Dantec, il est entraîné dans le temple ; et trop de pharisiens se mêlent à ceux, qui crient : Seigneur Seigneur ! et prennent les dieux à témoin de leurs œuvres. Et Claude Bernard, torturé n'ose pas se libérer ; un respect humain un scrupule le retient de se retirer parmi les publicains, dans l'ombre où prient Laennec et Pasteur.

Ah ! avouons-le, sa position est intenable. Son attitude farouchement gardée porte en elle sa propre contradiction Il reste en suspens sur le gouffre, accroché à une rive dont il connaît tous les secrets et toutes les ressources, se refusant à tendre les bras pour saisir la branche qui s'offre sur l'autre bord. Car là, c'est le désert de la connaissance, c'est le pays de la soif, et ignorant les sources où se désaltérer, il a peur.

Et c'est cette faiblesse, cette abdication, que le XIXe siècle a prise pour de la grandeur ; au point même où Claude Bernard faiblit, ses disciples veulent honorer le philosophe. Et c'est à Pasteur, libre dans le champ infini de ses croyances, qu'on reproche de ne pas l'égaler dans le domaine des hautes spéculations philosophiques !

Messieurs, s'il est un homme qui dut avoir conscience et qui dut souffrir de sa faiblesse, c'est bien Claude Bernard lui-même. Toute son œuvre porte la marque de cette résignation ; ni assez orgueilleux pour monter à l'autel, ni assez audacieux pour renverser l'idol, il a préféré s'effacer et jusque dans la mort, refouler s personnalité.

Et, cependant que Berthelot dort orgueilleusement sous les voûtes du Panthéon, que Laennec repose dans un petit cimetière breton et Pasteur dans la chapelle de son Institut, sous le signe de la croix, le corps de Claude Bernard est perdu dans la cohue anonyme d'un cimetière parisien.

Messieurs, cette impersonnalité, si jalousement cultivée, nous la respectons. D'autres se trouveront sans doute pour la forcer, et nous dire tout ce qui se cachait de déceptions, de chagrins intimes, d'angoisses derrière ce masque impassible. Nous, nous repousserons les précisions, comme sacrilèges. Mais l'œuvre magnifique de Claude Bernard est là, qui le trahit, et nous livre son tourment. Et nous nous penchons sur ce visage, et nous interrogeons ce beau front, ces yeux bridés comme pour retenir des larmes, et nous percevons le gémissement étouffé ; le vertige l'a secoué, qui secoue les plus grands esprits ; « La base constante sur laquelle il édifia une tour, eût dit Pascal, il en perçoit le craquement, et la terre qui s'ouvre jusqu'aux abîmes ».

Mais l'angoisse qui l'étreint, le combat qu'il livre, il ne l'avoue pas, Il demeure le grand physiologiste, secret impénétrable, jouant jusqu'au bout ce rôle de grand-prêtre de la science, que le XIXe siècle imposa à tous ses savants.

Même dans l'intimité, jamais il ne s'abandonna. D. Nisard, qui l'aimait beaucoup, essaya souvent de lui faire dire ce qu'il pensait de la cause-première. Ce fut en vain. « J'ai cru remarquer d'ailleurs, rapporte O. Nisard, au temps ou l'état de sa conscience sur la question du surnaturel était le sujet d'entretiens et de discussions parmi ses admirateurs et ses amis, qu'il n'était pas sans faire quelques efforts visibles pour se tenir en équilibre entre nier la cause première et l'affirmer. Il semblait surveiller sa parole et sa plume, soit pour ne pas se donner le change à lui même, soit pour ne donner de gages ni aux croyants, ni aux incroyants ». Entre Berthelot, qui manie sa science comme une massue pour détruire les derniers tenants du mystère et du miracle, et Pasteur dont l'intelligence, croyante et apaisée, se donne à la science simplement et sans calcul, Claude Bernard joue la neutralité.

Sur le piédestal où l'on l'a hissé, il garde, certes, l'attitude calme et sereine qui enchante ses adorateurs. Mais, au fond, c'est l'écartèlement. Et il était au-dessus de ses forces de descendre parmi ceux qui étaient prosternés, pour les relever et leur dire : « Mais non, je n'ai pas trouvé l'assouvissement, moi l'amant préféré de la Science. Regardez-moi, et sachez deviner tout ce que je refoule de doutes, d'incompréhensions. Ma force est faite de mon isolement, nul souffle ne me fait vaciller, car toutes les fenêtres sont fermées de la prison dont vous avez fait un temple ; laissez-moi affronter l'air du dehors, et plus que vous je serai brisé à la première tempête, car je ne suis plus le roseau pensant, je ne suis qu'un chêne pensant ».

***

Messieurs, pardonnez-moi, je ne suis pas iconoclaste. Ce ne sont pas les faiblesses des grands hommes qui nous les rendent moins chers, mais bien plutôt l'inhumanité dont on les affuble. Claude Bernard me touche davantage, si je sens que sous sa robe bat un cœur d'homme souffrant ; il me plaît de savoir que la Science, dont il fut un des plus grands enfants, n'accapara pas son cœur tout entier ; et que, comme vous, comme moi, comme nous tous, il laissa « son esprit se bercer au vent de l'inconnu et dans les sublimités de l'ignorance ». Par ce secret, par ce tourment, par cette humanité, il est plus près de nous, plus près de notre faiblesse, de nos luttes, de notre médiocrité. Ah ! non, ce n'est pas un dieu pour nous, ce n'est pas l'homme fort qu'attendait M. Jean-Louis Faure, et qu'il n'a pas rencontré ; ce n'est qu'un grand savant, ce n'est qu'un pauvre homme ».

SOCIÉTÉ SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1928,

La sérothérapie dans la maladie de Heine-Médine (paralysie infantile, poliomyélite aiguë). — M. *Arnold Netter*. — La maladie de Heine-Médine a sévi à plusieurs reprises dans de nombreux pays du monde depuis 1905. Peu d'entre eux cependant ont eu recours à la sérothérapie antipoliomyélitique. Netter et Levaditi avaient pourtant montré en 1910 la présence d'anticorps dans le sérum des anciens malades et mis en évidence les propriétés curatives de ce sérum.

Les effets sont les plus marqués au cours de la phase préparalytique. Les injections préviennent alors l'apparition de la paralysie chez les 9/10 des sujets. Or, l'on peut souvent porter le diagnostic de la phase préparalytique, notamment dans les cas où le début se traduit par des symptômes de méningite.

Quand la paralysie est réalisée, les injections commencées le premier ou le deuxième jour sont suivies d'une amélioration presque immédiate, évitent l'extension et sont très souvent suivies d'une guérison rapide et complète ; si le traitement commence les troisième ou quatrième jours, il y a encore des résultats encourageants, plus tard il n'y a plus d'effet.

Le sérum peut être injecté dans les muscles et se montre ainsi aussi efficace que par la voie rachidienne.

On a exagéré les difficultés de se procurer du sérum d'anciens malades en cas d'urgence.

Le serum de chevaux auxquels on a injecté des émulsions de moelle de singes inoculés avec le virus poliomyélitique acquiert des propriétés analogues à celles du sérum d'anciens malades ; il est indispensable de renouveler fréquemment à ces animaux les injections de moelle virulente.

Infection d'un mollusque de Corse par le Schistosomum hœmatobium. — MM. *E. Brumpt* et *Webblumsky*. — En se servant de *Bullinus contortus* de Corse, mollusques pulmonés appartenant à la même espèce que ceux qui transmettent la bilharziose urinaire en Egypte et en divers points d'Afrique et du proche Orient, les auteurs ont réussi à infecter 30 exemplaires sur 35, conservés à 24-25° C., ayant vécu plus de 60 jours après leur contact avec l'urine infectieuse de malades égyptiens.

C'est la première fois que l'infection expérimentale de cette espèce de mollusque est obtenue et ce qui donne à cette expérience un intérêt tout particulier, c'est qu'elle a été effectuée avec des *Bullinus* provenant d'une région où la bilharziose n'existe pas et où elle pourrait certainement s'implanter si certaines conditions pouvaient se trouver réunies. Ces expériences ont en effet été réalisées au laboratoire à 24°-25° C. ; or, la mare de Porto Vecchio, où le prof. Brumpt a récolté les *Bullinus*, présente une température variant de 20°-30° C. du début de mai au début d'octobre, période pendant laquelle l'évolution complète de la bilharzie pourrait s'effectuer puisqu'elle ne demande que trois ou quatre semaines à la température de 24-25°. Il est donc prudent de ne jamais envoyer en garnison en Corse des sujets coloniaux africains provenant de régions où la bilharziose urinaire est endémique.

Le secret médical. — M. *Vanverts* tient à remercier, au nom du Corps médical, la Commission de l'Académie et en particulier son rapporteur d'avoir rappelé que le respect du secret médical doit être absolu. Il insiste sur ce point que le droit de garder le silence sur les faits qu'ils ont connus dans l'exercice de leurs fonctions est, sans doute, un privilège que possèdent les médecins, mais que ceux-ci le défendent dans l'intérêt des malades et de la Société.

Si le respect du secret médical n'était pas assuré aux intéressés, ceux-ci hésiteraient parfois à s'adresser au médecin et subiraient les graves inconvénients de l'absence de soins non éclairés.

Les lois et les règlements des organisations privées et publiques tendent de plus en plus à négliger le secret médical et à n'en tenir aucun compte. C'est là une erreur contre laquelle le Corps médical s'est toujours élevé, récemment encore, et qui a dans le fonctionnement de ces lois et de ces règlements les effets les plus défavorables. La confusion établie trop souvent entre le rôle du médecin traitant astreint au secret médical et celui du médecin contrôleur, dispense de ce secret vis-à-vis de son mandant, doit disparaître.

L'auteur s'élève contre l'hypocrisie qui consiste à déclarer que le secret médical n'est pas violé quand le médecin remet à son malade un certificat qu'il sait être destiné à un tiers.

Il se prononce catégoriquement contre la « relativité » du secret médical dans certaines circonstances qui seraient soumises à la conscience du médecin. Il souligne les dangers de cette doctrine, les inconvénients graves, qui en résulteraient pour les malades, et il insiste sur ce fait que peu à peu le secret médical, attaqué de toutes parts, finirait par disparaître.

L'action spécifique d'un médicament antituberculeux. — Les recherches de MM. *A. Sartory*, *R. Sartory* et *J. Meyer* ont porté sur le *Tasch* (tuberculine, anticorps, Scheitlin), médicament antituberculeux Suisse. Les réactions des animaux d'expérience montrent l'action spécifique de ce produit sur des animaux tuberculeux par la présence de tuberculine de Koch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février 1928.

Le ballottement pulmonaire au cours des pneumothorax artificiels. — MM. *Rist* et *F. Hirschberg* présentent quatre porteurs de pneumothorax artificiels dont le moignon pulmonaire bien collabé et libre d'adhérence sur toute la hauteur du lobe inférieur, joue comme un battant de cloche dans la cavité pleurale. Le passage brusque de la position horizontale à la position verticale donne un mouvement de translation brusque et le moignon vient frapper la paroi thoracique antérieure ou la main posée à plat le perçoit très nettement. Ce nouveau signe n'est pas suffisant à lui seul pour affirmer l'existence d'un pneumothorax artificiel. Ce phénomène paraît indépendant des conditions de pression intra-pleurale, et il disparaît en cas de présence de liquide.

Endocardite streptococcique ulcéro-perforante. — MM. *Ch. Achard* et *M. Hamburger* rapportent un cas d'endocardite streptococcique, survenue chez une femme de 21 ans qui venait de subir une appendicectomie. Brusquement elle fut prise d'une angoisse précordiale intense avec orthopnée et cyanose. En même temps apparurent un soufle systolique et un frémissement cutané. Le cœur, à l'examen radioscopique, était gros et ses cavités droites dilatées. La mort survint un peu plus de 24 heures après le début de la crise. A l'autopsie, le cœur était gros, le ventricule gauche présentait immédiatement au dessous des sygmoïdes aortiques, sur la cloison médiane, une végétation en crête de coq et un orifice de perforation qui conduisait dans la cavité de l'oreillette droite, immédiatement au-dessus de l'attache de la valvule tricuspide. Il y avait des infarctus dans la rate. Les frottis de ces infarctus et ceux de la végétation cardiaque montraient des microbes en chaînettes. Une hémoculture faite pendant la vie avait aussi donné du streptocoque. L'endocardite, qui était pariétale, s'était développee insidieusement. La perforation s'était signalée par la crise d'angoisse et s'était accompagnée de l'apparition du soufle et d'un thrill. Ce qui fait la rareté de ce cas, c'est que la perforation siégeait dans la portion de l'espace indéfendu de Peacock où le septum regarde d'un côté le ventricule gauche et de l'autre l'oreillette droite. Cette particularité anatomique tient à ce que le ventricule droit est un peu plus court que le gauche.

Présentation d'un cas d'hérédo-syphilis osseuse pagétiforme et d'une maladie de Paget localisée à un tibia chez une syphilitique. — MM. *Henri Bénard*, *Fatou* et *Milhiet*. — Le premier malade âgé de 57 ans présente des localisations osseuses rappelant par leur morphologie et leur élection sur les deux tibias, la clavicule et le crâne, l'aspect général de l'ostéite déformante de Paget. Le sujet est hérédo-syphilitique à Wassermann positif. Sa femme a présenté à 54 ans des crises comitiales suivies d'une hémiplégie droite avec aphasie. La mère du sujet a eu six fausses couches avant d'obtenir trois enfants vivants. Le malade lui-même a eu cinq enfants apparemment sains. Mais la fille aînée a déjà eu trois fausses-couches. En dehors de ces lésions osseuses, le sujet présente des tares multiples : il est atteint de cataracte congénitale zonulaire bilatérale, de surdité gauche, d'une hémi-atrophie faciale gauche suite d'une paralysie guérie. Il a l'aspect légèrement acromégalique. Les auteurs se demandent si l'hérédo-syphilis est responsable des lésions osseuses par une action dystrophique générale ou par l'évolution disséminée sur les os atteints de processus inflammatoires gommeux habituels.

La deuxième malade est une femme de 52 ans atteinte de maladie osseuse de Paget localisée au tibia droit. Le début remonte à 12 ans : douleurs révélées après un traumatisme, déformation caracteristique, hyperthermie locale. Aggravation progressive de la lésion malgré le traitement spécifique qui possède néanmoins chaque fois une action favorable sur les douleurs. L'intérêt de cette observation tient à ce que la malade est fortement suspecte de syphilis ancienne : le Wassermann type est négatif, Desmoulière positif atténué, mais le fils de la malade vers la quinzième année, a été atteint de trou-

bles psychiques graves à l'occasion desquels le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien ont été trouvés fortement positifs.

Pouls lent permanent, néphrite aiguë chez un hérédo-syphilitique. Amélioration par le traitement spécifique. — MM. ***A. Mougeot, Schulmann*** et ***A. Lemaire*** présentent un malade de 28 ans, hérédo-syphilitique, hospitalisé pour une néphrite œdémateuse survenue à la suite d'une angine ; il existait en outre un pouls lent permanent à 28, résultant d'une dissociation complète comme l'ont prouvé les tracés. Sous l'influence d'un traitement novarsenical, l'albuminurie, qui avait résisté à la thérapeutique habituelle des néphrites, disparut et le pouls passa de 28 à 45. La dissociation est restée complète, mais l'effort et le nitrite d'amyle accélèrent transitoirement le rythme ventriculaire par adjonction d'extra-systoles. La compression oculaire reste sans action sur le pouls, ainsi que l'atropine qui par ailleurs n'accélère pas le rythme auriculaire. Les auteurs pensent que ces diverses particularités constituent des arguments en faveur de la théorie de Geraudel. La lesion qu'ils incriminent n'est pas hissienne mais artéritique et vraisemblablement de nature syphilitique.

Sur un cas de bradycardie nodale. — MM. ***A. Mougeot*** et ***A. Lemaire.*** — Un malade du service de M. M. Loeper est atteint d'une défaillance du myocarde et d'un pouls lent permanent. Le rythme ido-ventriculaire reste cliniquement régulier, mais les épreuves pharmacologiques sont toutes négatives et aucun tracé mécanique ou électrique ne décèle de contractions massives et coordonnées des oreillettes. Par contre les tracés sont bien en faveur de l'existence d'une fibrillation auriculaire et le cas correspond à la description de la « bradycardie nodale » de J. Mackensie, très rare et d'existence contestée.

M. *Laubry* considère que ce cas intitulé bradycardie nodale rentre dans le cadre des arythmies complète lentes.

M. *Clerc* partage la même opinion que M. Laubry et insiste sur le fait que ces bradycardies sont beaucoup mieux supportées par les sujets jeunes que par les sujets âgés.

Trois cas de guérison clinique d'infarctus du myocarde. — M. *Donzelot* estime que l'on peut faire avec certitude le diagnostic de certains infarctus du myocarde, c'est-à-dire des infarctus à forme angineuse.

Il donne de cette forme la description suivante :

1° *Signes essentiels* : douleur angineuse prolongée et intense ; effondrement de la pression artérielle ; fièvre ; frottement péricardique (inconstant mais très important).

2° *Signes accessoires* : troubles du rythme cardiaque ; troubles gastro-intestinaux; troubles pulmonaires ; troubles électrocardiographiques.

Suivent les trois cas de guérison.

M. *Donzelot* pense pouvoir assigner à la période dangereuse de l'infarctus, période dans laquelle peut se produire la syncope fatale, une durée de trois semaines environ. En terminant il indique la ligne de conduite thérapeutique qui lui paraît de mise en pareil cas. L'emploi de la morphine et de l'adrénaline sont à recommander.

M. *Clerc* insiste sur les travaux américains et sur les signes cliniques notamment le frottement péricardique. Au point de vue évolutif il considère que dans un certain nombre de cas l'evolution se fait en deux étapes : une phase angineuse pendant quatre ou cinq jours et dans laquelle la mort subite est à craindre et une phase au cours de laquelle les accidents mécaniques apparaissent. Pendant la première phase il peut s'agir d'une sorte de claudication intermittente sans infarctus.

M. *Laubry* considère qu'il n'y a pas de signe de certitude d'infarctus du myocarde et que souvent le diagnostic posé est infirme par l'examen anatomique. Il insiste en particulier sur la péricardite à début angineux difficile à différencier du frottement péricardique de l'infarctus ; sur les diverses variétés d'angine de décubitus, sur un cas de rupture de l'aorte qui avait donné tous les signes d'un infarctus. Il recommande la prudence dans le diagnostic de l'infarctus et croit qu'on ne peut jamais l'affirmer.

M. *Ménétrier* considère qu'on ne peut pas parler de guérison d'un infarctus étant données les complications anatomiques secondaires à l'infarctus.

Syndrome de Stokes-Adams transitoire. Pause ventriculaire de 16 secondes enregistrée par électro-cardiogramme. — MM. ***M. Michel, H. Poumailloux*** et ***F. Pierre*** présentent un malade qui, au début de novembre 1927, présentait une dissociation auriculo ventriculaire complète, les ventricules battant à 25 et les oreillettes à 82. Le rythme du pouls n'est pas modifié par une injection de un milligramme d'atropine. La montée de deux etages détermine un arrêt impressionnant (16 secondes) des ventricules, pendant lequel les oreillettes continuent à battre ; la fin de la pause étant marquée par une crise épileptiforme. Par ailleurs, on trouve un degré notable de l'insuffisance rénale , hypertension modérée, oligurie et albuminurie (0 gr. 50), azotémie (0 gr. 85) et hypothermie. Syphilis ancienne certaine ; pas de lésions valvulaires. Au cours de l'évolution apparaissent des signes d'insuffisance cardiaque : dyspnée, œdèmes, épanchement pleural et gros foie. Ces signes s'améliorent par le repos et le régime, sans toni-cardiaques ; une crise urinaire apparaît au début de décembre en même temps que le cœur reprend son rythme normal. Il ne subsiste sur un tracé qu'un léger allongement de l'espace P. R.

L'amélioration s'est maintenue depuis deux mois, mais la régularité du cœur tend actuellement à faire place à de l'arythmie.

Malgré l'institution d'un traitement mercuriel, les auteurs ne pensent pas devoir lui attribuer la disparition de la dissociation complète, mais pensent plutôt qu'elle est la conséquence de l'amélioration du fonctionnement myocardique, peut-être aussi de la disparition d'un trouble circulatoire de la région inter-auriculo-ventriculaire (spasme ou artérite).

Cancer du poumon. — MM. ***L. Babonneix, Huguenin*** et ***A. Widiez*** rapportent l'observation d'un homme de 51 ans syphilitique et tuberculeux, et à l'autopsie duquel on a trouvé dans les poumons : 1° des nodules cancéreux du type muqueux ; 2° des masses caséifiées tuberculeuses. Ils discutent la question de savoir si ce cancer est secondaire à un cancer digestif, ou primitif, développé aux dépens des glandes muqueuses des parois bronchiques.

René Giroux.

Le tabac à l'école. — Dans un article récent, Hofstœtter, après avoir rappelé que la consommation du tabac a augmenté depuis la guerre, rapporte diverses statistiques tant allemandes qu'étrangères, établissant que, depuis la guerre, des jeunes enfants, garçons ou filles, âgés de 8 ou 12 ans commencent à fumer. Les parents et les maîtres exercent une influence néfaste. Hofstœtter précise l'influence du tabac sur l'organisme en état de croissance et sur l'organisme adulte.

Il rapporte diverses opinions sur le rôle du tabac dans le développement de diverses affections. Sans nul doute, pour lui, le tabac est nuisible à l'organisme, c'est un poison du système nerveux et du système cardio-vasculaire. Il provoque des troubles de l'innervation vasculaire (spasmes, angine de poitrine, mort subite) Il exerce son influence sur les organes visuels, auditifs, digestifs, respiratoires. Il empêche le développement normal des enfants lorsque ceux-ci vivent dans une atmosphère de fumée sans fumer eux mêmes. La tolérance pour le tabac des filles est moindre que celle des garçons, les filles en général, ne commencent point à fumer avant la puberté.

Les maîtres d'école remarquent que le tabac exerce une mauvaise influence sur l'intellect des élèves : ceux qui fument ont l'esprit moins vif, travaillent moins bien. L'auteur critique les intellectuels qui prétendent que le tabac facilite le travail : ce n'est qu'un moyen agissant par autosuggestion et non un moyen pharmacologique. Il démontre nettement que l'emploi du tabac augmente la tension, diminue la force musculaire. Le tabac est un narcotique, il ne peut donc être que nuisible.

D'après l'auteur, le tabac ouvre le chemin au mal, entraîne d'autres vices, l'alcoolisme etc.

Il faut lutter dès le début du mal, empêcher l'enfant de commencer de fumer, car quand l'habitude est prise la lutte devient difficile et le plus souvent inefficace. (D'après Robert Hofstœtter. Tabakrauchen und Schule (Tabac et milieu scolaire) Tirage à part du journal pédagogique *Die Quelle Weiss-grüne Schriftenreihe*, cahier 2, 1927.)

Trifonoff.

NOUVELLES (*Suite*)

Concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le jeudi 10 mai 1928, à 16 heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères n° 49. MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, 3 avenue Victoria, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 16 au mercredi 25 avril 1928 inclusivement.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 14 mars 1928, à 8 h. 30, à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du jeudi 16 au lundi 27 février 1928 inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Dr Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques). — *Avis.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le Dr Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 5 mars 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure. Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles Dujarier, chirurgien des hôpitaux, directeur des travaux scientifiques). *Cours d'anatomie pathologique chirurgicale.* — Le cours d'anatomie pathologique chirurgicale, en 12 leçons, par M. le Dr René Huguenin, chef de laboratoire, assisté de MM. Paul Foulon, Delarue et Albot, internes des hôpitaux, commencera le lundi 1er mars 1928, à 16 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure. Ce cours, essentiellement anatomo-clinique, ne comporte aucune manipulation pratique. Droit d'inscription : 250 francs.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Ce cours sera suivi ultérieurement d'un cours spécialement destiné aux internes en médecine.

Union Médicale Franco Ibero américaine. — Convocation de l'assemblée générale extraordinaire.

L'assemblée générale annuelle ayant voté la convocation de l'Assemblée générale extraordinaire en vue de la modification à apporter aux statuts de l'Umfia dans le but de faire entrer l'Italie dans cette association le Conseil d'administration prie tous les membres de l'Umfia de se rendre le samedi 25 février à 9 h. du soir dans les salons du Buffet de la gare de Lyon. Un dîner amical précèdera l'assemblée générale. S'inscrire pour le dîner auprès de M. le Dr Grimberg, 74, rue Blanche. Paris.

Faculté de médecine de Strasbourg. — (Association Alsacienne et Lorraine contre la tuberculose, Institut d'assurance sociale, Assurance des employés. — Station climatique et héliothérapique de Leysin (Suisse). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. Voyage d'études à la station climatique et héliothérapique de Leysin (Suisse).* — Le cours comprendra deux parties : La première organisée à la Faculté de médecine de Strasbourg par le Dr E. Vaucher, du lundi 8 octobre au jeudi 25 octobre. La seconde sera un voyage d'études organisé par les médecins de la station climatique et héliothérapique de Leysin, qui aura lieu du vendredi 26 octobre au jeudi 1er novembre. Le nombre des inscriptions n'est pas limité. Pendant leur séjour à Leysin, les participants seront reçus gratuitement dans les établissements de la station. La Compagnie Aigle-Leysin leur offrira le parcours gratuit sur son chemin de fer. S'inscrire auprès du Dr Vaucher, 8, quai Finkwiller, Strasbourg, avant le 1er octobre 1928.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Clinique oto-rhino-laryngologique du professeur Portmann. — *Cours de broncho œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu, sous la direction du professeur Portmann, du lundi 27 février au jeudi 8 mars 1928.

Il comprendra : Des conférences théoriques sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique des affections de l'œsophage ; des exercices pratiques sur le cadavre et les chiens chloralosés ; et des examens de malades.

Comité du monument Clémence Royer. — Un appel est adressé aux admirateurs de Clémence Royer, en vue d'obtenir que sa statue en bronze, reléguée jusqu'ici dans le magasin des Beaux-Arts de la Ville de Paris, soit enfin érigée sur un emplacement digne de cette grande mémoire.

Pour toutes communications, s'adresser à l'auteur du monument : M. Henri Godet, 3, villa Saint-Mandé, Paris-XIIe.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Article 233. — Tout candidat inscrit à partir de la mise en vigueur du présent réglement ne pourra pas prendre part au concours de stomatologie des hôpitaux pendant plus de dix ans à compter du jour de sa première inscription.

Epreuves d'admissibilité. — Le jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours de stomatologiste des hôpitaux se compose de cinq stomatologistes, d'un médecin et d'un chirurgien des hôpitaux tirés au sort parmi les stomatologistes titulaires, les médecins et les chirurgiens chefs de service en exercice et honoraires ainsi que parmi les stomatologistes, médecins et chirurgiens des hôpitaux, non encore titularisés, mais exerçant leurs fonctions depuis huit années à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

A moins que l'Administration n'ait en sa possession, avant le tirage au sort du jury une demande régulière de congé de maladie, tout stomatologiste titulaire, médecin ou chirurgien chef de service ou des hôpitaux qui ne pourra accepter de faire partie du jury chargé de juger les épreuves d'admissibilité du concours pour lequel le sort l'aura désigné, n'aura pas son nom mis dans l'urne pour le tirage au sort du jury du concours de nomination, à ouvrir à la suite de ce concours d'admissibilité et à la suite du concours d'admissibilité suivant.

En raison du caractère anonyme des épreuves d'admissibilité, les dispositions de l'article 196 du réglement concernant la récusation pour parenté ou alliance ne sont pas applicables à la constitution du jury d'admissibilité.

Les épreuves d'admissibilité du concours de stomatologiste des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale interne ou externe, pour laquelle il est accordé trois heures.

Les compositions devront être écrites à l'encre et ne porter ni signature, ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux.

La lecture des copies sera faite par un stomatologiste des hôpitaux désigné par l'Administration durant le temps dont le jury disposera pendant les épreuves de consultation écrites anonymes (temps employé par les candidats pour l'examen des malades et la rédaction de leur consultation écrite anonyme).

Les copies seront numérotées dans l'ordre des lectures. En aucun cas les membres du jury ne prendront en main les copies des candidats. A cet effet, les lecteurs se tiendront à leur disposition jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance, les notes sont votées après délibération et inscrites en toutes lettres au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration.

2° Epreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection médicale ou chirurgicale d'ordre générale ,

L'anonymat de cette épreuve est assuré de la façon suivante :

A chaque séance des épreuves de consultation écrite, le jury, après avoir choisi les malades, est isolé des candidats. Deux censeurs choisis parmi les stomatologistes des hôpitaux sont chargés :

1° De procéder au tirage au sort des candidats appelés à subir l'épreuve dans la séance.

2° De surveiller le candidat pendant l'examen du malade.

Les censeurs sont tirés au sort parmi les stomatologistes des hôpitaux. A moins de raisons majeures, ils doivent accepter obligatoirement de remplir ces fonctions.

Le candidat a trente minutes pour examiner son malade et trois quarts d'heure pour rédiger sa consultation. A cet effet, il lui est remis un cahier analogue à celui adopté pour l'épreuve théorique anonyme, sur lequel il inscrit en haut et à droite de la première feuille ses noms et prénoms, puis l'angle droit de la copie est rabattu et cacheté de façon que le nom du candidat reste ignoré du jury.

Le représentant de l'Assistance publique remet les copies dans la salle où siège le jury. Celui-ci fait procéder à leur lecture dans les mêmes conditions que pour l'épreuve théorique et les note immédiatement. A la dernière séance de l'épreuve de consultation écrite anonyme il sera réservé obligatoirement trois candidats au minimum.

3° Une épreuve de consultation écrite anonyme sur un malade atteint d'une affection dentaire.

L'anonymat de cette epreuve est assuré de la même manière que pour l'épreuve de consultation écrite anonyme prévue au paragraphe précédent.

Il est accordé au candidat, pour cette épreuve, trente minutes pour l'examen du malade et trois quarts d'heure pour la rédaction de sa consultation.

Elimination des candidats à la suite des épreuves d'admissibilité. — A l'issue des épreuves d'admissibilité le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les notes obtenues à l'épreuve théorique anonyme et aux deux épreuves de consultation écrite anonyme.

Le nombre des candidats déclarés admissibles sera égal à trois pour une place et cinq pour deux places ; il pourra être ramené à deux ou à quatre si le nombre des candidats admis à prendre part aux épreuves d'admissibilité est inférieur à six ou à dix suivant que le concours est destiné à pourvoir à une ou deux nominations.

Dans le cas où deux ou plusieurs candidats auraient un nombre égal de points le jury se base pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex-æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part la notation de ses deux épreuves acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours ; si, à la suite de ce classement des candidats se trouvaient encore classés ex-æquo, il sera fait application en vue de les départager, des dispositions inscrites à l'article 213.

Les candidats classés à la suite des épreuves théoriques et cliniques anonymes seront déclarés admissibles et prendront part aux concours de nomination de la même année.

Ce titre leur conférera le privilège de passer à point égal avant les autres candidats dans les concours ultérieurs. Ils perdront toutefois ce privilège s'ils ne soumettent pas à l'obligation de participer au service des remplacements pendant la période des vacances.

Tout candidat qui aura acquis deux admissibilités sera déclaré admissibles définitifs et rentrera de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves de nomination.

ARTICLE 234. — *Epreuves de nomination.* — Sont admis à prendre part aux épreuves de nomination : 1° les admissibles définitifs ; 2° les admissibles du concours de l'année.

La cote sera ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

Le jury des épreuves de nomination est constitué par un nouveau tirage au sort dans les mêmes conditions que le jury des épreuves d'admissibilité. Les noms des juges ayant fait partie du jury d'admissibilité seront remis dans l'urne pour le tirage au sort du jury de nomination.

Les épreuves de nomination comprennent :

1° Une épreuve orale sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique dentaire ; il est accordé au candidat quinze minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

2° Une épreuve orale théorique de prothèse. Pour cette épreuve le jury pourra mettre à la disposition du candidat un moulage buccal sur lequel il lui demandera d'exposer théoriquement la construction et l'application d'un appareil. Quinze minutes sont accordées au candidat pour faire sa leçon, après quinze minutes de réflexion.

3° Une consultation écrite sur un malade atteint d'affection dentaire ; il est accordé au candidat trente minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de sa consultation ; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. - Pour la composition écrite anonyme : 30 points ; pour la première épreuve de consultation écrite anonyme : 20 points ; pour la deuxième épreuve : 20 points.

Epreuves définitives. — Pour la première épreuve orale théorique : 20 points ; pour la deuxième épreuve orale théorique de prothèse : 20 points ; pour la consultation écrite : 20 points.

Dispositions transitoires. — Tout candidat ayant obtenu avant la mise en vigueur du présent règlement une ou plusieurs admissibilités doit acquérir une admissibilité supplémentaire pour être déclaré admissible définitif.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie médico-chirurgicale. — Tome I. Tête, cou, thorax et membre supérieur, par M. PATEL, Professeur de chirurgie opératoire et J. CREYSSEL, Chef de clinique chirurgicale de clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon. In-8°. 561 pages, 84 figures : 35 francs. — Editions Médicales. N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe)

Au cours de ces dernières années, de nombreux ouvrages anatomiques ont été publiés : le Précis d'anatomie médico-chirurgicale en deux volumes, dont le premier tome paraît aujourd'hui, ne fait double emploi avec aucun d'entre eux. Il vient occuper une place jusqu'ici demeurée vide entre les grands traités d'anatomie et les ouvrages nombreux d'anatomie appliquée dans lesquels la description antomique occupe souvent une place secondaire.

Il n'en est pas de même ici. Dans une série de chapitres, rigoureusement indépendants, le lecteur trouvera exposés, sur chacune des régions ou chacun des organes étudiés dans l'ouvrage, après le rappel en quelques lignes du développement embryologique, les notions essentielles d'anatomie descriptive, et d'anatomie topographique que l'étudiant a besoin de connaître. Chacune des « questions » traitées l'est comme un tout, suivant le mode d'exposé demandé dans les épreuves de concours ; en cours d'exposé, les applications médico chirurgicales des faits anatomiques sont brièvement signalés : l'étude rapide des voies d'abord chirurgicales de l'organe ou de la région termine chacun des chapitres, qu'illustrent des schémas très simples comparables à ceux dont on accompagne les descriptions à l'amphithéâtre.

Ainsi conçu, dans un esprit essentiellement pratique, suivant une formule particulièrement adaptée aux besoins des étudiants, et notamment de ceux qui sont candidats aux divers concours universitaires, ou hospitaliers, cet ouvrage ne peut manquer de rencontrer auprès d'eux un accueil favorable.

Le métabolisme basal, ses applications en clinique, par Claude GAUTIER et René WOLFF. 1 vol. in 8° de 130 pages avec 11 figures ; 15 francs. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

On sait que la mesure du métabolisme basal a désormais pris une place des plus importantes parmi les recherches appliquées couramment à la pratique médicale. Aussi une mise au point de cette étude était-e le tout à fait indiquée dans la collection des actualités médicales pratiques.

Dans ce volume, MM. Claude Gautier et René Wolff ont eu le souci de réaliser, à l'usage des cliniciens une synthèse claire et complète de cette question qui, depuis quelques années, a fait l'objet de travaux nombreux et considérables tant en France qu'à l'étranger.

Dans une première partie, les auteurs étudient le métabolisme basal chez l'homme sain et montrent sur quelles bases physiologiques repose sa mesure. Dans une seconde partie, ils développent l'étude de ses variations pathologiques.

Ainsi se trouvent réunies les notions indispensables à quiconque désire savoir dans quelles circonstances la détermination du métabolisme basal trouve ses indications, et comment il y a lieu d'interpréter les résultats que fournit sa mesure.

La syphilis auriculaire ; oreille et nerf acoustique, par J. RAMADIER. 1 vol. in-8° de 180 pages : 15 fr. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

Le dernier travail d'ensemble sur la syphilis auriculaire date de 1907.

L'étude de la syphilis auriculaire réclamait donc une nouvelle mise au point. Nul, plus que l'auteur de ce livre, n'était qualifié pour l'écrire. Quinze ans de travaux critiques et surtout de recherches personnelles sur ce sujet, exposés dans sa thèse « Les accidents nerveux auriculaires de la syphilis acquise » (1915) et dans toute une série de mémoires parus depuis lors, l'avaient preparé à cette tâche et lui ont permis d'y réussir parfaitement.

Si l'auteur s'adresse aux otologistes, aux syphiligraphes et aux neurologistes, il s'adresse avant tout aux *médecins non spécialisés*, à qui auront recours, d'abord, et le plus souvent, les malades atteints de syphilis auriculaire, en particulier lorsqu'ils sont atteints de formes tardives et isolées. L'auteur montre aux médecins non spécialisés l'importance du rôle de la syphilis dans l'étiologie des surdités graves et de différents autres syndromes auriculaires. Il montre aux spécialistes la valeur sémiologique, que présente l'étude de ces accidents dans le diagnostic de la syphilis et, en particulier, de la syphilis nerveuse.

Les obsédés, par Raymond MALLET. Préface du Dr SÉGLAS. 1 vol. in-8° de 116 pages : 12 fr. Collection des actualités de médecine pratique. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris-6e.

« Ouvrage de tradition toute française... livre essentiellement clinique », dit le docteur Séglas dans sa préface. Par ses considérations pathogéniques il rejoint en effet la théorie effective de Morel, rajeunie par les acquisitions récentes sur la pathologie du sympathique. Et ces considérations découlent de l'étude clinique de l'obsédé qui apparaît à l'auteur « comme un malade organique, non comme un possédé du démon de la sexualité », relevant d'une thérapeutique « dégagée de toute exorcisante ».

L'hypertension artérielle solitaire. Essai critique, Recherches cliniques, étiologiques et thérapeutiques, par Louis PELLISSIER. 1 volume de 27? pages. Prix : 30 fr. Masson et Cie, éditeurs.

D'après de récents travaux comme d'après son expérience et ses documents personnels, l'A. fait le point de nos connaissances sur cette hypertension pure. Il a réuni 60 observations valables d'hypertension solitaire de malades vus et suivis par lui-même à l'hôpital. Des faits observés se déduisent des conceptions pathologiques nouvelles.

Etude clinique. Phases de latence, phase de troubles révélateurs. Examen des malades, types cliniques. Eléments de pronostic.

Les types évolutifs. Les facteurs étiologiques. — Rôle de la syphilis hypertension pure syphilitique des jeunes sujets. Le rôle de la ménopause. Les centres étiologiques. Les hypertensions dures d'étiologie inconnue.

Les hypothèses pathogéniques. — La théorie rénale. La théorie surrénale. Origine vasculaire.

Le mécanisme régulateur de la tension artérielle. Nouvelles recherches pathogéniques. — Recherches sur les troubles du système nerveux Conclusion. Pièces justificatives. Indications bibliographiques.

Traitement des fractures par le praticien, par le Dr ETIENNE. Préface du professeur JEANBRAU. Un volume de 194 pages avec 145 figures. Collection du « Médecin Praticien 16 fr. », 1927. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce petit livre a été écrit pour le praticien, qui en présence d'une fracture, sans radiographie, sans appareil spécial, sans aide expérimenté, avec sa seule intelligence, son savoir et son habileté manuelle doit formuler et appliquer un traitement.

Dans un premier chapitre sont étudiées l'étiologie et surtout l'anatomie pathologique des fractures en général.

Dans le second sont posées les indications thérapeutiques, formulées les méthodes de traitement et la technique générale.

Dans le troisième, de beaucoup le plus important, chaque type de fracture, d'observation courante est étudié tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue thérapeutique. Les appareils dont l'application est conseillée sont décrits en détail.

Le dernier chapitre est consacré au décollement des épiphyses, aux fractures ouvertes et à la pathologie du cal.

La vraie figure de Napoléon, par M. Edouard Driault. 1 vol. Prix : 25 fr. Editions Albert Morancé, 30, rue de Fleurus, Paris.

Directeur fondateur de la *Revue des études napoléonniennes* depuis 1912, titulaire du Grand Prix Gobert de l'Académie française en 1927 après l'avoir été du prix Drouyn de Lhuys et du prix Thérouanne pour les études napoléoniennes qu'il poursuit depuis trente ans, il appartenait à M. Edouard Driault de dégager de tous les partis pris et de tous les préjugés « la vraie figure de Napoléon » et de déterminer sa place définitive dans l'histoire de la France et de l'Europe contemporaine.

On ne cherchera pas dans ce livre Napoléon amoureux, ou Napoléon et les femmes. Napoléon en pantoufles, dans l'intimité et les misères de sa petite histoire. Il s'agit ici du Napoléon de la « Grande Armée » et de la « Grande nation » du Napoleon de l'Epopee qui dort aux Invalides et dont le nom grandit et grandira dans les siècles, du Napoléon de bronze que portait jadis la colonne d'Austerlitz.

Mais aussi on y trouvera l'explication de la persistance et de l'éclat toujours rayonnant de cette renommée incomparable : Napoleon demeure l'empereur de la Révolution qu'il a défendue vingt ans contre la Restauration, le libérateur de l'Italie et de la Pologne, le Messie des peuples opprimés, victimes comme lui de la Sainte-Alliance, donc le prophète de l'Europe nouvelle : et, par là, son histoire et sa légende sont toujours et seront longtemps d'actualité.

De belles planches hors texte, exécutées dans la perfection qui caracterise les éditions Albert Morancé, y montrent comment l'ont vu les grands artistes de son temps ; elles achèvent de donner l'image désormais classique de Napoléon, le demi-dieu de la guerre aux rois, le héros plébéien.

L'évolution de l'art dentaire de l'antiquité à nos jours, par le Dr Raymond Boissier. Préface du Dr Laignel-Lavastine. Illustrations d'après les documents anciens de Couturier. 1 vol. in-8. Tirage sur Hollande : 400 ex. : 75 fr. : tirage sur Japon, 100 ex. : 100 fr. (*La Semaine Dentaire*, 12, rue de Hanovre, Paris.)

« Choisir dans la suite des siècles une série d'époques bien déterminées, y prendre un auteur qui les représente, avec ses tares, ses préjugés, mais aussi ses qualités, expliquer sa vie, commenter sa doctrine, critiquer son œuvre, le juger, terminer par l'étude de son influence sur ses successeurs, voilà dit M. Laignel-Lavastine, la meilleure façon d'instruire sans ennuyer.

Et il démontre par son texte et ses figures la vérité de sa proposition. Avec lui, tout autour de *Mare Nostrum*, nous allons en Grèce, à Rome, en Espagne et en France. Après un pèlerinage auprès d'Hippocrate et un court arrêt à Rome, avec Celse, nous bondissons par dessus les barbares et c'est Cordoue qui nous retient : nous en profitons pour nous instruire auprès d'Albucassis, dont l'œuvre est la pierre angulaire de la chirurgie arabe et domine le Moyen-Age latin. Après Ambroise Paré, Urbain Hémard et Francisco Martinez nous pressentons l'aube des méthodes modernes, et nous assistons à la lutte sournoise des charlatans du Pont-Neuf et des praticiens cherchant à élever au niveau de leur profession et créant la stomatologie avant qu'on forgeat le mot.

Plus tard, nous abordons la prothèse actuelle dont le développement est favorisé par les progrès de la technique.

Enfin notre guide tente de faire le point ; il expose les incertitudes de la stomatologie, les problèmes qui restent sans solution, les nouvelles méthodes à mettre en œuvre, mais aussi les possibilités dont l'avenir fera des certitudes ».

Livre solidement documenté, joliment écrit, luxueusement présenté, tel est cet ouvrage du Dr Boissier dont les lecteurs de ce journal ont deja pu apprécier la manière.

La jeunesse de Victor Hugo, par E. Benoit-Lévy, ouvrage documentaire comprenant de nombreux portraits, dessins, autographes et reproductions. 1 vol. in 8. Prix : 25 fr. (Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.)

M. Benoit-Lévy, qui avait publié l'an dernier sur *Sainte-Beuve et Madame Victor-Hugo* un volume qui fut très commenté, étudie aujourd'hui la *Jeunesse de Victor-Hugo* dans un livre remarquablement édité par Albin Michel. Il a soin de nous prévenir que c'est un ouvrage documentaire, où il a condensé toute la somme des documents accumulés sur l'enfance et l'adolescence du plus grand poète de tous les temps. Mais comme il a pris soin de corriger, de passer au crible ces documents, on peut dire que c'est un ouvrage original.

D'autres volumes suivront, consacrés aux diverses périodes de la vie de Victor Hugo ; l'ensemble constituera un manuel indispensable pour la vie et l'œuvre du grand poète.

Les Etats-Unis, chez Larousse.

Un pays dont on parle beaucoup aujourd'hui, qui nous intéresse à des titres très divers et qu'on connait généralement fort mal. Voici enfin un livre qui nous le montre vraiment *tel qu'il est*, avec ses aspects si curieux pour nous, sa vie et sa mentalité si différentes des nôtres. Ce grand ouvrage, illustré de centaines de photographies, extrêmement documenté, instructif et pittoresque, se publie

en ce moment par fascicules et fera partie de la *Collection in-4° Larousse* où ont déjà paru de si beaux volumes sur l'Italie, la Suisse, le Japon, etc. Il faut se hâter d'y souscrire si on veut profiter du très avantageux *prix de faveur accordé jusqu'au 15 février seulement.* (On souscrit chez tous les libraires et librairie LAROUSSE, 17 rue Montparnasse, Paris 6e; prospectus spécimen sur demande.)

L'évolution de l'humanité en 100 volumes in-8, de 350 à 690 pages, illustrés suivant les besoins. Bibliothèque de synthèse historique dirigée par Henri BERR (*La Renaissance du livre* 78, boulevard St-Michel, Paris (6e.)

Vaste synthèse résumant le travail immense accompli par les anthropologistes, les historiens, les archéologues, les sociologues. Toutes les histoires fondues en une seule par un effet de systématisation, dû à l'élite des savants français.

L'*Evolution de l'Humanité* a les avantages d'une collection et d'une encyclopédie. Mais l'ensemble forme une histoire continue.

Cette collection vient de s'enrichir d'un nouveau volume : L'Economie antique, par M. J. TOUTAIN, in-8, broché : 30 fr.

L'art de soigner et de conserver les œuvres d'art, par Emile BAYARD, 1 vol. in-8, 48 gravures. Prix : 20 fr. (Gründ, éditeur, 9, rue Mazarine, Paris.)

Ce volume, comme tous ceux publiés par M. Emile Bayard, est du plus grand intérêt. Luxueusement édité, clair, pratique il sera précieux à tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'art.

Guide complet du contribuable. Ce que tout contribuable doit savoir. Tous les impôts expliqués et commentés, par Edgar ALLIX, professeur à la Faculté de droit de Paris et Marcel LECERCLÉ, ex-sous chef à la direction générale des contributions directes. Un volume in 16, broché : 10 fr. (Librairie Hachette.)

C'est un guide, de caractère essentiellement pratique, qui, à l'écart de toutes les controverses et sans prétentions scientifiques, vise uniquement à fournir la solution concrète de questions embarrassantes qui se présentent aujourd'hui, en si grand nombre, aux contribuables dans les cas les plus usuels de la vie courante.

L'amour de l'art. Revue mensuelle. Abonnement : un an : France : 95 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de janvier 1928 : Emile-Othon Friesz en regard de son époque, par Charles Vildrac. — Jean Pavie, par Francis Jammes. — Eugène Delacroix chez Paul Rosenberg, par François Fosca. — La conversation d'Eugène Delacroix avec M. Planet, par André Joubin. — Raoul Domenjoz, peintre, par Philippe Chabaneix. — René Harboé, peintre, par Jacques Darbeville. — Jean Goudrexou, éditeur dilettante, par Raymond Geiger.

Chroniques : Les expositions. — Bibliographie. — Les arts appliqués. — La fresque de Maurice Denis à Saint-Louis de Vincennes. — Découvertes, comptes-rendus bibliographiques.

Revue des cours et conférences. Parait le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Abonnement : un an : France : 50 fr. (Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.)

Sommaire du n° du 30 janvier 1928 : E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (IV). — H. Tronchon : Ernest Renan et l'âme celtique (VI). — L. Ganshof : Quelques aspects de l'histoire de l'Empire au XIe siècle (III). — E. Estève : Un grand peintre de la vie moderne : Emile Verhaeren (III). — Mlle L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (III). — G. Cohen : Crestien de Troies : sa vie et son œuvre : Yvain ou le chevalier au Lion (XV).

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire et la chimiothérapie (Dr ALLARD, *Sud Médical et Chirurgical*, 1927, n° 2073.)

Les notions apportées par les radiographies faites en séries, sont venues, ces dernières années, modifier considérablement nos connaissances en phtisiologie. La constatation fréquente d'ombres étendues à l'écran, de grosses infiltrations du parenchyme pulmonaire, susceptibles de rétrocéder jusqu'à la *restitutio ad integrum* apparente, ne s'accorde pas en effet, avec les notions admises depuis Laennec sur l'évolution des lésions tuberculeuses. La dégénérescence caséeuse, suivie de ramollissement et de fonte, la transformation fibreuse ou la calcification devraient nécessairement laisser des traces à l'écran fluorescent. La disparition complète d'ombres tuberculeuses conduit à envisager la guérison possible de la tuberculose par résolution et celle-ci ne peut guère être comprise que pour des productions inflammatoires, sans mortification du tissu noble du parenchyme pulmonaire. Il semble que, par la connaissance de ces formes de bacillose non caséogène, le praticien soit mieux armé pour porter un pronostic en tuberculose et, par là, de juger l'effet réel des thérapeutiques instituées.

Parmi les multiples traitements qui ont été préconisés, c'est encore la chimiothérapie qui donne les résultats les moins décevants, et, dans le nombre des médicaments recommandés à juste titre, le thiocol garde la première place. Sous forme spécialement de sirop Roche, il donne d'excellents résultats dans toutes les affections broncho-pulmonaires ; admirablement supporté par les malades, même les plus difficiles, et par les enfants, le thiocol est toléré par tous les estomacs ; il a donc cette supériorité évidente de respecter « la place forte du phtisique ».

Il semble bien en effet que, s'il n'est pas à proprement parler un spécifique, le thiocol réalise néanmoins le véritable traitement de fond non seulement des bronchites chroniques, mais encore de toutes les affections des voies respiratoires et même de la tuberculose pulmonaire, car il est eupeptique et stomachique en même temps qu'antiseptique et antitoxique. De plus il est toujours bien supporté, si l'on a soin de n'utiliser qu'un thiocol chimiquement pur, préparé minutieusement et toujours identique à lui-même.



Le Gérant A. ROUZAUD

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 7 LE NUMÉRO: 50 Centimes 18 FÉVRIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies........... 40 fr.
Étudiants........................ 30 fr.
Belgique......................... 45 fr.
Étranger { 1re zone........ 70 fr.
 { 2e zone........ 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Epreuve écrite. Seance du 13 février. Questions données : Anatomie macroscopique de la tête du pancréas ; Les pancréatites aiguës.

Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Composition du jury : MM. les Drs René Bénard, Pissavy, Brouardel, Fiessinger, René Marie, Guinon, Guillemot, Teissier, Tixier, Hudelo, Lesage Villaret.

Censeurs : MM. les Drs Feuillé, Heuyer, Rouillard, Tzanck, Jacob, Léon-Hindberg, Alajouanine et de Gennes.

55 candidats : MM. Hirschberg, Weismann, Baruk, Deschamps, Isaac-Georges. Hagueneau, Carrié, Boulin, Meyer, Parat, Ravina. Mme Bertrand-Fontaine. MM. Turpin, de Brun, du Bois Noir, Janet, Chevalley, Garcin, Coste, Péron, Decourt, Prieur, Hillemand, Schulmann, Pichon, Lelong, Pollet, Bocage, Marceron, Rime, Le Clerc, Mouquin, Nicaud, Froment, Terris, Bariéty, Levesque, Thévenard, Plichet de Maisary, Rachet, Bith, Ollivier, Girot, Basch, Pérusson, Debray, Blescouret, Gutmann, Clément, Libert, Darquier, Jacquelin, Mouzon, Christophe.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 13 février. — M. Vezin. Etude médico-légale des homogreffes.

14 février. — M. Hennion. Etude du lupus primitif de la muqueuse buccale. — M. Schmiti. Les cysticercoses du névraxe. — M. Barreau. Les albuminuries orthostatiques. — M. Boelle. Etude sur les petits épanchements liquides de la grande cavité pleurale. — M. Barda. Etude de l'insufflation tubaire. — M. Lamblinc. Les tumeurs du rectum. — M. Dubos. Les hémorragies gastro-duodénales.

16 février. — Thèses vétérinaires. — M. Roussel. Etude du ravitaillement tonkinois en viande de boucherie.

Etats généraux du thermalisme et du climatisme. — Les Etats généraux du thermalisme et du climatisme se tiendront à Paris, les 16 et 17 mars 1928, dans la salle des Ingénieurs civils, rue Blanche.

Deux rapports seront présentés à l'assemblée : 1° L'organisation du crédit thermal et climatique ; 2° La propagande en faveur de nos stations thermales.

S'inscrire dès maintenant auprès du docteur Janot, secrétaire général, 14, rue Vézelay, Paris.

Deuxième bal de la médecine française. — Le deuxième bal de la médecine française aura lieu le samedi 24 mars dans les salons du ministère de l'Intérieur.

Le bal sera précédé d'une soirée artistique qui commencera à 9 h.

Cette soirée artistique et ce bal sont donnés au profit de la F. E. M., société de secours pour les femmes et enfants de médecins, sous le patronage de l'Association générale des médecins de Frane.

On trouve les cartes d'entrée au siège de l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène ; chez M. Wattelet, 21 rue Violet ; chez Mme F. Jayle, 2, rue Guynemer.

Carte d'entrée : 50 fr. ; médecins, 30 fr. ; internes et étudiants, 20 fr.

Académie royale de médecine de Belgique. — M. le professeur Bordet a été élu vice-président, en remplacement de M. Hertoghe, décédé.

Vacance d'emplois d'agrégé à la faculté de médecine de l'université de Paris. — Sont déclarés vacants les emplois d'agrégé de la faculté de médecine de l'université de Paris ci-dessous désignés : Histologie, 1 ; Anatomie pathologique, 1.

Un délai de vingt jours à dater de la présente insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de médecine de Paris (clinique médicale des enfants. Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie.* (Pâques 1928, 2 avril-14 avril). — Lundi 2, 10 h., Professeur Nobécourt : Ouverture du cours ; 10 h. 15, M. Lereboullet : Notions nouvelles sur la diphtérie ; 16 h., Jean Hutinel : Les bronchopneumonies et leur traitement ; 17 h., M. Babonneix : Les poliomyélites. — Mardi 3, 10 h. 30, M. Bidot : Urologie clinique ; 16 h., M. Jean Hutinel : Méningite cérébrospinale ; 17 h., M. Babonneix : Encéphalopathies et mongolisme. — Mercredi 4, 10 h. 30, M. Lereboullet : Le diabète sucré ; 16 h., M. Boulanger Pillet : Pneumococcies et streptococcies ; 17 h., M. Babonneix : Hérédosyphilis nerveuse. — Jeudi 5, 10 h. 30, M. Lereboullet : Hypophyse et glandes endocrines ; 16 h., M. Prétet : Septicémies de l'enfance ; 17 h., M. Nadal : L'asthme infantile. — Vendredi 6, 10 h. 30, M. Tixier : Hérédosyphilis (1re leçon). — Mardi 10, 10 h. 30, M. Tixier : Hérédosyphilis (2e leçon) ; 16 h., M. Pichon : Rhumatisme cardiaque évolutif ; 17 h., M. Lebée : Les néphrites de l'enfance. — Mercredi 11, 10 h. 30, M Paraf : Rougeole ; 16 h., M. Tixier : Rachitisme et rayons ultra-violets ; 17 h., M. Mathieu : Epilepsie et traitement. — Jeudi 12, 10 h. 30, M. Paraf : Tuberculose ; 16 h., M. Janet : Syndromes thyroïdiens ; 17 h., M. Mathieu : Encéphalite. — Vendredi 13, 10 h. 30, M. Duhem : Radiologie (1re leçon) ; 16 h., M. Paraf : Scarlatine ; 17 h., M. Janet : Vomissements cycliques. — Samedi 14, 10 h. 30, M. Duhem : Radiologie (2e leçon) ; 16 h., M. Pichon : Acrodynie infantile ; 17 h., M. Bidot : Coprologie clinique.

Professeur Nobécourt : à 9 heures, conférence clinique dans les salles de la clinique.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures. Le droit à verser est de 250 francs).

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur Paul Carnot). — *Cours de vacances de Pâques, du 29 mars au 5 avril 1928 pour les médecins français et étrangers.* — Les données nouvelles de clinique et de therapeutique tirées du sang.

A la demande des auditeurs et pour condenser le cours dans le minimum de temps, les 28 leçons seront faites en une semaine et auront lieu quatre fois par jour ; elles seront suivies de démonstrations techniques et de présentations de malades, à l'amphithéâtre Trousseau, aux laboratoires Dieulafoy, à la policlinique physiothérapique Gilbert.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secréariat de la Faculté (guichet n°4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Dispensaires dans le département de la Vendée. — La direction du Dispensaire sera confiée à un médecin spécialisé, un phtisiologue, ne faisant pas de clientèle et choisi au concours.

Telles sont les conditions : Stage de six mois à un an, avec faculté de licenciement sans formalité ni indemnité.

Traitement pendant le stage : indemnité de 1.500 fr. par mois.

1° Après titularisation : 3e classe, 26.000 fr. ; 2e classe, 28.000 fr. après 2 ans de 3e classe ; 1re classe, 30.000 fr. après 2 ans de 2e classe.

Une hors classe et une classe exceptionnelle pourraient être créées ultérieurement.

2° Une *indemnité de logement* serait allouée et les frais de déplacement seraient remboursés mensuellement sur état justificatif.

3° Le médecin-chef du dispensaire assurerait provisoirement le service d'Inspecteur Départemental d'Hygiène et recevrait à ce titre un *indemnité annuelle de* 10.000 fr.

Société française d'ophtalmologie. — La Société française d'ophtalmologie tiendra son XLIe Congrès, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 14 mai et jours suivants.

Le rapport d'usage sera présenté par le Dr MAWAS sur *la biomicroscopie de la chambre antérieure et de l'iris* à l'état normal et pathologique ».

Une visite au château de la Malmaison et un dîner à Saint-Cloud seront organisés pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la S.F.O., Dr René ONFRAY, 6 avenue de la Motte-Picquet, Paris VIIe.

Concours pour la nomination à huit places de médecin de l'Assistance médicale à domicile. — Ce concours sera ouvert le jeudi 29 mars 1928, à 9 h. 30, dans la Salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du jeudi 1er au mercredi 14 mars 1928 inclusivement.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le docteur Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par le Dr Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera le mercredi 21 mars 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e,)

Concours pour la nomination à quatre emplois d'interne en médecine à l'Hospice départemental Paul-Brousse (14, avenue des Ecoles, Villejuif Seine) et la désignation d'internes provisoires. — Un concours pour la nomination à quatre emplois d'interne en médecine (dont un affecté au Service de chirurgie de l'établissement et un au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne) et la désignation d'internes provisoires à l'Hospice départemental Paul-Brousse s'ouvrira le lundi 27 février 1928.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine.

Lyon. — M. le professeur agrégé PIÉRY a été désigné comme premier titulaire de la chaire d'hydrologie, par le Conseil de la Faculté.

Nécrologie. — Dr Paul MEYER, électro-radiologiste des hôpitaux. — Dr Jules MOURET, professeur à la Faculté de Montpellier. — M. le docteur Jean MARTINET, de Nogent-le-Rotrou, décédé à Paris à l'âge de 35 ans. — M. le Dr Adolphe CHAUVIN, médecin de colonisation, décédé à Lyon à l'âge de 42 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, par G. COTTE, chirurgien des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé. Un volume de 570 pages, Masson et Cie, éditeurs, à Paris, 1928.

Tous les médecins et chirurgiens qui s'intéressent à la gynécologie liront avec beaucoup de profit le livre de Cotte. Bien édité, richement illustré de figures nettes et démonstratives, il se recommande par la clarté de l'exposition, la séduction du style et la richesse des documents cliniques personnels.

Que doit-on comprendre sous le nom de troubles fonctionnels ? Pour certains auteurs, il faudrait réserver cette dénomination aux seuls troubles indépendants de toute lésion organique. Cotte, au contraire et avec raison, estime que le fait de ne trouver au cours de l'examen clinique aucune lésion décelable à nos procédés d'exploration ne permet pas de conclure que celle ci n'existe pas. Le plus souvent les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme relèvent d'une altération anatomique plus ou moins évidente et sont justiciables de la thérapeutique chirurgicale.

Dans le chapitre premier de son livre Cotte étudie la menstruation et ses troubles. Il établit, d'après les travaux les plus récents, le bilan de nos connaissances sur le cycle sexuel des mammifères et le cycle menstruel de la femme, résumé remarquablement clair appuyé de nombreuses figures. C'est la base physiologique à laquelle il faut toujours se reporter, si l'on veut comprendre les troubles de la menstruation.

Ces troubles sont : 1° les anomalies par défaut (oligo-ménorrhées, hypoménorrhées, aménorrhées ; 2° des anomalies par excès (polyménorrhées, hypermenorrhées, métrorragies).

Cette et les étudie successivement avec beaucoup de détail et insiste surtout sur leur traitement. Les indications de la thérapeutique chirurgicale sont à retenir. Cotte a vu disparaître l'aménorrhée après l'ablation d'un appendice malade, après la fixation d'un utérus mobile ou rétroversé, après l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Dans les cas où l'on a été amené à faire une laparotomie, dans l'aménorrhée si l'on constate des lésions irrémédiables des ovaires, l'on pourrait tenter la sympathectomie peri-artérielle

de Leriche ou mieux la résection de la gaine de l hypogastrique, la greffe de l'ovaire à l'épiploon, les greffes ovariennes omoplastiques.

Dans le traitement des états hémorragiques, Cotte a eu souvent recours, avec succès, aux interventions sur les ovaires telles que la castration unilatérale, l'énucléation de petits kystes, la résection partielle d'un seul ou des deux ovaires.

Le premier chapitre se termine par l'étude des troubles du molimen cataménial et la crise intermenstruelle.

Le deuxième chapitre traite de la copulation, du sens génital et de leurs troubles. Dans le vaginisme associé à des névralgies pelviennes, Cotte a obtenu trois succès pour une intervention sur le sympathique sacré.

Le chapitre III est consacré à la fécondation de l'ovule, à la nidation de l'œuf et à leurs troubles.

La stérilité de la femme est une longue étude très documentée, avec des détails sur la recherche de la perméabilité des trompes par l'insufflation d'air ou d'oxygène, par la radiographie après l'injection de lipiodol dans l'utérus.

Cotte préfère à l'insufflation la méthode radiologique avec le lipiodol qui n'a jamais occasionné de réaction annexielle ou péritonéale.

Les interventions chirurgicales pour établir la perméabilité des trompes, salpingostomies, implantation tubo-utérine, greffes ovariennes par implantation de l'ovaire dans la cavité utérine sont bien figurées et leurs indications bien précises.

Le chapitre IV a pour titre : sécrétions de l'appareil génital et leurs troubles : leucorrhées et hydrorrhées.

Dans trois cas où, en dehors de règles abondantes ou prolongées, il y avait un écoulement hydrorrhéique qui persistait dans tout l'intervalle des périodes, Cotte fit la résection partielle de l'ovaire qui était scléro-kystique et la résection du nerf présacré. Le résultat fut satisfaisant.

Le chapitre V expose les conditions de la circulation sanguine de l'appareil génital et ses troubles (insuffisance circulatoire et congestion utéro-annexielle).

Dans ses interventions sur les malades atteintes de congestion utéro-annexielle Cotte a trouvé très souvent l'ovarite scléro-kystique.

Il préconise dans le traitement de la congestion utéro-annexielle la ligamentopexie avec résection partielle d'un ou des deux ovaires ou bien la sympathectomie périartérielle, plus tard, à la ménopause, la radio et la curiethérapie, après l'échec des autres méthodes.

L'innervation de l'appareil génital et ses troubles font l'objet du chapitre VI.

La dysménorrhée est longuement étudiée ainsi que son traitement chirurgical.

La dysménorrhée relève souvent de la chirurgie. Cotte a trouvé des lésions utérines ou annexielles dans des cas où cliniquement la dysménorrhée avait été qualifiée d'essentielle.

Les interventions sur le sympathique lui ont donné d'excellents résultats. Depuis 1924, il pratique la section du sympathique pelvien (nerf présacré de Latarget). Il ne connaît pas un seul cas de récidive des douleurs menstruelles après cette opération. Il n'a noté dans les suites opératoires aucun effet fâcheux ni sur la vessie, ni sur le rectum.

En face d'une dysménorrhée qui résiste aux moyens médicaux habituels, c'est à la laparotomie qu'il faut recourir d'emblée si la laparotomie fait découvrir des lésions utérines ou ovariennes, il suffira le plus souvent de les supprimer pour faire cesser la dysménorrhée. Mais cette intervention devra toujours comporter le maximum de conservation de façon à laisser à la femme toutes les possibilités de grossesses ultérieures.

Dans les cas où il n'y aucune lésion apparente sur les organes génitaux, dans ceux où les altérations ovariennes sont minimes, la section du sympathique pelvien paraît à Cotte l'opération de choix.

Après la dysménorrhée, Cotte étudie la coccygodynie et les névralgies pelviennes.

Ici encore, dans les cas où il n'existe pas de lésions de l'appareil génital, c'est la section du sympathique pelvien qui doit constituer l'acte essentiel de l'intervention.

Les insuffisances ovariennes et les troubles consécutifs à la castration font l'objet du dernier chapitre.

Cette froide analyse ne peut donner qu'une médiocre idée du beau livre de Cotte, qui est le fruit d'une longue et laborieuse pratique dans un grand service de gynécologie à Lyon, et qui représente en outre un travail considérable de bibliographie et de mise au point des syndromes gynécologiques d'après les acquisitions récentes de la physiologie.

Il incitera les chirurgiens à mieux examiner les malades atteintes de troubles fonctionnels de l'appareil génital et, en cas d'échecs des traitements médicaux, à envisager pour les guérir les moyens chirurgicaux, les opérations conservatrices sur les ovaires, sur les trompes et sur le sympathique sacré.

M. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

La syphilis rénale

Par

Ernest SCHULMANN et André LEMAIRE.

Il est peu de viscères, sauf peut-être le foie, où le tréponème engendre des manifestations plus complexes qu'au niveau des reins, et malgré les nombreux travaux qui lui ont été consacrés, la syphilis rénale reste encore actuellement une question fort controversée, aussi bien à cause du polymorphisme considérable de ses types anatomo-cliniques qui rend imprécises les limites de son domaine, qu'à cause des problèmes thérapeutiques qu'elle soulève.

Si parmi les différentes infections à retentissement rénal, la fréquence de la syphilis est diversement appréciée par les auteurs, elle constitue pourtant de toutes les causes si souvent obscures des néphropathies une des plus intéressantes, et ceci, comme le font remarquer les classiques, à un double point de vue :

Théorique, du fait de la diversité des aspects cliniques des néphrites syphilitiques, parfois étroitement superposables aux différents types de lésions anatomiques, et pouvant aller, selon la virulence et le mode d'action du tréponème, de la néphrite dégénérative suraiguë à la néphrite scléreuse la plus lente.

Pratique, car elles sont justiciables du traitement spécifique aussi dangereux vis-à-vis des autres néphrites qu'efficace parfois vis-à-vis de celles-là, encore qu'aucune affirmation ne puisse être faite sur ce point *a priori*.

Historique.

Le rôle de la syphilis dans les affections rénales fut longtemps méconnu : Ulrich de Hutten, Paracelse, Astruc, signalent bien des œdèmes chez les syphilitiques, mais sans plus : de même Valsalva, Morgagni constatent des lésions rénales à l'autopsie de ces mêmes malades. En Angleterre, Wells, Blakall, incriminent non pas la vérole, mais le traitement mercuriel, Christian et Grégory l'alcoolisme, le refroidissement ou le marasme déterminé indirectement par la syphilis.

En fait, c'est Rayer qui le premier décrit la syphilis rénale : « J'ai vu des cas, dit-il, où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement des maladies des reins à la cachexie vénérienne. » Dans son Traité des maladies des reins, en 1840, il discute même le rôle nocif du mercure qu'il réfute, en montrant que les doreurs ne font qu'exceptionnellement de l'albuminurie et des œdèmes, mais reconnaît qu'il est difficile, parmi les multiples causes des néphrites, d'affirmer ce qui revient en propre à la syphilis. La première de ses observations, qui date de 1837, fournit le type de la néphrite tertiaire scléreuse et atrophique. Son opinion reste longtemps discutée, on ne voulait voir là qu'une simple coïncidence. Frérichs, en 1851, soutient encore que la syphilis n'agit qu'indirectement par l'intermédiaire de la cachexie qu'elle provoque, et Rosenstein accuse le mercure plus que la vérole. Pourtant les travaux de Jacks et Finger, Thouvenel, Tungel, Barde, Lancereaux, Négel, Mauriac, confirment les idées de Rayer et les statistiques de Bamberger, de Spiess, apportent une importante contribution à l'étude clinique de la syphilis tertiaire du rein, cependant que Wirchow, Lancereaux, Cornil et Brault, Axel Key, Bradley Dey en décrivent les différents aspects anatomiques. Par la suite les observations se multiplient et l'authenticité des néphrites tertiaires n'est plus contestée, sauf par Welander puis par Gunz (1894), qui invoque à nouveau l'origine mercurielle.

Il est curieux de remarquer que Rayer et ses successeurs ne décrivirent que les lésions tertiaires. La connaissance des néphrites secondaires est beaucoup plus récente : la première mention en est faite en 1867 par Perroud ; viennent ensuite quelques observations de Jaccoud, Mauriac, Gailleton. La thèse classique de Descouts, bientôt suivie des publications de Drysdale, Wagner, Barthélemy, Fournier, mettent au point la question, que reprennent dans leurs thèses Regnier, Theille, Roustan, Boukkeiff, Karnoven. Il faut encore citer les travaux de Darier et Hudelo, Etienne, Talamon, Debove, Chauffard et Gouraud.

Dès 1870, l'attention est attirée vers la syphilis rénale héréditaire par Klebs, puis Bradlay Dey, Lancereaux, Perrot, qui en décrivent les manifestations précoces. Couplan, Lécorché et Talamon, Hutchinson, en font connaître les manifestations rénales tardives, que Ed. Fournier reprend en 1912 dans son livre sur la syphilis héréditaire de l'âge adulte.

A partir de 1900, l'importance de la syphilis dans la pathologie rénale s'affirme par les nombreux travaux d'ensemble qui lui sont consacrés successivement par Dieulafoy dans les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, Gilbert, Delamarre dans une revue générale, Chauffard et Lœderich, Brault, Balzer, Louste, dans différents articles de traités. Plus récemment, il faut signaler l'importante monographie d'Hutinel et la thèse de Mlle Questier sur les néphrites dans la syphilis héréditaire infantile, l'article « Syphilis tertiaire du rein » dans le livre de Grenet, Levent et Pelissier (Les syphilis viscérales tardives), comme aussi les observations de Marcel Pinard, Debré, Fiessinger, et les discussions de la Société médicale des hôpitaux à propos du traitement des diverses manifestations rénales de la syphilis.

On ne saurait pourtant affirmer que la question soit entièrement au point, bien des obscurités persistent et le problème thérapeutique n'est point encore résolu.

Etiologie.

Si l'authenticité de la syphilis rénale est à l'heure actuelle incontestable, on reste surpris des divergences d'appréciation des auteurs quand il s'agit d'affirmer sa fréquence.

Bamberger, Fuchs, Schwimmer, Fournier, donnent une proportion variant de 2 à 4 % des autopsies de néphrite. Lancereaux, par contre, arrive à un chiffre de 33 % et Furbringer trouve 12 albuminuriques sur 100 syphilitiques. Justus, sur 1.500 autopsies de syphilitiques note 10 fois des altérations rénales et Spiess dans 270 autopsies démontre 21 cas de néphrite parenchymateuse, 10 de néphrite interstitielle totale ou partielle, 18 de reins scléreux, 11 d'atrophie rénale, 7 de néphrites interstitielles avec gommes, 35 de reins amyloïdes sans autre étiologie que la syphilis, 10 de formes diverses reconnaissant comme cause secondaire la syphilis (cité par Gaucher et Druelle).

Le pourcentage respectif des néphrites secondaires et des manifestations tertiaires est encore moins précisé. Balzer sur 30 cas de syphilis rénale observée dans son service de 1897 à 1903 note 27 cas de syphilis secondaire contre 3 cas d'albuminurie tertiaire. Fournier sur 4.400 cas de syphilis suivis n'a trouvé que 30 syphilis rénales tertiaires. Pour Chauffard, il y a, chez les syphilitiques, tellement de néphrites qui ne guérissent pas, par le traitement, il y a tellement de facteurs associés, qu'en définitive la syphilis rénale pure demeure peu fréquente. Warthin dans un travail plus récent déclare trouver dans presque tous les reins des syphilitiques morts, de la congestion passive, de l'atrophie, des infarctus ou des inflammations diffuses ou localisées.

En ce qui concerne la syphilis héréditaire il n'existe pas de statistiques ; Mlle Queslier, dans sa thèse (1920.) rassemble 101 cas, prouvant ainsi que les exemples n'en sont pas si rares que le prétendait Carlier en 1903.

En fait, comme le disent Grenet, Levent et Pellissier, on a l'impression que la fréquence de la syphilis rénale est plus grande que ne semblent l'indiquer les statistiques connues sans toutefois atteindre celle de la syphilis hépatique. Dieulafoy estimait que nombre de néphrites, dites *a frigore*, devraient être rapportées à la syphilis. Karnoven affirme que 25 % des autopsies de syphilitiques décèlent des lésions rénales. Mais cette question de fréquence est compliquée par la notion des facteurs multiples. « La superposition chez le syphilitique d'autres causes pathogènes : alcoolisme, paludisme, uricémie, troubles gastro-intestinaux ou hépatiques est si commune, qu'il est la plupart du temps bien difficile de faire sur le tard, et une fois la maladie pleinement constituée, la part de la vérole » (Chauffard). Sans doute aussi, quand elle n'est pas seule en cause la syphilis joue-t-elle un rôle en créant une véritable « *fragilité rénale* » comme l'ont invoqué Renon puis Castaigne.

Etude clinique.

Comment grouper les nombreuses données cliniques ? Il est classique de distinguer au cours de l'*infection acquise* des accidents :

1° *Précoces*, apparaissant au cours de la période secondaire ;

2° *Tardifs*, survenant au cours de la période tertiaire.

On distingue de même deux étapes au cours de la syphilis héréditaire : les manifestations précoces et tardives.

Cette division, commode au point de vue de l'exposition, ne doit pourtant pas impliquer une délimitation trop nette entre les nombreux types anatomo-cliniques qui remplissent le cadre si vaste et si complexe de la syphilis rénale. Tous les intermédiaires existent entre les manifestations précoces et les manifestations tardives, et telle manifestation habituellement précoce s'observe parfois à une phase tardive de la vérole.

Le cadre tracé, à propos de chacune des formes, nous dirons les conditions dans lesquelles elles se développent, étant bien entendu que la nature des manifestations envisagées est parasitaire. Nous parlerons plus loin du *treponema pallidum*, agent infectieux causal. Il convient d'ailleurs de remarquer dès maintenant que, malgré cette étiologie univoque, la plupart des lésions observées sont banales : seules les gommes rénales, exceptionnellement observées, du moins à l'état isolé, ont un caractère vraiment spécifique.

I. Manifestations précoces de la siphilis rénale.

Elles comportent : 1° les modifications des urines chez les syphilitiques secondaires ; 2° la néphrite syphilitique secondaire subaiguë.

1° **Les modifications des urines chez les syphilitiques secondaires.** Stefanoff, en 1875, puis Bouchard, Radalli, Sonal, Gastou, Patoir en 1900, Ferras en 1901, montrent que les urines sont fréquemment modifiées au cours de la période secondaire. Gaucher et Crouzon précisent, en 1902, que dans un grand nombre de cas, l'élimination uréique est inférieure à la normale, le rapport azoturique et l'excrétion des chlorures abaissés. Par la cryoscopie, ils décèlent un certain nombre d'insuffisances rénales latentes.

L'albuminurie simple, survenant en dehors de toute manifestation de néphrite, réalisant en somme la première et la plus légère des atteintes rénales de la syphilis, est beaucoup plus rare. Schumann, Welander, Karnoven, donnent respectivement les proportions de 2,9 2,6, 2,3 %. Mais Gaucher par l'examen systématique des urines des syphilitiques, la décèle dans tiers des cas. Elle apparaît en général au moment de l'éruption roséolique, rarement plus tard, et ne semble pas en rapport avec la gravité de la syphilis. Le plus souvent, elle est indosable et n'existe qu'à l'état de simples traces. Elle évolue parfois par intermittence, sa durée est courte, elle disparaît spontanément ou sous l'influence du traitement spécifique. Elle est en tous points comparable à l'albuminurie précoce fébrile de la scarlatine. Attribuée par certains à la médication mercurielle, cette opinion est niée par Fournier.

2° **La néphrite syphilitique secondaire** réalise la plus intéressante des manifestations rénales précoces de la syphilis.

Un fait domine son étiologie *c'est sa précocité*, elle apparaît en général au deuxième ou troisième mois après le chancre, en pleine efflorescence des accidents secondaires, ainsi qu'en témoigne la statistique de Dieulafoy, mauriac donne comme date moyenne le sixième mois, mais on l'a observée dès le premier mois. (Achard et St-Girons) ou même avant la roséole (Talamon, Balzer, Wagner et Mühling). Par contre, elle peut être beaucoup plus tardive et survenir au cours de la première ou de la seconde année de l'infection. Elle peut compliquer toutes les formes de syphilis, qu'elles soient graves ou bénignes, laissées à elles-mêmes ou traitées méthodiquement. On ne peut donc affirmer qu'elle soit l'apanage des formes graves ou malignes, mais on peut remarquer cependant que dans les formes graves de la néphrite les manifestations secondaires de la syphilis sont plus tenaces. Souvent son apparition est favorisée par *des causes adjuvantes* telles que l'alcoolisme, les maladies antérieures ayant pu léser le rein. Parmi *les causes occasionnelles*, il est classique de signaler le rôle du froid. Renon estime que dans un quart des cas la néphrite survient à l'occasion d'un refroidissement, et les auteurs insistent sur la fragilité des reins syphilitiques plus exposés que tous autres à la néphrite *a frigore*. Elle est moins fréquente chez la femme, mais la grossesse semble y prédisposer.

Sa *symptomatologie* se rapproche singulièrement de celle d'une néphrite scarlatineuse subaiguë, avec cette particularité qu'elle apparaît en pleine efflorescence secondaire.

Le *début* est marqué parfois par quelques prodromes, malaise général, fatigue, lassitude, une légère élévation thermique, quelquefois des douleurs lombaires ; mais plus souvent peut-être, la néphrite se démasque brusquement par l'apparition de l'œdème, qui reste le symptôme dominant. D'abord localisé à la face, aux paupières, aux pieds au scrotum, il se généralise rapidement et en l'espace de quelques jours il réalise un véritable anasarque. Cet œdème, qui a tous les caractères des œdèmes rénaux, s'accompagne, en effet, de congestion des bases, d'hydrothorax, d'ascite, parfois même d'œdème de la glotte. Son abondance est assez spéciale aux néphrites syphilitiques subaiguës, cependant il peut être modéré et contraster avec le caractère massif de l'albuminurie.

Les *urines* sont diminuées, foncées, brunâtres, quelquefois même nettement sanglantes, de densité élevée. Mais cette oligurie n'est pas toujours aussi accentuée qu'on s'y attendrait : d'après Gouget, certains cas s'accompagneraient d'une diurèse normale. En général pourtant leur quantité tombe à 300 ou 400 centimètres cubes.

Le fait le plus caractéristique est qu'elles contiennent une quantité considérable d'albumine : la néphrite syphilitique secondaire est de toutes les néphrites aiguës celle qui entraîne les plus fortes albuminuries. Il est courant de trouver des chiffres de 10 à 20 gr. Chantemesse note 32 grammes ; Chauffard et Gouraud, 52 gr. ; Descouts cite le taux énorme de 110 gr. par litre. Cette albumine, d'après Delamare est presque exclusivement de la globuline, d'après Chauffard, de la sérine ; Gilbert trouve une

proposition de serine et globuline analogue à celle du sérum sanguin.

L'examen microscopique du culot de centrifugation montre la présence d'hématies, de leucocytes, de cellules épithéliales, de cylindres hématiques et granuleux. Le tréponème y a été décelé par Hirschberg, Mac Lennan, Dreyer et Topfel, Barth et Michaux, Hoffmann. Levaditi fait remarquer que les spirochètes saprophytes des organes génitaux représentent une cause d'erreur qu'il faut soigneusement éviter. Plus récemment P. P. Lévy et Guillé, Noël Fiessinger et Huber confirment ces constatations. La question de la recherche de la réaction de Wassermann dans les urines, fréquemment positive d'après Cl. Simon, a été reprise récemment par Klauder et Kolmer. Chez soixante malades présentant une notation positive dans le sang, la réaction ne s'est révélée positive dans les urines que deux fois. Elle est sujette à de fréquentes erreurs en raison du pouvoir anti-complémentaire des urines.

D'une façon constante les chlorures urinaires sont diminués, et en général à partir d'un certain moment la concentration uréique s'abaisse.

Les *troubles digestifs* sont fréquents ils consistent en vomissements, diarrhée, météorisme. Les troubles nerveux sont extrêmement rares, les troubles oculaires exceptionnels.

Il n'existe généralement pas d'hypertension artérielle, ni de bruit de galop, ni d'hypertrophie du ventricule gauche, pas plus qu'on ne trouve de signes cliniques d'azotémie, tout au moins au début.

Dans bien des cas, les épreuves d'exploration fonctionnelle du rein révèlent qu'il ne s'agit que d'une rétention chlorurée, comme en témoignent la diminution des chlorures urinaires, l'augmentation légère des chlorures sanguins, la dilution sanguine (réfractométrie du sérum) le taux normal de l'urée sanguine. L'élimination du bleu de méthylène est, en règle générale, normale (Widal et L. Bernard) ou même un peu accélérée.

Cependant le syndrome de rétention chlorurée, tout en restant au premier plan, peut n'être pas pur : le taux d'urée sanguine, d'ailleurs sujet à d'assez grandes variations, atteint parfois 0 gr. 70, 0 gr. 80. La constante uréo-sécrétoire s'élève légèrement : la perméabilité au bleu (Delamarre, Chauffard et Gouraud) ou à la phénosulfonephtaléine est diminuée.

L'*état général* peut rester satisfaisant. La température est souvent normale ou s'élève d'une façon modérée. Pourtant un certain degré d'anémie, d'asthénie, d'amaigrissement (masqué par les œdèmes) est de règle.

Il s'agit en somme d'une néphrite à gros œdème rapidement généralisée, avec albuminurie considérable, sans syndrome net de rétention uréique.

L'*évolution* en est variable.

Laissée à elle-même, elle a parfois une marche rapidement grave entraînant la mort en un à deux mois ; au bout de cinq semaines dans des cas rapportés par Rigal et Juhel-Renoy. Nous reviendrons plus loin sur ces formes suraiguës.

Le plus souvent l'évolution se fait d'une façon subaiguë sans que le traitement habituel des néphrites ait une grande action. Bien supportée au début, la néphrite s'aggrave. On voit alors les œdèmes augmenter en même temps qu'apparaissent du délire, de la céphalée, des crises convulsives précédant à plus ou moins longue *échéance la mort dans un coma chlorurémique*. D'autres fois, dominent des signes d'urémie respiratoire, la mort survient par asystolie, ou plus brusquement par œdème de la glotte.

Dans d'autres cas, les œdèmes diminuent, l'oligurie s'accentue, allant même jusqu'à l'anurie. Mais les troubles digestifs restent prédominants, la somnolence apparaît, l'urée sanguine s'élève progressivement, et la mort survient *dans un coma azotémique* après une phase de grande urémie gastro-intestinale.

Cette évolution qui dure parfois jusqu'à quatre à six mois, pendant laquelle chaque poussée éruptive nouvelle de la syphilis entraîne une recrudescence de l'albuminurie, peut être entrecoupée de complications infectieuses en particulier lymphangite, érysipèle, qu'on trouve signalées dans plusieurs observations de Dieulafoy, Perroud, Chantemesse.

Cependant en dehors de tout traitement ou par le seul régime déchloruré et le repos, la guérison a pu être observée, tout au moins dans les cas légers ; cependant c'est l'exception.

Si un traitement spécifique précoce et bien conduit a été mis en œuvre, la guérison est fréquente. En effet, contrairement à ce qu'on observe dans les autres néphrites aiguës, le régime déchloruré et la théobromine n'amènent ni la disparition des œdèmes, ni celle de l'albuminurie. C'est là pour P. Vallery-Radot un caractère très particulier aux néphrites syphilitiques. Mais si à ce traitement on associe la médication spécifique, la guérison peut survenir en quelques semaines, dans les cas légers, en quelques mois dans les cas moyens, parfois plus lentement et en quelque sorte par à-coups : une première cure asséchant les œdèmes, une seconde faisant disparaître l'albuminurie. Il n'est pas rare que la guérison ne se manifeste qu'après une série d'améliorations et de rechutes qui prolongent parfois très longtemps l'évolution, comme le montrent certaines observations de Mauriac et de Brault.

Ce n'est d'ailleurs assez fréquemment qu'une guérison incomplète. Malgré des cures répétées et variées, on n'arrive pas à réduire entièrement l'albuminurie, ni à faire disparaître définitivement les œdèmes ; pendant longtemps persiste une légère azotémie avec élévation de la constante. Ces néphrites à évolution prolongée réalisent en somme toute une série de cas de transition avec les néphrites chroniques de la période tertiaire.

Pronostic. — On ne saurait donc trop insister sur la variabilité du pronostic qui s'y attache. Il est peu de sujets qui meurent de syphilis rénale précoce. Même grave elle peut guérir, l'abondance de l'œdème et de l'albuminurie n'étant pas un indice absolu de gravité ; mais le pronostic éloigné comporte de nombreuses réserves, à cause de sa tendance à la chronicité, qui semble d'autant plus marquée que la néphrite est apparue à une phase plus avancée de la période secondaire.

Les formes cliniques.

Forme bénigne précoce. — En dehors de l'albuminurie simple décrite plus haut, il est des cas de néphrite secondaire légère, manifestée par de l'albuminurie avec quelques œdèmes partiels de la face, des jambes ou des malléoles, cédant rapidement au traitement spécifique. Mais elles peuvent récidiver, ou devenir tout à coup graves.

Forme suraiguë grave. — Se caractérise par l'exagération des symptômes habituels de la néphrite secondaire et son évolution fatale. Dans l'observation de Chauffard et Gouraud, la mort survint en quelques semaines et malgré le traitement mercuriel, au milieu de symptômes d'urémie gastro-intestinale et d'anurie. Les lésions rénales sont si massives que toute thérapeutique est impuissante ; à ce titre, la néphrite suraiguë peut être comparée à l'ictère grave syphilitique.

Il faut enfin citer les *néphrites secondaires tardives* ou *secondo-tertiaires* étudiées par Theille et par Lévy Frankel, qui débutent deux à trois ans après le chancre et en l'absence de toute manifestation cutanée ou muqueuse. Elles n'entraînent ordinairement qu'une albuminurie modérée et risquent ainsi de n'être pas rattachées à leur cause véritable. Elles ne cèdent qu'à un traitement énergique et prolongé.

II. Syphilis rénale tardive.

Si les manifestations rénales de la syphilis secondaire

comportent une spécificité clinique assez nette, on n'en saurait dire autant des manifestations tertiaires.

1) Quand elles surviennent chez un syphilitique avéré porteur des stigmates habituels du tertiarisme, elles sont facilement rattachées à leur cause.

C'est habituellement en se basant sur des considérations étiologiques qu'on peut admettre la nature spécifique d'une néphropathie décelée chez un individu dix, quinze ans, ou même plus, après un chancre. Encore faut-il remarquer qu'un tel malade, pour être syphilitique, n'en peut pas moins présenter dans ses antécédents d'autres causes d'atteinte rénale (scarlatine, typhoïde, goutte, etc.).

2) La néphrite souvent est seule en cause et la syphilis ne se manifeste d'aucune autre façon.

Si l'on recherche en pareil cas dans les seuls caractères de la néphrite, des arguments en faveur de la syphilis, on risque de restreindre considérablement la part de la vérole dans la pathologie rénale : car à part les cas relativement rares où l'on peut mettre en évidence des lésions nettement spécifiques telles que des gommes, on ne trouve en général que des lésions d'altération parenchymateuse, de sclérose ou d'amylose qui peuvent être tout aussi bien banales que spécifiques. Ces différentes atteintes sont d'ailleurs souvent groupées, et conditionnent des tableaux cliniques fort variables, dont quelques-uns ont des caractères assez spéciaux et font songer à la syphilis, mais dont la plupart évoluent sous l'allure d'une néphropathie banale.

De plus, il est bien évident qu'on ne peut tirer parti de l'action thérapeutique des arguments valables puisqu'elle est nulle sur la sclérose ou l'amylose.

Ainsi s'explique que les auteurs apprécient si différemment la fréquence de la syphilis rénale tardive.

En fait, comme le dit Ribierre, par les modifications humorales qu'elle entraîne durant de longues années et dont une au moins, l'hypercholestérinémie, apparaît à l'heure actuelle particulièrement nette, la syphilis peut arriver à déterminer cette sclérose artérielle et rénale qui réalise le mal de Bright et qu'il dénomme parasyphilitique, appellation un peu périmée et discutable d'ailleurs. Vue sous cet angle, la syphilis rénale tardive élargit considérablement son cadre.

Etude clinique.

Nous étudierons successivement :

Les néphrites chroniques syphilitiques ;

La dégénérescence amyloïde ;

Les gommes et syphilomes du rein.

Nous dirons enfin quelques mots sur les liens qui unissent l'hémoglobinurie paroxystique et le rein polykystique à la syphilis.

Ces différentes manifestations s'installent plusieurs années après le chancre : il en est pourtant de précoces, survenant dès le 18e mois de la maladie (Lloyd Thompson). Qu'elles soient primitives comme c'est la règle, ou secondaires à une néphrite subaiguë, elles évoluent en général sous une allure chronique.

Il est exceptionnel de voir survenir quelques années après le chancre une néphrite aiguë ou subaiguë ayant les caractères précédemment décrits aux néphrites précoces. Encore peut-on se demander s'il ne s'agit pas d'une poussée aiguë au cours d'une néphrite chronique restée latente.

Les néphrites chroniques.

Elles sont très fréquentes à cette période, nous en décrirons plusieurs types.

Néphrite chronique hydropigène et albuminurique. — Il s'agit souvent d'un ancien syphilitique, porteur de manifestations tertiaires cutanées ou osseuses. L'attention est attirée par un facies pâle, anémique, par un mauvais état général, souvent aussi par un œdème plus ou moins discret de la face ou des malléoles. Le malade accuse quelques troubles digestifs. Les urines sont peu ou pas diminuées, souvent même il y a de la polyurie, mais l'albuminurie est abondante, elle oscille de 2 à 10 grammes. Il n'y a pas d'hypertension artérielle, pas de signes de rétention uréique, mais le foie et la rate sont augmentés de volume. L'évolution se fait par poussées successives, parfois assez espacées. Dans certains cas reconnus et traités en temps opportun la néphrite peut être enrayée. Plus habituellement les œdèmes se développent, une diarrhée incoercible s'installe et la cachexie fait son apparition. Il s'agit en somme d'une *néphrite parenchymateuse qui évolue vers l'amylose*.

L'hépatite scléro-gommeuse s'associe souvent à la *néphrite scléro-gommeuse*. Aux signes rénaux s'ajoutent des troubles digestifs, du subictère, de l'ascite avec circulation collatérale. Le foie devient gros, dur, inégal et raviné au palper. La rate augmente parallèlement de volume. Ces FORMES HÉPATO-RÉNALES déjà décrites par Rayer, sont d'un pronostic particulièrement sévère, surtout en raison du peu d'action que le traitement exerce sur elles. Un *syndrome hémophilique*, décrit par Achard et Saint-Girons peut apparaître à la période terminale et amener un dénouement rapide.

Le MAL DE BRIGHT syphilitique demeure la forme de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante. Le début est d'ordinaire lent et insidieux, marqué seulement par les petits signes habituels du brightisme : céphalée, crampes musculaires, cryesthésie, sensation de doigt mort, petites épistaxis matinales, bourdonnements d'oreille, pollakiurie et polyurie avec albuminurie. Cette période initiale de ce que Dieulafoy a appelé le *syphilo-brightisme* doit sa seule caractéristique à ce qu'elle survient chez des sujets jeunes, n'ayant pas dépassé la quarantaine et à plus forte raison n'ayant aucun antécédent susceptible d'avoir lésé leur rein.

Tout brightique jeune doit être suspect de vérole. C'est là le meilleur pour ne pas dire le seul argument clinique. Parfois l'apparition d'une stomatite révèle une syphilis rénale latente (Mauriac), c'est un signe d'alarme bien fortuit. Une fois constituée, la néphrite ne se différencie pas du type chronique banal : On y trouve plus ou moins complets les différents syndromes : urinaire, hypertensif, azotémique, chlorurémique décrits à cette affection à la suite des travaux de Widal et de ses élèves.

Cependant quelques particularités peuvent encore être relevées et donner une orientation étiologique au diagnostic.

L'*albuminurie* est souvent plus considérable que dans les néphrites banales. Sans doute, elle n'atteint pas les chiffres énormes de la période secondaire. Mais une albuminurie élevée et surtout irréductible par le régime lacté doit toujours faire suspecter son origine syphilitique.

L'*hypertension* est en général très notable. Merklen et Heuyer, Gallavardin, ont insisté sur ce caractère comme aussi sur la constance du *syndrome azotémique*, toujours très accusé et au grand complet avec son cortège de signes respiratoires, nerveux et digestifs.

Le *syndrome chlorurémique* est par contre souvent absent ou relégué au second plan. Fréquemment d'ailleurs, quand on rencontre quelques œdèmes, ils sont durables et ne cèdent guère au régime déchloruré, ni même à la théobromine.

L'évolution est toujours redoutable : elle mène rapidement et presque fatalement à la mort, soit par hémorragie cérébrale ou méningée, soit au cours d'un accident paroxystique d'insuffisance ventriculaire gauche, soit enfin dans le coma urémique après une phase plus ou moins longue de grande urémie respiratoire, digestive ou nerveuse. Pourtant des cas d'amélioration clinique remarquables quoique temporaires, ont été publiés, prouvant combien l'azotémie peut dans certain cas céder au traitement spécifique. Dans un cas de Marcel Pinard, le novarsénobenzol ramena en moins de deux ans le taux de

l'urée sanguine de 2 gr. 83 à 0 gr. 60. La tension artérielle s'améliora de même, l'anémie diminua.

Selon la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut décrire au mal de Bright syphilitique différents aspects cliniques sur lesquels nous n'insisterons pas. A côté de la *forme mixte* que nous venons de tracer et à laquelle Ribierre préfère réserver le terme de mal de Bright, il faut insister sur la *forme hypertensive et azotémique*, la plus fréquente peut-être des néphrites chroniques spécifiques. Souvent on y trouve associées des manifestations cardiaques ou aortiques, tout comme il est fréquent de noter au cours des aortites syphilitiques une légère albuminurie qui vient affirmer la participation rénale du processus. Le pronostic de ces néphro-aortites est particulièrement sévère. L'évolution se fait, selon les cas, soit vers l'insuffisance ventriculaire gauche et l'asystolie cardio-rénale, soit vers l'urémie, ou bien elle se termine brusquement par une hémorragie cérébrale.

Les *nephrites hypertensives pures* sont considérées par Merklen et Heuyer, Castaigne et Lian comme presque toujours syphilitiques. La question est de savoir s'il ne s'agit pas plutôt d'une hypertension artérielle syphilitique indépendamment de toute néphrite, comme Ribierre tend à l'admettre.

Par contre les *formes œdémateuses* sont exceptionnelles, tout au moins à l'état de pureté.

Les FORMES ALBUMINEUSES SIMPLES décrites par Castaigne résument toute leur symptomatologie en une albuminurie durable et prolongée, mais dont le taux élevé est assez spécial à la syphilis. Laurent vient d'en reprendre l'étude sous le nom d'albuminuries prolongées et curables de la syphilis. Elles sont loin d'être exceptionnelles puisque ce dernier auteur en trouve 15 cas sur 500 spécifiques. Parfois précoces, elles peuvent être très tardives. La quantité de l'albumine est souvent considérable : elle atteint 12, 15 grammes par litre et ne semble pas influencée par le régime. Il peut n'exister aucun signe de néphrite associé, sauf dans un cas où furent notés un peu d'œdème et de rétention uréique.

Ces albuminuries peuvent être découvertes fortuitement, elles peuvent apparaître à la suite d'accidents divers. Nous en avons rencontré un cas apparu après une pneumonie, l'infection semblant avoir réveillé le tréponème au niveau du rein. On s'est demandé s'il s'agissait bien d'une néphrite au sens clinique du mot. Ce qui demeure certain, c'est le rôle étiologique de la syphilis, puisque le régime chez de nombreux patients fut absolument sans effet et qu'une thérapeutique spécifique prolongée amena une disparition plus ou moins complète de l'albumine.

L'amylose rénale.

La dégénérescence amyloïde n'est pas une lésion spécifique, mais elle constitue souvent une conséquence éloignée de l'infection syphilitique. Wagner en compte 35 cas sur 63 de syphilis rénale. Lécorché et Talamon lui reconnaissent une étiologie syphilitique 1 fois sur 6, Rosenstein 34 fois sur 120. Elle est exceptionnelle à la période secondaire, Mosny et Routier l'ont pourtant caractérisée dans 3 cas de néphrites aiguës précoces ou subaiguës ; elle se voit d'ordinaire à la période tertiaire, associée le plus souvent à des lésions de néphrite. Il est rare de la voir compliquer les suppurations multiples des vieilles véroles, qu'on n'observe plus guère de nos jours.

Cliniquement, c'est le tableau bien connu de l'amylose rénale avec sa polyurie d'urines jaune-d'or, sa grosse albuminurie, ses énormes œdèmes, sa cachexie. Le fonctionnement rénal, tout au moins dans les cas purs, est exagéré comme en témoignent la diminution du taux de l'urée et des chlorures sanguins, l'abaissement de la constante, l'élimination accélérée des substances colorantes. Le pronostic est toujours fatal, le traitement spécifique est absolument inefficace.

Récemment, Akil Mouktar a voulu individualiser une forme plus particulière qu'il nomme *hydrurique albumineuse*. Elle se caractérise par une albuminurie importante, de la polyurie, une diminution de la densité urinaire. Le seul point qui la distinguerait de la banale et classique amylose serait le pronostic. Cette forme d'évolution sérieuse serait améliorée par le traitement lorsque celui-ci est précocement appliqué.

D'ailleurs l'amylose n'est généralement pas uniquement rénale, d'autres viscères sont touchés par elle simultanément : l'intestin (diarrhée), la rate (splénomégalie) et surtout le foie (formes hépato-rénales et hépato-spléno-rénales).

Les gommes rénales.

Les autopsies montrent souvent la présence de gommes à l'examen anatomique de reins atteints de néphrite syphilitique. Il est rare que le viscère soit indemne de toute autre atteinte, et il est rare aussi que la gomme isolée ait une traduction clnique.

Les GOMMES PURES du rein sont latentes à leur phase de crudité, en dehors parfois d'une légère albuminurie. A la période de ramollissement, elles peuvent s'ouvrir dans le bassinet. L'élimination de leur contenu se produit sans douleur, sans fièvre, et se manifeste par le seul examen des urines qui deviennent troubles, contiennent des détritus floconneux et parfois un peu de sang. C'est en somme une pyurie stérile, où le microscope ne révèle que des cellules nécrosées et des gouttelettes graisseuses. Le diagnostic n'en est pour ainsi dire jamais fait.

Dans des cas tout à fait exceptionnels, l'infiltration gommeuse peut entraîner une augmentation de volume du rein et réaliser une véritable *forme pseudo-chirurgicale* (Gouget). Ce SYPHILOME DU REIN est habituellement pris pour une tumeur de l'organe. Dans deux cas rapportés par Israel, l'intervention fut pratiquée et on trouva dans l'une une péri-néphrite œdémateuse et un rein ficelé ; dans l'autre un rein gommeux avec péri-néphrite scléreuse. Margoulies a observé un cas de syphilome rénal fébrile qui fit croire à un abcès ou à un sarcome. Kirsch, chez une femme enceinte, pensa à un rein tuberculeux ou néoplasique ; la naissance d'un enfant manifestement hérédo-syphilitique fit réformer le diagnostic et instituer le traitement spécifique qui amena la guérison.

En réalité, le diagnostic n'est presque jamais fait et les gommes rénales restent une trouvaille d'autopsie.

III. Les manifestations rénales de l'hérédo-syphilis.

Un polymorphisme remarquable préside à la description des formes cliniques de la syphilis rénale héréditaire. L'aspect symptomatique est des plus varié.

Les manifestations de la *phase embryonnaire* n'ont pas d'histoire clinique ; seules, les recherches anatomiques trouvent une ample moisson de documents.

Au cours de la *première enfance*, l'individualité spécifique n'apparaît encore que rarement, les accidents possibles sont associés à d'autres manifestations viscérales.

C'est pendant la *seconde enfance* que le rein est surtout touché, les lésions sont aussi fréquentes que dissemblables, elles créent des néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques, desquelles se rapprochent les aplasies rénales comme aussi les troubles du développement général qu'elles peuvent entraîner, particulièrement quand elles sont précoces.

Syphilis rénale héréditaire précoce.

La syphilis peut frapper le rein du nourrisson et du nouveau-né.

Chez LE NOUVEAU-NÉ, qui, très touché par la syphilis maternelle, meurt quelques heures ou quelques jours après l'accouchement au cours d'une véritable septicémie tréponémique, les lésions rénales sont fréquentes au même titre que celles du foie de la rate et des surrénales. Elles n'ont aucune histoire clinique, et consti-

tuent des trouvailles d'autopsie. Leur intérêt est surtout d'ordre anatomique puisqu'on les saisit là à leur stade initial.

Chez LES NOURRISSONS, la néphrite syphilitique est rare, tout au moins en tant que manifestation isolée. Presque toujours elle existe avec d'autres localisations osseuses, hépatiques, spléniques ou nerveuses. Cliniquement, elle peut se traduire par une anasarque, de la somnolence ou des convulsions, de la diarrhée, de l'anurie. On a même signalé des perforations intestinales d'origine urémique. Parfois, en l'absence de tout œdème, des nourrissons syphilitiques ont présenté de l'albuminurie et de la cylindrurie. Buchke et Fisher ont même décelé le tréponème dans les urines.

Syphilis rénale héréditaire tardive. — Un certain nombre de néphrites de la seconde enfance, rangées autrefois dans le cadre des néphrites de cause inconnue, sont actuellement rattachées à l'hérédo-syphilis. Leur étiologie est loin d'être toujours évidente : elles prennent l'allure d'une néphrite banale et souvent leur apparition est conditionnée par une infection intercurrente (rhino-pharyngée) qui semble suffisante pour expliquer les symptômes rénaux observés. Pourtant leur intensité, leur gravité, leur durée, sont hors de proportion avec la cause infectieuse invoquée. C'est qu'en effet l'infection n'intervient qu'à titre occasionnel, se greffant sur un rein déjà sensibilisé par le tréponème, sur un rein en état de méiopragie.

Cliniquement, ces néphrites peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques.

Les *formes aiguës* ont une symptomatologie qui ne diffère guère de celle d'une néphrite banale.

Elles peuvent débuter brusquement en pleine santé apparente ou progressivement, l'œdème apparaissant avec de l'albuminurie, chez des enfants pâles, tristes, fatigués, chétifs, porteurs de stigmates d'infantilisme ou de rachitisme.

Une fois constituées, ce sont des néphrites avant tout œdémateuses, sans syndrome cardio vasculaire ni rétention uréique. Parfois on note quelques hématuries. Dans un tiers des cas, l'évolution est favorable et l'anasarque regresse vite sous l'influence du seul régime. Il est pourtant des formes sérieuses où l'oligurie est accentuée, où l'on note une élévation de la tension artérielle avec ébauche de bruit de galop et augmentation de volume du foie ; beaucoup plus rarement, on observe des accidents urémiques avec une rétention uréique importante.

Les *formes subaiguës* ou bien succèdent aux formes aiguës, ou bien s'installent d'emblée. Le symptôme dominant en est toujours l'œdème, mais il est plus difficilement réductible, les urines sont diminuées et fortement albumineuses, mais la diurèse ne revient que lentement à son taux normal, la guérison reste incomplète et précaire, et si, à la longue, l'albuminurie finit par disparaître, la perméabilité rénale n'est pas redevenue normale. La moindre fatigue, la moindre infection ou intoxication suffit à faire réapparaitre les accidents, l'évolution se poursuit par alternatives d'amélioration, et d'aggravation jusqu'à ce qu'un jour une angine, une pneumonie entraînent la mort.

Forme chronique interstitielle. — Les néphrites chroniques interstitielles sont plus caractéristiques de l'hérédo-syphilis ; car les scléroses rénales d'autre origine sont peu communes à cet âge. Leur début est très difficile à préciser, car elles restent longtemps latentes avant de se manifester cliniquement : elles ne diffèrent en rien des néphrites du même type qu'on observe chez l'adulte.

C'est dire qu'on y trouvera plus ou moins au complet les syndromes urinaire cardio-vasculaire et azotémique : le syndrome chlorurémique n'y est pas constant. L'évolution est souvent entrecoupée de poussées aiguës, au cours desquelles s'exagèrent le chiffre de l'urée sanguine et la chlorurémie. Les accidents urémiques, qui font défaut pendant la plus grande partie de l'évolution, débutent souvent brusquement : ils mènent à la mort en quelques semaines.

Les aplasies rénales.

Forme rénale. — Les aplasies rénales ne sont pas imputables exclusivement à l'hérédo-syphilis : cette cause est néanmoins assez fréquente pour qu'on la recherche systématiquement. Elles se présentent cliniquement sous des formes multiples.

Les plus communes ont tous les caractères des néphrites interstitielles. Pendant de longues années elles peuvent rester latentes ; il s'agit d'enfants souffreteux, débiles, peu résistants, chez qui on découvre accidentellement une albuminurie permanente sans œdème, ni signes d'insuffisance rénale. Progressivement, car il s'agit *d'une lésion évolutive*, mais très lentement, et seulement parfois aux approches de l'adolescence, les symptômes rénaux se complètent pour aboutir, plusieurs années après, à l'urémie et à la mort. Les œdèmes y sont rares et n'apparaissent qu'à l'occasion d'une poussée aiguë en rapport avec une infection ou une intoxication accidentelle.

« Ces symptômes d'urémie et les lésions d'artério sclérose que l'on s'étonne de rencontrer chez des enfants sont particulièrement nettes dans les formes scléreuses des aplasies rénales qui se rapprochent ainsi par leurs caractères cliniques comme par leurs lésions des néphrites atrophiques des vieillards » (Hutinel).

Forme dystrophique. — L'aplasie rénale ne se traduit pas que par des symptômes rénaux, elle peut aussi réaliser DES ÉTATS DYSTROPHIQUES rappelant ceux qu'entraînent les altérations endocriniennes. Le premier cas semble devoir en être rapporté à L. Parsons. Simultanément, Hutinel et Harvier publiaient l'observation d'une fillette de 16 ans infantile et obèse morte d'urémie, dont les reins sclérosés et atrophiés pesaient respectivement 5 et 6 grammes. Dans les cas les plus nets, il s'agit d'infantilisme (assez proche du type Lorain) avec troubles de la croissance et altérations osseuses telles que genu valgum, scoliose, D'autres fois se trouve réalisée une obésité ressemblant à celle d'une insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire, associée ou non à une anémie profonde. On ne peut cependant attribuer exclusivement à l'aplasie rénale toutes ces manifestations qui ressemblent de si près aux dystrophies glandulaires. S'il est vrai que l'atrophie du rein retentit sur la nutrition, on doit remarquer que la syphilis peut provoquer simultanément des lésions dans la plupart des viscères et particulièrement dans les glandes endocrines.

Il faut d'autre part rapprocher de ces types d'aplasie rénale le *nanisme rénal*, décrit jadis par Gilbert et Rathery dont l'étude mériterait d'être reprise.

L'hérédo-syphilis peut retarder ses effets jusqu'à l'âge adulte. Ed. Fournier en cite 19 cas, pour la plupart observés de 20 à 30 ans. Les MANIFESTATIONS TARDIVES sont analogues à celles de la syphilis tertiaire acquise et ce n'est que les notions étiologiques et la coexistence des stigmates de l'hérédo-syphilis qui permettent de faire une descrimination d'origine. Nous avons vu nous-mêmes tout récemment une néphrite à type albuminurique simple chez une jeune femme de 27 ans qui avait mené à terme dans les meilleures conditions plusieurs grossesses. L'albuminurie élevée (de 1 à 3 grammes par litre), la notion des antécédents spécifiques, la coexistence de quelques stigmates discrets mais certains, la réponse plusieurs fois positive de la réaction de Wassermann enlèvent tout doute sur l'origine, aucune cause plausible ne pouvant d'ailleurs être opposée. Divers traitements prescrits sont restés absolument inopérants : les lésions se sont montrées indélébiles dès leur apparition.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau traité de pathologie interne publié sous la direction de MM. E. ENRIQUEZ, A. LAFFITTE, CH. LAUBRY, CLOVIS VINCENT. Tome II (deuxième partie). Directeur : A. LAFFITTE. Maladies des reins. — Péritoine. — Glandes à sécrétions internes. — Ecto-sympathoses. — Rhumatismes chroniques — avec la collaboration de MM. P.-A. CARRIÉ, CLAUDE GAUTIER et ETIENNE MAY. 1 vol., gr. in-8° de 872 pages, avec 139 fig. dans le texte et 11 planches en couleurs hors texte. Relié : 150 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

La 2e partie du 2e tome du *Nouveau traité de pathologie interne* vient de paraître.

La première moitié du volume traite de la pathologie rénale et s'ouvre par trois chapitres consacrés à l'anatomie, l'histo-physiologie et les procédés d'exploration du rein ; les travaux qui, au cours de ces dernières années ont tant élargi nos connaissances sur ces divers points, y sont exposés avec toute la précision et toute la clarté désirables. Les différentes maladies du rein sont ensuite successivement envisagées. On remarquera surtout l'étude très captivante de la difficile question des néphrites qui est présentée d'une façon conforme aux enseignements modernes de la physiologie pathologique et de la clinique. La tuberculose et la syphilis du rein, la lithiase rénale, les suppurations du rein et du bassinet font également l'objet de chapitres très complets. Aux maladies du rein font suite les maladies du péritoine ; on y appréciera surtout les pages très neuves où est envisagée toute la question des périviscérites chroniques.

La seconde moitié du volume débute par la pathologie des glandes endocrines. Le clinicien y trouvera tous les renseignements utiles sur l'histo-physiologie et les procédés d'exploration de ces glandes. Les différentes affections endocriniennes sont ensuite exposées avec le double souci de se maintenir sur le ferme terrain de la clinique et de ne pas fermer la porte aux hypothèses fécondes qu'un tel sujet soulève. Le chapitre consacré aux ecto-sympathoses groupe, sous ce nom nouveau, toute une série d'affections qui paraissent dépendre d'un trouble dans le fonctionnement du sympathique périphérique : maladie de Raynaud, érythromélalgie, acro-syndromes divers, œdèmes angio-neurotiques, urticaire, sclérodermie. Les rapports qui unissent ces affections entre elles et justifient la création d'un groupe nosographique nouveau y sont bien mis en lumière. Les dernières pages du volume exposent la question des rhumatismes chroniques en insistant sur ses points de contact avec la pathologie endocrinienne et sympathique.

Les aspects chimiques de l'immunité, par H. G. WELLS, professeur de pathologie à l'Université de Chicago. Traduction de L. Boëz. 1 vol. in-8° de 384 pages : 35 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Cet ouvrage fait partie des monographies publiées par la Société des chimistes américains. Le succès considérable qu'il a obtenu dans les pays de langue anglaise lui a valu d'être immédiatement traduit en allemand. Il ne fait pas double usage avec nos traités classiques ; il représente un aspect différent de l'immunologie, envisagée plus spécialement au point de vue chimique, auquel conduit, comme dit B. DUCLAUX, toute étude approfondie des problèmes biologiques.

Ce traité comporte un exposé méthodique de nos connaissances sur l'immunité ; au surplus, il permettra au lecteur français de se documenter rapidement sur les progrès récents de l'immunologie dans les pays de langues anglaise et allemande, et le dispensera de consulter les innombrables périodiques étrangers dont les prix sont devenus prohibitifs.

L'Annuaire médical et pharmaceutique de l'Algérie-Tunisie-Maroc des possessions françaises en Afrique et de la Syrie. Edition 1928 (huitième année). Edité par la « Revue générale de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord » à **Alger**. 1 volume relié, 330 pages, franco contre mandat de 22 fr. 50, adressé à l'administration de la « Revue générale de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord », 8 *bis*, rue Lacépède à **Alger**. (C/C. Postaux 80.70).

Cet annuaire, mis *très exactement à jour*, contient la liste de tous les médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes de l'Algérie, Tunisie, Maroc, Afrique Occidentale et Equatoriale françaises, Madagascar, Réunion et dépendances, Somalis, Syrie.

Il contient également la liste des médecins spécialistes, des facultés, hôpitaux, dispensaires, ainsi qu'une rubrique très complète des stations thermales, hydro-minérales et climatiques de la France et de l'Afrique.

Les sculpteurs de Reims, par L. LEFRANÇOIS PILLION. Un volume in-4° pot, orné de 60 planches hors-texte en héliogravure. Broché : 16 fr. 50. Relié : 20 fr. de la collection : Maîtres de l'Art ancien. Les Editions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris-VIe.

Le domaine tout entier de la plastique se réalise dans la statuaire de Reims, depuis l'expression de la pensée religieuse la plus définie jusqu'à ces recherches de la beauté pure après lesquelles il semble qu'il n'y ait plus rien à imaginer dans le monde des formes. Dans cette réunion complexe et magnifique d'iconographie anonyme, L. LEFRANÇOIS-PILLION a su distinguer quelques familles de figures et par là même quelques personnalités de maîtres. Elle a su faire revivre l'atmosphère intérieure d'un chantier de cathédrale, de celui où l'on distingue plus particulièrement l'action du chef réduisant à une certaine norme commune les tendances des divers artistes, comme de celui où une indépendance relative permet cette expérience éclatante d'un génie collectif, dont ni Amiens, ni Chartres ne peuvent donner l'équivalent. Il y a là l'esquisse unique de nouvelles formules iconographiques, que le tarissement, à peine postérieur à l'achèvement de la cathédrale, de la grande poussée de sève nourricière des chefs-d'œuvre du XIIIe siècle, a privées d'un épanouissement plus général. Aussi l'étude que Reims nous en permet n'est que d'un plus rare intérêt. Nous apprenons à aimer ces étranges combinaisons de ce que l'Art du Moyen-Age a de plus spécifiquement sien, avec la draperie ample et frissonnante de Phidias, avec la souveraine aisance de l'attitude et du geste. Combinaison qui s'achève en un accent qui n'appartient plus ni à l'antique, ni au XIIIe siècle, mais à l'art le plus purement idéal. Et la photographie nous révèle jusqu'à cette sculpture décorative des parties les plus élevées de la cathédrale, trésors d'art qui semblaient offerts aux seuls oiseaux et aux regards de Dieu.

Autres aspects cliniques de la syphilis rénale.

L'hémoglobinurie paroxystique.

La syphilis apparaît aujourd'hui comme la cause la plus probable de l'hémoglobinurie paroxystique dite *a frigore*. La coexistence des stigmates, la présence habituelle d'une réaction de Wassermann positive, l'action constante et rapide du traitement permettent d'envisager l'origine tréponémique comme très vraisemblable.

La syphilis acquise et surtout héréditaire est incriminable.

Gœltze, Comby, Soltmann, Courtois-Suffit en ont rapporté des cas chez des enfants hérédo syphilitiques. L'existence du phénomène de Donath et Landsteiner dans le sérum de certains paralytiques généraux (hémoglobinurie latente) confirme encore cette manière de voir. Mais tous les auteurs ne sont pas d'accord pour en faire une manifestation rénale.

La plupart penchent pour une théorie sanguine et voient une véritable maladie du sérum ou l'élément provocateur est humoral et non rénal. D'ailleurs l'anatomie confirmerait cette opinion puisque dans l'unique observation autopsique publiée par Dieulafoy et Widal le rein apparaissait absolument indemne.

La théorie rénale soutenue par Hayem, Lépine, Robin, a été reprise par Achard et Feuillie. Sans nier l'existence d'une lésion sanguine, ces auteurs pensent, d'après l'examen du sang dont le plasma est souvent exempt d'hémoglobine, d'après l'examen des urines qui révèle la présence d'hématies très altérées, enfin, d'après leurs expériences personnelles, que le rein joue un rôle dans ces accidents et que la destruction globulaire qui met en liberté l'hémoglobine trouvée dans l'urine se passe en grande partie dans le parenchyme rénal.

Nous ne ferons pas ici la discussion critique de ces cas. Disons cependant que même si la responsabilité du rein est à la clef de l'hémoglobinurie paroxystique, c'est la destruction des hématies qui constitue l'élément capital du syndrome et par cela même en fait une affection humorale plus que rénale.

Rein polykystique et syphilis.

Les rapports de la syphilis et du rein polykystique, entrevus par Letulle et Bar, ont été discutés à nouveau récemment par les auteurs lyonnais au sujet de deux observations de rein polykystique chez des syphilitiques.

Dans un cas Bonnamour, Doubrow et Bouysset, entre les kystes multiples remplis de substance hyaline, furent décelées une réaction conjonctive fine et d'énormes lésions vasculaires. Dans cette inflammation péri-canaliculaire dissociante et non sclérosante qui caractérise selon eux le rein polykystique, la syphilis semble, en bonne logique, pouvoir jouer un rôle important. La statistique de Lejars portant sur 4 cas de rein polykystique accompagné d'hémorragie cérébrale chez des sujets jeunes, semble en faveur de cette opinion. Pourtant Bard n'admet pas cette interprétation. Le rein polykystique a pour caractéristique sa bilatéralité, son absence de réaction conjonctive et pour lui il s'agirait de reins à kystes multiples d'origine syphilitique mais non de rein polykystique. Le rapport de causalité entre rein polykystique et syphilis ne peut être affirmé sur une simple coexistence et si la vérole intervient ce n'est que comme agent dystrophique héréditaire.

Ectopie rénale congénitale.

Elle serait fonction pour Comby de la syphilis dans bien des cas.

Anatomie pathologique.

L'étude anatomique des reins syphilitiques révèle un polymorphisme lésionnel considérable, qui peut se superposer assez étroitement aux différents syndromes cliniques décrits.

A LA PÉRIODE SECONDAIRE. — Il s'agit essentiellement d'une *néphrite épithéliale* massive ou parcellaire.

La description qu'en a donnée Bathery est maintenant classique.

Macroscopiquement, les deux reins sont hypertrophiés pesant 200 à 300 grammes, d'une couleur blanchâtre, parfois gris rosé ou légèrement tachetés par accentuation des étoiles de Verheyen. La décortication est facile, la surface n'est pas granuleuse.

A la coupe, le parenchyme a un aspect homogène gris pâle, la corticale est très épaissie, elle se différencie mal de la médullaire. C'est le classique gros rein blanc et mou des néphites aiguës,

Microscopiquement, les aspects varient selon les cas.

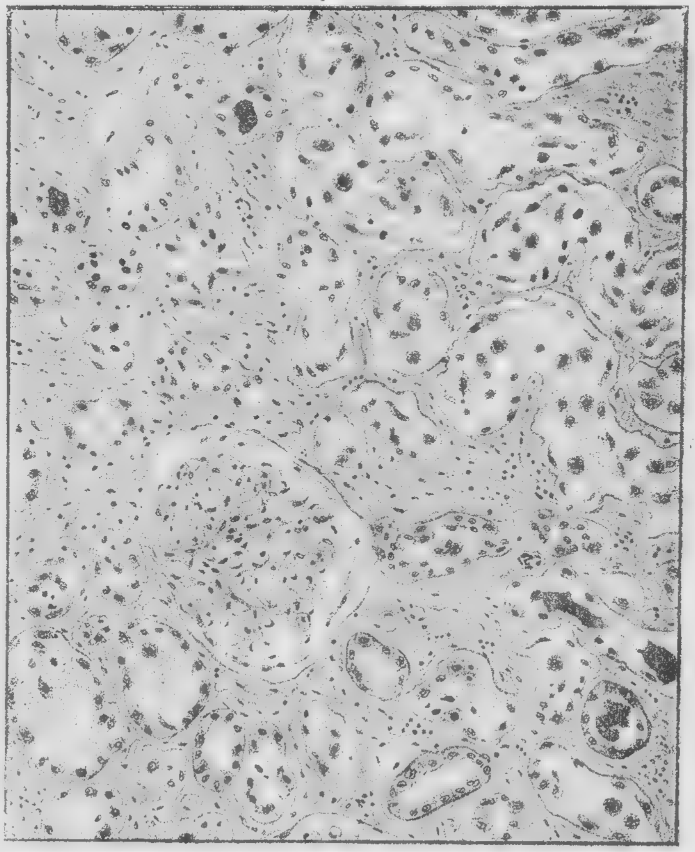


FIG. 1. — Néphrite syphilitique de la période secondaire. (A. Sézary). Lésions très marquées des tubes contournés (abrasion et nécrose cellulaires ; cylindres.) Légère glomérulite (prolifération et desquamation des cellules de la capsule de Bowmann). Prolifération notable du tissu conjonctival interstitiel.

a) NÉPHRITE ÉPITHÉLIALE MASSIVE. — Elle correspond à la forme suraiguë. Les lésions sont profondes et frappent le parenchyme dans la totalité de ses éléments constituants, mais avec prédominance sur l'élément épithélial. Les tubes contournés sont tous atteints, ainsi que beaucoup de tubes droits : ils sont élargis et remplis d'un coagulum protéique qui paraît dû à l'accumulation de l'urine dont l'albumine s'est coagulée. Dans aucun on ne trouve de bordure en brosse complète ; les cellules, par endroit réduites à une bande granuleuse plus ou moins déchiquetée, sont ailleurs irrégulières, leur protoplasma est trouble, leur noyau peu distinct et mal colorable. Les glomérules sont comprimés par l'exsudat protéique qui remplit la capsule de Bowmann.

Au niveau des artères, on trouve des lésions légères d'endo et de peri artérite. On constate un œdème intertubulaire intense, infiltré de nombreuses cellules rondes sans formation d'îlots infectieux.

C'est en résumé un type pur de néphrite épithéliale

massive, dont aucun caractère ne trahit l'origine spécifique.

b) La néphrite épithéliale parcellaire réalise un type atténué de la forme précédente. La lésion, encore purement épithéliale, se localise exclusivement aux tubes contournés : ceux-ci, sont inégalement atteints. Le protoplasma de leurs cellules est vacuolaire, en dégénérescence graisseuse. Quelques tubes droits sont altérés.

Les glomérules sont intacts, le tissu interstitiel et les artères sont normaux. Pourtant on peut trouver quelques lésions de glomérulite, de petits foyers hémorragiques, une infiltration discrète de cellules rondes, comme dans le cas de Darier et Hudelo, qui réalise un type de transition avec la forme suivante.

c) Il ne s'agit plus de néphrite épithéliale, mais *de néphrite vasculo-glomérulaire*. Les anses des vaisseaux glomérulaires sont notablement épaissies, et il existe une prolifération des cellules de leur revêtement externe. Les cellules de la capsule de Bowmann sont disposées sans ordre, nombreuses et pressées, beaucoup renferment des granulations graisseuses. A l'entour, on trouve une abondante réaction conjonctive, ainsi qu'au voisinage des artérioles de la corticale qui sont atteintes de lésion d'endartérite. Les tubes contournés sont peu dilatés; les cellules conservent leurs dimensions ; presque toutes, cependant, contiennent dans leur partie basale une notable quantité de graisse. Fordyce a signalé la dégénérescence hyaline. Par ailleurs dans le tissu interstitiel de la pyramide et dans la corticale, on observe des anses de cellules embryonnaires que Doederlin assimile à des gommes jeunes en voie de développement, interprétation contestée par Mosny et Moutier.

En somme, dans ces néphrites subaiguës, les lésions tout comme les symptômes cliniques montrent une tendance à évoluer vers une forme chronique interstitielle expliquant ainsi qu'on trouve toute une série de types anatomo-cliniques marquant une transition insensible entre les néphrites précoces secondaires et les néphrites tardives tertiaires.

A la période tertiaire. — Les lésions rénales tardives de la syphilis sont beaucoup plus polymorphes. Les unes sont spécifiques, telles que les gommes, les autres sont banales, telles la sclérose, la dégénérescence amyloïde. Assez souvent elles s'associent dans des proportions diverses. Cette complexité anatomique explique à la fois la diversité clinique des néphropathies tertiaires, et la difficulté qu'on éprouve à affirmer leur origine syphilitique.

a) Lésions spécifiques. — Les gommes rénales sont presque toujours des trouvailles d'autopsie, on les observe ou bien sur un rein néphritique ou bien à l'état pur. Leur volume est variable, mais ne dépasse pas en général celui d'un petit pois. On a compté jusqu'à 80 dans un cas de Key : elles réalisent alors l'infiltration gommeuse qui déforme le rein et lui donne un aspect bosselé. Le plus souvent, elles n'affectent qu'un rein et siègent aussi bien dans la corticale que dans le médullaire. La gomme est constituée par un tissu d'apparence granuleuse, bien limité, dont la partie périphérique est fibreuse. dont le centre est tantôt dur, tantôt ramolli et caséeux. Histologiquement. la zone périphérique est formée de cellules embryonnaires, la zone centrale est fibro-caséeuse, on y peut parfois reconnaître des glomérules atrophiés et fibreux. L'évolution anatomique est variable et se fait vers la nécrose et le ramollissement central. soit vers l'organisation fibreuse entraînant des cicatrices rayonnées étouffant le tissu rénal.

c) Lésions non spécifiques. — Ce sont les plus fréquemment observées.

Parfois il s'agit de lésions parenchymateuses, de néphrite subaiguë à gros rein blanc : bien plus souvent de lésions de néphrite chronique interstitielle à tendance atrophique.

1) Néphrite chronique interstitielle. Macroscopiquement, les reins sont petits et rouges, de consistance augmentée, pesant à peine 70 et même 40 grammes, la capsule est épaissie, adhérente, soulevée par place de petits kystes. Leur surface est granuleuse, rugueuse ; parfois des travées cicatricielles, en isolant des lobules, lui donnent un aspect ficelé plus caractéristique. A la coupe, la corticale apparaît amincie, la base des pyramides affleure presque la capsule.

Histologiquement. la disposition de la substance corticale est profondément modifiée. Des zones où apparaissent des tubes dilatés alternent avec des zones fibreuses. Les lésions glomérulaires sont très accentuées : tantôt c'est une prolifération des cellules du glomérule avec néoformation de fibres conjonctives, tantôt un aplatissement et une transformation fibroïde du bouquet glomérulaire, tantôt enfin c'est la transformation fibreuse totale, réduisant le glomérule à un amas presque homogène ressemblant à un pain à cacheter. Certains de ces glomérules deviennent kystiques, ou subissent la transformation hyaline. Les tubes sont ou bien très dilatés. encombrés de cylindres cireux. ou bien aplatis, atrophiés, informes. Leurs cellules sont abrasées, ont perdu leur



Fig. 2. — Lésions endartéritiques d'origine syphilitique. (Merklen et Heuyer).

bordure en brosse. s'infiltrent de produits colloïdes. Le tissu conjonctif est partout épaissi ; par places il est infiltré de cellules rondes. Les artères présentent à des degrés divers des lésions d'endartérite. C'est en résumé l'aspect du rein brightique.

On a pourtant donné quelques signes propres à la syphilis tels que la prédominance unilatérale de la sclérose (Weigert, Key. Wagner), la limitation de la sclérose à certaines parties du rein (Homolle) mais surtout la fréquence de l'intensité des lésions artérielles sous forme d'endartérite hyperplasique (Heubner, Darier, Merklen et Heuyer),

Dégénérescence amyloide. — L'amylose qu'il est si fréquent de trouver dans les reins syphilitiques n'est, pas plus que les lésions précédentes, une altération spécifique.

Quand elle est pure ou presque pure, elle est habituellement diffuse. touchant non seulement le rein. mais aussi le foie, la rate. constituant alors la maladie amyloïde.

Macroscopiquement, le rein est gros, lisse, blanc, de consistance ferme. La corticale est épaissie, d'une couleur jaune cireuse, les pyramides sont un peu rouges.

Histologiquement, elle se reconnaît par la métachromasie qu'elle fait subir aux couleurs d'aniline. Il semble qu'elle débute par les artères interlobulaires pour gagner ensuite les glomérules, les vaisseaux intertubulaires et même l'épithélium des tubes urinifères.

Lésions mixtes. — En fait, les divers types lésionnels qui viennent d'être décrits sont rarement purs.

L'association scléro-gommeuse n'est pas très rare si l'on en croit Llyod Thomson : c'est elle qui réalise le rein irrégulier, presque lobulé, en un mot le rein ficelé qu'on a voulu donner comme spécial à la syphilis. Plus fréquente est l'association de l'amylose à des lésions parenchymateuses ou scléro-gommeuses.

Il est à peine besoin de signaler que très souvent le foie et la rate sont le siège d'altérations analogues : c'est la trilogie morbide de Mauriac.



Fig. 3. — Rein hérédo-syphilitique avec tréponèmes (Ch. Fouquet.)

L'hérédo-syphilis. — Les lésions rénales au cours de la syphilis héréditaire sont, elles aussi, très diverses. On y observe ce qu'on ne voit pour ainsi dire jamais chez l'adulte : c'est, *chez le nouveau-né*, la réaction initiale du rein vis-à-vis du tréponème, particulièrement pure puisque dégagée de toute influence toxique ou infectieuse surajoutée. Elle porte presqu'exclusivement sur la trame vasculo-conjonctive de l'organe, et laisse à peu près intacts les épithéliums. Les manifestations ultérieures, *chez le nourrisson ou l'enfant*, ne représentent en quelque sorte que des stases évolutifs de cette lésion initiale, d'abord vers l'organisation conjonctive puis vers la sclérose, mais cette fois avec des altérations épithéliales.

Chez le nouveau-né la septicémie syphilitique touche particulièrement le foie et le rein. Déjà signalées par de Sinéty, les lésions rénales de l'hérédo-syphilis précoce ont été bien étudiées par Hutinel puis par Cassel, Wiesner et par Bruhns. Macroscopiquement, les reins paraissent normaux, se décortiquent facilement, il est rare qu'à la coupe on y trouve des gommes. Histologiquement, on note au voisinage des artères interlobulaires ou périglomérulaires une infiltration de cellules rondes à la fois interstitielle et embryonnaire sous forme de traînées, assez minces ou de manchons épais s'organisant parfois en gommes miliaires. Il existe des lésions d'endo et de périartérite, mais les tubes et les glomérules sont peu atteints.

Les trépomènes sont faciles à mettre en évidence : on les décèle dans le tissu conjonctif péri-vasculaire, périglomérulaire et péritubulaire, et même dans l'épithélium des tubes.

Chez les nourrissons, les lésions n'ont plus le même caractère de simplicité que chez le nouveau-né. La note dominante reste dans tous les cas une vascularite et une périvascularite : mais la prolifération conjonctive jeune est devenue considérable, au point de refouler et comprimer par places les glomérules et les tubes. Ceux-ci sont de plus altérés : la capsule et le bouquet glomérulaire sont épaissis ou atrophiés ; l'épithélium des tubes est aplati. Plus fréquemment que chez le nouveau-né on peut trouver des gommes.

Au cours de la première et de la seconde enfance, à la phase de sclérose, l'hérédo-syphilis, dans ses manifestations les plus typiques, réalise une néphrite scléreuse ressemblant point pour point à celle de la syphilis acquise. Ce ne sont pourtant pas les cas les plus fréquents : on rencontre souvent des néphrites mixtes où l'atteinte épithéliale l'emporte sur les lésions interstitielles, et dans un même rein, il n'est pas rare de trouver en des points divers des réactions conjonctives d'âge différent, correspondant à des réveils de l'infection spécifique, ou à une surinfection banale. Les aplasies déjà décrites par Lancereaux, puis par Babès sous le nom de néphrite hypogénétique, traduisent un arrêt de développement et non pas une régression atrophique, elles simulent une sclérose rénale plus ou moins complète, intéressant les deux reins à des degrés divers mais curieusement systématisée autour des vaisseaux dont les altérations sont prédominantes. Le fait le plus frappant est l'extrême petitesse des reins, qui dans le cas d'Hutinel et Harvier pesaient ensemble 11 grammes chez une fillette de 16 ans.

Bactériologie.

Il est à peine besoin de rappeler l'opinion de Karnoven, de Renon, qui, dans la pathogénie des néphrites syphilitiques, invoquaient le rôle du froid et l'action des toxalbumines sécrétées par le tréponème. Il est hors de doute, tout au moins en ce qui concerne les néphrites précoces (acquises ou héréditaires), autrement dit les néphrites survenant à la phase septicémique de la vérole, que le trépomène en est l'agent causal direct. Il est apporté au rein uniquement par voie sanguine. Nous avons vu qu'on pouvait le déceler *dans les urines* et signaler à ce sujet les causes d'erreur dues aux spirochètes saprophytes de l'urètre.

On le trouve aussi *dans les coupes* traitées par la méthode de Levaditi Manouélian. Le fait est banal dans les néphrites des nouveau-nés hérédo-syphilitiques : ils s'y montrent extrêmement nombreux. Chez l'adulte, par contre, au cours des néphrites précoces leur présence a été contestée : Le Play et Sézary avaient décrit en 1911 dans les reins d'un malade mort de néphrite spécifique secondaire de nombreuses formations spiralées, qu'ils identifiaient, bien qu'irrégulières et parfois rectilignes, à des trépomènes. En 1912 ces mêmes auteurs avec Pasteur-Vallery Radot émettaient à ce sujet quelques réserves, car l'imprégnation argentique de reins non syphilitiques leur ont donné les mêmes aspects. Un cas récent de M. Copelli paraît plus probant : il décèle de nombreux parasites groupés en 2 ou 3 éléments, dans l'épithélium des tubes, dans les cylindres encombrant leur lumière, dans les glomérules, le tissu conjonctif, et même dans l'adventice des vaisseaux. A confronter les observations des différents auteurs qui l'ont recherché, on constate que le trépomène se trouve aussi bien dans la zone médullaire que dans la zone corticale, dans les vaisseaux (Feuillié) dans les glomérules (Gierke, Copelli), mais surtout dans le tissu interstitiel. On a mal précisé sa localisation dans les canalicules : d'après la constatation de Levaditi, Entz, Copelli, on le rencontre dans la lumière des tubes droits, ou dans leur épithélium : il est alors parallèle à l'axe du

tube (Gierke) ou groupé en petits amas de 10 à 15 éléments.

La recherche du tréponème dans les manifestations tardives a été beaucoup moins fructueuse : Vorpahl l'a décelé dans les urines au cours d'une néphrite tertiaire. Il n'a été mis en évidence qu'une seule à la fois sur les coupes par Faroy (1911) dans un cas de néphrite chronique avec amylose. Irréguliers, atypiques, peu nombreux, les spirochètes siégeaient à l'intérieur du coagulum qui obstruait la lumière des tubes. Cette constatation, sur la légitimité de laquelle on a fait quelques réserves, est importante. Mais on conçoit que dans ces néphrites tardives acquises ou héréditaires le tréponème, pour avoir un rôle primordial, n'est sans doute pas le seul en cause : une part importante ne saurait être déniée aux intoxications ou aux infections banales intercurrentes.

Pronostic.

Assigner un pronostic précis à un cas de syphilis rénale est imprudent. Il faut tenir compte de la forme de l'infection, de sa date d'apparition, de l'âge du sujet et aussi de l'état du rein dont le fonctionnement sera étudié avec minutie. Chemin faisant, nous avons indiqué ces différentes considérations. Malgré tout, le praticien doit rester sur la réserve et ne se prononcer qu'avec la plus extrême prudence. Le facteur le plus important peut-être est la façon dont le traitement sera supporté : deux cas, absolument identiques d'apparence, évolueront dans des sens diamétralement opposés.

Les manifestations précoces sont à coup sûr les plus sensibles à la thérapeutique, surtout si le sujet supporte bien la médication. Souvent dans ces cas une guérison complète et même définitive peut survenir. Les lésions multiples, polyviscérales et en grande partie scléreuses des manifestations tardives sont infiniment plus rebelles aux différents agents utilisés qui demeurent fréquemment inopérants, même prescrits à doses massives.

Diagnostic.

Le diagnostic est souvent des plus délicats. il faut retenir avant tout que la syphilis qu'elle soit acquise ou héréditaire est une cause fréquente de néphrite. Il faut toujours y penser en présence d'une forme aiguë ou chronique aussi bien de l'enfance que de l'âge adulte dont la cause n'est pas évidente. L'examen complet du malade, en décelant les stigmates cutanéo-muqueux, les manifestations viscérales ou nerveuses, habituels à la vérole, la recherche de la réaction de Wassermann au besoin après réactivation, selon la technique de Milian, apportent un appoint précieux au diagnostic.

A propos de la NÉPHRITE PRÉCOCE, trois erreurs sont possibles :

1) *Méconnaître une néphrite chez un syphilitique*, faute importante due à un examen incomplet et à une mauvaise éducation médicale. La néphrite précoce est essentiellement une néphrite aiguë à gros œdème, à grosse albuminurie, qui apparaît en général en pleine efflorescence secondaire et qui ne cède habituellement ni au régime déchloruré, ni à la théobromine.

2) *Rapporter à la syphilis une néphrite aiguë dont la cause semble échapper au médecin*. En raison d'une forte albuminurie on pourra penser à la syphilis alors qu'il s'agit d'une *maladie amyloïde*, mais le chiffre de la diurèse, le dosage de l'urée et des chlorures, la détermination de la constante uréo sécrétoire, sont autant de renseignements qui viennent éclairer le problème. Certaines *néphrites grippales* observées pendant l'épidémie de 1918 se sont accompagnés d'albuminurie massive : l'aspect clinique dans ce cas est différent et habituellement les signes rénaux s'atténuent avec la disparition de l'état fébrile aigu ; sans parler d'une *scarlatine* fruste et méconnue, d'une *angine banale* qui pourraient être à la clef d'une néphrite il faut surtout insister sur ce qu'on a appelé la néphrite *a frigore*, entité aujourd'hui fort discutée, mais qui ne peut être passée sous silence.

« La *néphrite à frigore* provoque des albuminuries généralement modérées, bien qu'atteignant dans des cas rares jusqu'à 15 et 20 grammes ; elle cède au traitement banal, tandis que le traitement spécifique lui serait néfaste. En réalité, cette distinction semble bien spécieuse, si l'on se souvient combien les auteurs insistent sur le rôle du froid dans le déterminisme de la néphrite syphilitique, sur la fragilité du rein syphilitique plus exposé que tout autre à la néphrite *a frigore*.

3) *Il y a néphrite et syphilis, la néphrite est elle syphilitique ?* Le problème est des plus délicats puisque de sa solution dépend la cessation ou la continuation du traitement spécifique. Cette question des *néphrites syphilo-thérapeutiques* a fait l'objet récemment d'une longue discussion à la Société médicale des hôpitaux (30 mai 1924). Chez un spécifique en traitement, le médecin observe une albuminurie ou des œdèmes, faut-il incriminer la vérole ou le traitement ? De même un vieux syphilitique a une néphrite chronique : que doit-on faire ? S'abstenir, alors que quelques injections pourront arrêter l'évolution d'une syphilis rénale ou bien, comme le fait remarquer Grenet dans son très intéressant mémoire, appliquer le traitement au risque de déclencher des accidents beaucoup plus graves ?

Ce qui complique encore la discussion c'est que le rein des malades atteints d'accidents secondaires, est, semble-t-il, fragilisé. Sans parler, comme Burgerhout des prédispositions à une parasyphilis rénale, idée un peu désuète, il est certain que le parenchyme devient extrêmement sensible et Renon a justement insisté jadis sur le rôle du froid. Dans la pratique quotidienne, il s'agit presque toujours de malades traités au mercure (surtout avec les sels insolubles) ou au bismuth, plus exceptionnellement aux sels arsenicaux (qui ne lèsent le rein qu'en cas d'intoxication profonde), chez qui on observe soit de l'albuminurie, soit une véritable néphrite aiguë. Dans les cas typiques la coexistence d'une stomatite, d'une diarrhée sanglante ne laisse aucun doute : il s'agit d'une néphrite toxique, mais bien souvent l'intoxication est moins profonde, le diagnostic reste hésitant ; en pratique on doit s'en tenir à cette règle simple : s'il s'agit d'un syphilitique manifeste non encore traité, il y a de fortes chances pour que sa néphrite soit spécifique ; s'il s'agit d'un syphilitique déjà traité énergiquement, il faut plutôt songer à une néphrite toxique.

L'évolution apporte encore des indications :

Si par suppression du traitement spécifique les accidents cèdent, la néphrite est vraisemblablement toxique. Si le traitement banal n'agit pas, si malgré lui les signes s'aggravent, la néphrite est vraisemblablement spécifique.

A la période tertiaire.

En présence d'une néphrite tardive, le rôle de la syphilis est beaucoup plus délicat à prouver.

La superposition chez le syphilitique d'autres causes pathogènes : alcool, paludisme, uricémie, troubles gastro-intestinaux ou hépatiques est si commune qu'il est bien difficile de faire sur le tard la part étiologique de la vérole (Chauffard).

La coexistence de stigmates cutanés ou muqueux (leucomélanodermie, leucoplasie), d'un signe d'Argyll, d'une aortite, l'existence d'une réaction de Wassermann positive dans le sang sont évidemment des arguments de grande valeur. Mais bien souvent la syphilis est méconnue ou ignorée, et rien dans l'examen clinique n'attire l'attention sur elle. Mais on se souviendra que tout brightique jeune est au moins une fois sur deux un syphilitique, à plus forte raison si dans ses antécédents on ne trouve rien pour justifier sa néphrite. Dans de tels cas, la recherche de la réaction de Wassermann doit être systématique, au besoin après réactivation. Toute néphrite fortement hypertensive et azotémique, toute néphrite avec


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

forte albuminurie ne cédant pas au régime lacté, doit être suspecte de syphilis.

L'association de lésions scléro-gommeuse du foie et du rein est encore plus caractéristique, ainsi que l'amylose, quand elle survient en dehors de toute suppuration chronique.

Malheureusement la thérapeutique spécifique n'amène pas toujours un argument valable puisqu'elle reste sans effet sur les lésions scléreuses ou amyloïdes. Il n'est pas possible de conclure d'un échec thérapeutique à l'élimination certaine de la syphilis.

Au cours de l'hérédo-syphilis.

Le diagnostic se pose de la même façon.

Ou bien, il s'impose, quand à la néphrite s'ajoutent des lésions polyviscérales, hépatiques, spléniques ou nerveuses.

Ou bien la syphilis n'est pas évidente, comme il est fréquent au cours de la seconde enfance. On devra la suspecter néanmoins en présence de toute manifestation rénale dont le début aura été insidieux et sournois, ou dont la gravité paraîtra hors de proportion avec la cause infectieuse qu'on aura incriminée pour l'expliquer. Dans d'autres cas, c'est la persistance des œdèmes et de l'albuminurie malgré la diète, les diurétiques, la réduction des liquides, qui attirera l'attention.

Il faut alors rechercher tous les sigmates de l'hérédo-syphilis, scruter les antécédents non seulement de l'enfant mais des parents, et pratiquer une réaction de Wassermann en sachant que dans ces cas, la réactivation est souvent nécessaire. Il est enfin certains cas où c'est en présence de troubles dystrophiques, d'infantilisme, qu'il faudra songer à une atteinte rénale syphilitique.

Thérapeutique.

Le traitement de la syphilis rénale, nous l'avons laissé prévoir, est extrêmement délicat, demande de la prudence et beaucoup d'attention. Les difficultés que rencontre le médecin sont multiples, elles tiennent à différentes causes, en particulier à la multiplicité des formes anatomo-cliniques de la maladie, dont chacun emporte ses indications particulières et aussi à la diversité des médications spécifiques proposée qui toutes à des degrés divers, sont toxiques pour le rein.

En 1907, époque à laquelle seuls le mercure et les iodures constituaient l'arsenal thérapeutique de la syphilis une longue discussion eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, à laquelle prirent part notamment Widal, Achard et Chauffard. Les opinions furent fort différentes. Pour Balzer, les sels mercuriels donnent des résultats excellents dans les néphrites secondaires très précoces : ils sont parfois, dangereux dans les cas plus tardifs. Legendre préconise l'iodure de potassium et l'huile biiodurée. Mais, Rist, Labbé, Mosny, reconnaissent que deux cas de néphrite comparables en tous points se comportent différemment vis-à-vis du traitement. Siredey ne veut donner aucune règle précise : il préconise le repos au lit, le régime lacté pendant 8 jours, administre ensuite des pillules de Dupuytren plutôt que du benzoate de mercure qui accentue l'albuminurie ; la continuation du traitement est fonction de l'évolution de l'albuminurie.

La plupart des cliniciens s'accordent sur le programme suivant :

1° Avant de faire le traitement mettre la malade pendant 8 jours au régime lacté, car des guérisons spontanées peuvent survenir.

2° Instituer ensuite un traitement mercuriel à faible dose.

3° Si l'état morbide ne s'améliore pas revenir au régime lacté.

4° Si une amélioration se produit, augmenter progressivement les doses.

La même ligne de conduite est conseillée pour les accidents de la syphilis secondaires ou tertiaires.

Depuis cette date, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi des sels d'arsenic et en particulier des novarsénobenzènes et aussi des sels de bismuth. Les documents se sont multipliés ; il n'en est guère résulté plus de clarté, il semble au contraire que le problème soit devenu plus complexe.

Les indications thérapeutiques.

Avant de songer à prescrire une cure spécifique, il faut tenir compte d'abord de l'âge de la néphrite et de l'état du patient.

L'ALLURE DE LA NÉPHRITE est à considérer au premier chef, le praticien doit faire une discrimination entre une *néphrite précoce* survenant chez un malade ni intoxiqué, ni hypertendu et une *néphrite tardive* chez un malade hypertendu, azotémique, dont le cœur est touché.

Il faut également faire une ÉTUDE ANALYTIQUE DES DIFFÉRENTS SYMPTOMES et les apprécier à leur valeur.

Le *degré de l'albuminurie* ne saurait entrer en ligne de compte. Son abondance est une des caractéristiques de la néphrite syphilitique, et non un indice de sa gravité.

L'*intensité des œdèmes* n'intervient guère : il est fréquent de ne les voir céder qu'au traitement alors qu'ils résistent au régime hypochloruré.

Le *taux de la rétention uréique* et l'*état du cœur* et de la *tension* sont des éléments beaucoup plus intéressants. Ils imposent un traitement particulièrement prudent, en utilisant le traitement le moins toxique.

L'ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT RÉNAL qui doit être systématiquement pratiqué est capital. Nous ne ferons que signaler les différents temps à envisager.

Vérification de la perméabilité rénale au bleu de méthylène ou à la phénolsulfonephtaléine.

Bilan de l'excrétion chlorurée associé à la recherche des pesées quotidiennes. Recherche de la rétention chlorurée sanguine.

Bilan de l'urée sanguine et urinaire, recherche de la constante uréo-sécrétoire d'Ambard.

Gaucher insistait beaucoup sur le rapport azoturique : s'il est inférieur à 0,80, différer le traitement, mettre le malade au régime lacté et déchloruré pendant 8 jours. Refaire ensuite le rapport azoturique et n'appliquer prudemment le traitement que si le chiffre est supérieur à 0,80.

Cependant la valeur du fonctionnement rénal ne réalise pas toujours l'indication majeure : tous les auteurs insistent sur la façon variable et imprévisible dont réagissent à la thérapeutique spécifique des néphrites cliniquement comparables : il n'est aucune médication élective et il faut faire des réserves pour chaque cas.

Il faut tenir compte encore des LÉSIONS VISCÉRALES ASSOCIÉES. Il est prudent surtout de ménager deux catégories de malades : les cardio-aortiques et surtout les hépatiques. Les formes hépato-rénales sont de beaucoup les plus délicates et aussi les plus dangereuses à traiter puisque les deux émonctoires principaux de l'organisme sont altérés. Souvent ici on utilisera avec fruit la voie rectale qui emprunte la circulation portale selon les conseils de M. Milian.

La toxicité des agents thérapeutiques.

La toxicité des divers médicaments pour le rein, nous l'avons déjà dit, n'est pas la moindre cause des difficultés d'une thérapeutique raisonnée. Le rein des syphilitiques est plus sensible qu'un autre à tout action toxique ; or tous les médicaments proposés sont, à des degrés divers, immédiatement nocifs pour le filtre urinaire. D'où le délicat problème déjà envisagé des néphrites syphilo-thérapeutiques. Par ailleurs le facteur individuel intervient pour une part importante et sur laquelle nous ne sommes pas le moins du monde renseigné. Le même produit, in-

jecté à la même dose, dans deux cas très voisins produira des effets diamétralement opposés.

Le mercure.

De longue date, le mercure est connu comme un toxique de prédilection pour le rein, l'intoxication par le sublimé ne réalise-t-elle pas chez l'animal la néphrite expérimentale la plus typique ? A intervalle variable on a rapporté au traitement mercuriel les œdèmes et l'albuminurie des spécifiques Il est indiscutable que chez certains sujets les préparations hydrargyriques peuvent déterminer des accidents graves du côté du rein, souvent accompagnés de diarrhée et de stomatite. Les sels insolubles sont surtout d'un emploi dangereux bien qu'aux mains de Gaucher et de Milian, l'huile grise ait pu faire merveille. Marcel Pinard, Lortat-Jacob, considèrent le mercure comme le plus nocif de tous les médicaments antisyphilitiques pour l'épithélium rénal. Mac Farland estime les frictions aussi dangereuses que les injections. Il semble cependant qu'une mention particulière doive être réservée au cyanure d'hydrargyre, si facilement accepté à dose quotidienne ou tri hebdomadaire de un centigramme, Milian a été justement insisté depuis plusieurs années sur son pouvoir diurétique et son heureuse action sur le foie.

Des travaux récents, entrepris dans le but de déceler de nouveaux remèdes diurétiques a fait découvrir toute une série de sels mercuriels dont la toxicité est très faible.

Il s'agit de sels de la série aromatique dans lesquels le mercure est fixé à un groupe allylique, novasurol, salyrgan (acéto-mercurate de salicylallyl-amidoacétate de soude), 440 B de Fourneau ou neptal (complexe mercurique hydroxylé de l'acide sacyl-allyl-amido acétique, solubilisé par le chlorure d'ammoniaque). Ces groupements sont doués, d'après les auteurs, de propriétés spirillicides, mais ils sont adoptés à une autre but et n'ont point encore été essayés dans le traitement des accidents rénaux des syphilitiques.

Le bismuth.

Le bismuth vient immédiatement après le mercure, par ordre de toxicité décroissante. Dalché et Villejean, Pisenti, Mayer, signalent des altérations de l'épithélium rénal dans l'intoxication bismuthique. P. Blum, Cl. Simon, Lévy-Bing, décrivent l'albuminurie bismuthique avec glycosurie et même de véritables néphrites aiguës (Delage), Blum cependant émet à ce sujet quelques réserves et tend à incriminer dans leur déterminisme l'infection des glandes salivaires et du tube digestif favorisée par l'intoxication bismuthique. Pourtant les observations récentes de Vilanova, d'Aubertin et Destouches semblent bien prouver le rôle toxique du bismuth : ces derniers auteurs rapportent un cas de néphrite azotémique aiguë mortelle secondaire à une injection de bismuth.

Cette médication donne pourtant de bons résultats : elle a d'ailleurs une action diurétique incontestable, Lortat-Jacob et Roberti, Léri et Tzanck vantent les bons effets de sels solubles (benzobismuth) et de certains sels insolubles plus complexes (iodo-bismuthates, quiniobismuth).

Le bismuth peut encore remplacer avantageusement l'arsenic en cas d'intolérance.

L'arsenic.

C'est le corps le mieux toléré ; c'est le « médicament du rein », c'est à lui que s'adressent plus volontiers les praticiens comme traitement d'épreuve des troubles rénaux chez les syphilitiques. Ce n'est pas qu'il soit absolument inoffensif, il détermine à coup sûr une irritation parenchymateuse, mais celle-ci est discrète. En principe, les troubles rénaux consécutifs aux arsenicaux ne surviennent qu'au cas d'intoxication profonde, associés alors aux symptômes hépatiques, nerveux, érythrodermiques.

Les résultats heureux obtenus avec l'arsenic au cours du traitement de la syphilis rénale ne se comptent plus. Les arsénobenzènes sont les plus volontiers employés parmi les corps proposés en raison de leur grande activité. Cependant ils peuvent amener des désastres et Lortat-Jacob a insisté sur l'augmentation fréquente de l'azotémie chez les malades. Il est cependant difficile, sinon impossible de prévoir l'action du 914 sur les lésions syphilitiques du rein. Les examens minutieux du fonctionnement rénal peuvent être précieux à titre de renseignement, ils n'apportent aucune certitude au praticien craintif. L'un de nous a pu, en collaboration avec André Bergé, se convaincre des effets stupéfiants et aussi des dangers immédiats du traitement de la syphilis rénale par le néosalvarsan. Dans le même moment deux malades atteints de néphrite spécifique précoce à forme aiguë, offrant une grosse albuminurie, des œdèmes importants et tous deux, à l'examen, un parfait fonctionnement rénal, furent mis à la thérapeutique en question, l'un d'eux après trois injections de 0 gr. 15, 0 gr. 30 et 0 gr. 45 vit ses œdèmes disparaître, l'albumine tomber de 5 grammes à 0 gr. 10 ; l'autre après avoir bien supporté une dose de 0 gr. 15 du produit, vit brusquement, à sa seconde piqûre, l'albumine et les œdèmes augmenter brusquement, il mourut en quatre jours en pleine anurie.

De nombreux cas de morts ont été signalés dans différentes conditions après le 914 avec soupçon de lésions rénales en évolution, nous n'en ferons pas l'historique. Une des observations les mieux suivies est celle de Caussade et Regnard où une seule injection de 0 gr. 30 du produit amena chez un spécifique secondaire atteint, il est vrai, d'une néphrite grave une anurie mortelle.

L'arsenic et en particulier les novarsénobenzènes doivent donc être maniés avec les plus extrêmes précautions et le praticien doit savoir les réserves qu'il doit toujours faire dans une éventualité semblable.

Parmi les AUTRES MÉDICAMENTS, L'IODURE DE POTASSIUM est plutôt contre-indiqué dans les néphrites aiguës en raison de son action congestive. Il est susceptible de déclancher des hématuries. Lortat-Jacob a insisté sur le danger de son association aux sels de mercure. Nous laisserons de côté les autres produits exceptionnellement utilisés dans la cure de la vérole, par exemple le tellure, dont l'étude expérimentale prouve qu'il est éliminé par les reins au niveau de l'épithélium des tubes contournés et de l'anse ascendante de Henle : il est encore peu employé.

Mise en œuvre du traitement.

Quels conseils pratiques donner dans le cas d'une NÉPHRITE PRÉCOCE ? D'abord ne jamais se trop presser, mettre le malade au repos et au régime lacté pendant deux ou trois jours pendant lesquels le fonctionnement rénal sera minutieusement interrogé. Si les œdèmes sont importants, on pourra commencer par les diurétiques, la théobromine et même les sels mercuriels diurétiques comme le neptal. Ce traitement banal, si la syphilis est vraiment en cause, ne suffit pas. On s'adressera avant tout au novarsénobenzol et si aucune contre-indication n'est offerte, on débutera par une dose de 0 gr. 10, en montant de 0 gr. 10 à chaque piqûre espacée de quatre à cinq jours. Pendant la cure, un tube d'Esbach rendra compte du taux quotidien, de l'albuminurie, une pesée sera faite de même et rapprochée de la courbe du volume des urines ; le fonctionnement du filtre rénal sera vérifié toutes les semaines. Parfois l'injection est suivie d'une élévation légère du taux de l'albumine, mais dans l'ensemble la courbe s'abaisse. Dans les cas favorables on ira jusqu'au chiffre de 0 gr. 60 de novarsénobenzol qu'on évitera de dépasser et on fera une cure de 4 à 5 grammes au total.

Si le traitement arsenical échoue, on essayera mais avec la plus grande prudence, et en surveillant soigneusement l'état de la bouche du malade, le cyanure d'hydrargyre à la dose quotidienne de 0 gr. 005 ou 0 01 par voie intraveineuse, ou encore le salicylarsinate de mercure (énésol) à la dose de 1 à 2 cc. tous les deux jours. Lortat-

Jacob a proposé le benzo-bismuth au rythme de deux injections la semaine.

Exceptionnellement, l'indication du traitement peut se poser d'urgence en face d'une *néphrite suraiguë* chez un malade en pleine urémie. On associera aux remèdes héroïques : saignées, diète lactosée, injections de sérum hypertonique, l'arsenic à très faible dose (0 gr. 05 de novarsénobenzol).

Il arrive que certaines néphrites dont l'origine syphilitique apparaît comme certaine ne bénéficient nullement de la médication spécifique, qui, au contraire, apporte une aggravation au fonctionnement déjà très diminué du filtre rénal. Chez de tels malades il faut accepter l'impuissance thérapeutique et se borner à la simple diététique et aux diurétiques si l'on veut prolonger les jours du patient.

Dans le traitement de la NÉPHRITE TARDIVE, le praticien suivra des préceptes voisins de ceux énumérés plus haut. Peut-être sera-t-on moins pressé d'agir et quelques auteurs, comme Maurice Renaud discutent l'opportunité de la médication spécifique. Les patients sont souvent des cardio-rénaux, des hypertendus avec grosse rétention uréique et mauvaise constante d'Ambard, ou encore sont atteints d'insuffisance aortique. Il n'est guère, dans ces conditions, possible de prescrire une médication élective, chaque cas particulier, a ses indications propres. Avant tout préparer en quelque sorte son malade : régime hypochloruré ou hypoazoté selon les cas, avec réduction des liquides, amélioration du fonctionnement cardiaque par la digitaline ou l'ouabaïne s'il y a lieu. L'état général une fois modifié, user avec prudence de l'arsenal antispécifique, en sachant passer d'un médicament à l'autre au moindre signe d'intolérance, quitte au besoin à suspendre toute thérapeutique antispécifique.

Dans les formes gommeuses, on sera autorisé à associer l'iodure de potassium à la thérapeutique précédente, en commençant par 0 gr. 50 par jour pour arriver à une dose quotidienne de 2 grammes, à laquelle on s'arrêtera. Il est préférable de donner le choix à des iodures parfaitement purs.

Chez l'ENFANT, il s'agit souvent de néphrite avec gros œdèmes, il faudra instituer un régime strict avec réduction des liquides : les remèdes à proposer sont les mêmes que plus haut, le sulfarsénol dont l'injection sous-cutanée est possible pourra remplacer le novarsénobenzol, on débutera par une dose de 0 gr. 06. Debré et Cremieu-Alcan ont signalé les bons effets des sels de bismuth. Il vaut mieux ici s'abstenir de l'iodure de potassium souvent très mal accepté par les jeunes sujets.

* * *

Le problème de la syphilis rénale demeure donc encore obscur par bien des points, mais la connaissance de la pathologie rénale elle-même ne comporte-t-elle pas encore bien des lacunes ? La tâche est rendue ardue à la fois par l'incertitude étiologique et par l'éclectisme thérapeutique. Il s'agit là, comme on l'a écrit, d'une question d'espèce, ce qui réussit pour l'un n'est pas heureux pour l'autre. Les idées actuelles tendent à faire sortir la pathologie rénale de son cadre classique et à attribuer un rôle plus important aux réactions humorales.

Les progrès de l'investigation clinique permettront peut-être un jour de percer les mystères qui masquent la redoutable affection qu'est la syphilis du rein et de proposer une thérapie plus univoque.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans l'article de E. GAUCHER et DRUELLE : Syphilis des reins, dans l'Encyclopédie d'Urologie, II, p. 183, publiée en 1914 chez Doin, sous la direction de Desnos, une excellente bibliographie jusqu'en 1912.

ACHARD (Ch.). — Syphilis rénale (in *Clin. et Labor.*, n° 8, 1927, p. 141.)

ACHARD (Ch.) et ST-GIRONS. — Hémophilie chez une syphilitique atteint de néphrite chronique. (*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 19 avril 1912.)

AKIL MOUKTAR. — Sur une forme clinique particulière de la syphilis rénale. (*Ann. de med.*, XVII, n° 1, janvier 1925, p. 48.)

AUBERTIN (Ch.) et DESTOUCHES. — Un cas mortel d'intoxication bismuthique par stomatite et néphrite azotémique aiguë. (*Bul. et Mém, Soc. Med. des Hôp.*, 11 février 1927, p. 199.)

BEAUGENDRE. — Néphrite syphilitique traitée par quinio-bismuth. (*Normandie méd.*, XXXIII, 2922, p. 327.)

BLOUQUIER DE CLARET et CRISTOL. — A propos de deux cas de néphrite syphilitique (*Montpellier med.*, XLIV, 1922, p. 541 et 559.)

BLUM (P.). — Intoxication bismuthique et albumine, (*Paris med.*, 192., 29 juillet, p. 105.)

BONNAMOUR, DOUBROW et NOUSSAC. — Rein polykystique et syphilis. Soc. med. Hôp. de Lyon, 17 mai 1927.)

BONNAMOUR, DOUBROW et BOUYSSET. — Du rôle de la syphilis dans la pathogenie du rein polykystique, (*Lyon med.*, 17 octobre 1926.)

BOUTELIER. — La syphilis rénale aiguë et son traitement. (*Rev. med. franç.*, février 1925.)

BURGERHOUT. — La néphrite syphilitique (*Zentralblatt. f. inn. medtz.* n° 36 sept. 1913.)

CAUSSADE et REGNARD. — Néphrite syphilitique traitée par l'arsenic, Anurie. Mort (*B. Soc. med. Hôp.*, 10 février 1913.)

COPELLI (M.). — Contrib. à l'étude de la néphrite syphilitique secondaire (*Giorn Ital. della mal. venere et della pelle*, fasc V., 19 novembre 1919.)

DEBRÉ (R.) et CRÉMIEU-ALCAN. — Sur le traitement de la syphilis par le bismuth. (*Journal des praticiens*, 22 nov. 1924.)

DELAGE. — Bismuth et fonctionnement rénal. (Thèse Paris, 1922, n° 345.)

FARRAUD (E. M.) — Le traitement spécifique des néphrites chroniques du type azotémique chez les syphilitiques. (Thèse Paris, 1925.)

FAVRE, BONNAMOUR, DOUBROW et BOUYSSET. — Rein polykystique et syphilis. C. R. Soc. de biologie, 1926, p. 471.)

FELBER (E.). — Gomme syphilitique du rein. (*Wiener Klin. Woch.*, vol. 39, 30 septembre 1926.)

FIAMINI (A.). — Nefrite sifilitica precoce. (*Folia med.*, XV, 1925, p. 739.)

FIESSINGER (N.) et HUBER. — Un cas de tréponémiurie au cours de la syphilis secondaire. (*Bul. Soc. med. des Hôp.*, 1921, 11 février.)

FIESSINGER (N.). — Les néphrites syphilitiques. (*Journ. des praticiens*, XXXVIII, 1924, p. 573.)

FRANK (M.). — Beitr. zur Kenntniss. der Niedernerkr. bei kongenit. Lues. (*Zeitsch. f. Kunderhallk*, XXXIII, 1922, p. 248.)

GALLAVARDIN. — La tension artérielle, 1920, p. 408.

GIORDANS (C.). — Ueber die geweblich. Veranderungen der Nieren bei der angeborenen S. (*Virchow's Archiv.*, CCLV, 1925, p. 504.)

GRENET (H.), LEVENT et PELLISSIER. — Les syphilis viscérales tardives. (Un vol. Masson édit. p. 297.)

HOOD (J.-A.) et MURPHY. — Acute syphil. néphrites. (*Amer. Journ. of. syphil.*, 1926, X, p. 269.)

HUTINEL (V). — Les néphrites de la syphilis héréditaire infantile. (*Arch. med. enfants*, octobre 1922, n° 10, p. 577 et 641.)

HUTINEL (V.). — Le terrain hérédo-syphilitique. (Paris 1926, Masson, édit.)

ISAAC-KRIEGER (K.). — Die syphilis der Nieren. (*Zeitsch. f. Arztl. fortbild.*, XXIII, 1926, p. 143.)

KLANDER et KOLMER. — L'urine dans la syphilis. (*Journ. of. Americ. med.*, 1921, 8 janvier, p. 102.)

KOHNER (J.-A.) et LUCKE (K.). — Comparative Study of the histological change *in* the kydney of the rat by asphenamin a. neoasphenamins. (*Arch. dermat. a. syphil.*, 1924, IX, p. 242.)

LAURENT (Ch.). — Les albuminuries prolongées et curables de la syphilis. (*Presse méd.*, 10 mai 1925.)

LLOYD THOMPSON. — Syphilis of the Kidney. (*Journ. of. amer. med. assoc.*, 3 juillet 1920, p. 17.)

LORTAT-JACOB. — Les indications du traitement anti-syphilitique tirées de l'état des reins. (*La Médecine*, mars 1924, p. 455.)

MAC FARLAND. — Du traitement de la syphilis rénale. (*The Amer. Journ. of. the med. science*, avril 1924.)

MARTIN (H.). — Treponema r urin. bei akuter syphilis, etc. (*Dermat. Zeitsch.*, XLVII, 1926, p. 167.)

MERESCHEWSKY (S). — Contrib. à l'étude de la syphilis rénale précoce. (*Ann. des mal. vener.*, XX, 1925, p. 530.)

MERKLEN (P.) et HEUYER. — Néphrites sèches et syphilis. (*Presse méd.*, 22 janvier 1917, p. 44.)

NIOSI (F.). — La sifilida terziara del rene a forma neoplastica. (*Policlinico*, XXIX, 1922, p. 625.)

PINARD (Marcel). — Néphrite avec azotémie très élevée chez un ancien syphilitique. Amélioration rapide par le néosalvarsan. (B. Soc. med. des Hôp., 25 juillet 1919, p. 799.)
PINARD (Marcel).— Azotémie élevée avec longue survie chez un ancien syphilitique, (Soc. med. des Hôp., 30 mai 1924, p. 813.) A propos de cette communication longue discussion à laquelle prennent part Lortat-Jacob, Debré, Loust, Fiessinger, Laubry, Maurice Renaud.
RIBIERRE (P.). — Syphilis rénale et mal de Bright syphilitique. (Le Médecine, 1926, p. 454.)
RIBIERRE (P.). — Cours professé à la Faculté 1924-25. (Chaline édit., p. 330 et suiv.
ROSTAINE (P.). — Article syphilis du rein, in traité pathol. et thérap. appliquée.
RUIZ (R.). — Un caso de sifilide del rinon. (Revisa des medic. Rosario, octobre 1926, p. 77 et 91.)
SALEN (E.-B.).— Les relations de causalité entre la syphilis et l'hémoglobinurie. (Acta medica scandinavica, 24 octobre 1925, nos 5 et 6.)
SIMON (Clément). — Recherches comparatives de Wassermann dans le sang et les urines. (B. Soc. Fr. de Dermat. et syphil., 2 janvier 1920.)
SIROVICZA (M.). — Syphilische Nierenkr. (Zeitsch. f. urol., 1926, XX. p. 5.)
STOOKEY (P.-F.). — The nephritis of. syph. (Urol. a. cutaneous rew., XXVIII. 1924, p. 204.)
VILLANOVA. — Intoxication bismuthique. (Ann. des mal. vener., janvier 1925.)
WARTHIN.— The new pathol. of. syphilis. (Amer. Journ. of. syph. n° 2, 1918, p. 425.)
WOHLWILL. — Syphilis du rein. (Zentralbl. f. innere med. 6 nov. 1926, n° 47, p. 1016-1074.)

SOCIÉTÉ SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1928.

Ostéosynthèse dans les fractures uni condyliennes du fémur. — M. ***Alglave*** rapporte l'observation, due à M. ***Corniolley*** (de Genève), d'un homme de 46 ans, qui avait une fracture du condyle externe fémoral, irréductible par les manœuvres habituelles. Il aborde le genou par une incision transversale externe, avec section du ligament rotulien. Le fragment est réduit et maintenu en place par une vis de Lambotte. Reconstitution du ligament rotulien, du ligament latéral externe, de la capsule. Il maintient alors le membre dans un appareil plâtré pendant six semaines, puis fait de la mobilisation et autorise seulement la marche.

M. Alglave montre qu'il faut toujours mettre deux vis pour éviter la bascule du fragment. De même l'immobilisation posopératoire ne doit pas dépasser 8 à 10 jours. Il donne l'observation d'un de ses malades traité d'ailleurs par voie trans-rotulienne où, le douzième jour, il a commencé la mobilisation et le quatorzième jour autorisé la marche.

Tétanos localisé à forme paraplégique. — Rapport de M. ***L Bazy***. — A la suite d'une plaie du talon datant de trois semaines auparavant, l'enfant de MM. ***Raul*** et ***Nerson*** (de Strasbourg) présente une contracture intense en extension des deux membres inférieurs, sur laquelle se greffent des crises paroxystiques. Il n'a aucun signe aux membres supérieurs, ni trismus, ni raideur de la nuque. A la suite de plusieurs injections de sérum anti-tétanique dans le liquide céphalo-rachidien, la guérison survient.

Allongement du tendon d'Achille. — M. ***Yves Delagenière*** dit M. ***L. Bazy***, se trouvant en face d'une fracture comminutive du tibia, impossible à reduire, opère. Grâce à l'allongement du tendon d'Achille, la réduction est possible. Trois mois après, excellent résultat.

Rupture du ligament croisé antérieur du genou. Rapport de M. ***Robineau***. M. Desplats a fait le diagnostic sur les mouvements de tiroir existant avec d'autres mouvements anormaux. Il a réalisé l'opération de Hey-Groves, reconstituant le ligament à l'aide d'un fragment de fascia-lata. Excellent resultat.

M. ***Basset*** a eu l'occasien de revoir un homme qu'il a opéré, il y a onze ans et demi d'une arthrotomie avec section du ligament rotulien. Le résultat est excellent et la fonction du genou est parfaite.

Torsion des annexes saines dans une hernie inguinale. — M. ***Auvray***, rapporteur — M. ***Brétéché*** (de Nantes) voit une fillette de trois ans et demi où il pose le diagnostic de hernie inguinale étranglée. A l'ouverture du sac, il trouve les annexes du même côté, tordues de trois tours sur elles-mêmes. Réduction. Guérison.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 février 1928 (*Suite*).

Un cas de granulomatose maligne (sarcome atypique) chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse. — MM. ***G. Marchal, J. Moussoir*** et ***Tchou*** rapportent l'observation d'une granulomatose maligne ayant évolué vers la mort en deux ans et demi. Cliniquement, l'affection s'est caractérisée, dans les huit derniers mois, par une énorme adénopathie cervicale sans ramollissement, une splénomégalie modérée, du prurit transitoire, une éosinophilie sanguine, une cachexie avec asthénie et anémie intenses et une fièvre ondulante. Le malade était atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse depuis une dizaine d'années. Au microscope, les auteurs ont constaté des lésions récentes de caséification dans le parenchyme pulmonaire et dans le foie. Des lésions caséeuses coexistent avec des lésions de granulomatose maligne dans un ganglion trachéobronchique, dans un ganglion mésentérique et dans la rate. Au niveau des tissus caséifiés se trouvent des bacilles de Koch typiques, acido-résistants, alors que dans les lésions appartenant en propre à la maladie ou plutôt au syndrome de « Hodgkin » on note des paquets de granulations mal colorés par le zichl. Les auteurs ont observé de grosses embolies formées par des cellules de Sternberg. Dans les sinus lymphatiques sous-capsulaires : embolies qui se retrouvent sur les coupes de plusieurs ganglions. Ils pensent que la granulomatose maligne consiste en une hyperplasie inflammatoire touchant au premier chef le système réticulo endothélial et aboutissant à une déviation franchement cancéreuse.

Anaphylaxie et vésicule biliaire. — MM. ***Mussio Fournier, Gana, Rocca*** et ***Monestier*** (de Montevidéo),

Anémie aplastique. — MM. ***Mussio Fournier, Gana, Rocca*** et ***Monestier*** (de Montvidéo).

Glukhorment et diabète. — MM. ***F. Rathery*** et ***P. Moliaret*** étudient l'action du glukhorment chez les diabétiques consomptifs légers. Les résultats thérapeutiques sont identiques à ceux obtenus avec la synthaline. Ce médicament ne saurait remplacer l'insuline. Le glukhorment d'après les travaux de Langecker, Wiechowski ; Dals et Dudley, ne serait en réalité que de la synthaline ; et toutes les contre-indications récemment édictées relativement à l'emploi de ce médicament seraient valables également pour le glukhorment..

Séance du 10 février 1928.

Angor aigu coronarien fébrile. — ***MM. Lian*** et ***P. Puech*** rappellent que C. Lian a en 1921 rompu avec la tradition qui considère l'infarctus du myocarde exclusivement comme un diagnostic d'autopsie, et montré à l'aide d'observations personnelles que le diagnostic clinique en était possible quand il se produisait brutalement un état de mal angineux avec insuffisance cardiaque aiguë et état nauséeux. Depuis lors, à l'aide

de nouvelles observations personnelles, et en prenant point d'appui sur les travaux américains, il a, en 1925, ajouté la fièvre et les frottements péricardiques à sa description initiale.

De plus, il a observé après un pareil syndrome, quelques faits de guérison.

La fréquence de la guérison dans des syndromes rappelant l'état de mal cardio-gastro-angineux conduit C. Lian et P. Puech à individualiser l'*angor aigu coronarien fébrile*.

Cliniquement, ce syndrome est constitué par : *a*) crises angineuses durant 3 à 10 heures, se répétant plusieurs jours consécutifs, laissant entre elles un endolorissement permanent, condamnant le malade au lit et à l'immobilité absolue ; *b*) insuffisance cardiaque, bruit de galop, pouls alternant, insuffisance fonctionnelle, diminution de la pression artérielle ; *c*) fièvre ; *d*) pas d'état nauséeux marqué ; *e*) pas de frottements péricardiques. Après plusieurs semaines au lit, le malade se lève prudemment et présente plus ou moins souvent de petites crises d'angor, d'effort et de decubitus.

C. Lian et P. Puech pensent que le syndrome est dû à une poussée d'artérite aiguë coronarienne, et que l'état du mal cardio-gastro-angineux caractérisant l'infarctus n'est que la modalité la plus grave du syndrome de l'angor aigu coronarien fébrile.

La dilatation aiguë du cœur peut donner lieu à un syndrome d'angor aigu, mais il est vraisemblable que dans ce cas la fièvre n'existe pas ou tout ou moins n'a pas le caractère cyclique qu'elle revêt dans l'angor coronarien aigu fébrile.

Même si des constatations anatomiques ultérieures montraient l'absence habituelle de lésions coronariennes dans ce syndrome, C. Lian et P. Puech estiment néanmoins que l'individualisation de l'angor aigu fébrile est légitime, car il s'agit là d'un type clinique bien distinct de la forme commune des angors d'effort et de decubitus.

Péricardite symptomatique d'un infarctus du myocarde.— A propos de la récente communication de *M. Donzelot*, *MM. Halbron et Lichtwitz*, rapportent l'observation d'un malade chez lequel un infarctus du myocarde se traduisit par une crise d'angine de poitrine passagère et des signes de péricardite avec épanchement pleural, sans aucun signe d'insuffisance cardiaque sans modification du pouls et de la tension. Ils insistent sur la valeur séméiologique du frottement péricardique et sur la difficulté de formuler un pronostic : leur malade mourut en effet subitement, alors que tous les troubles semblaient définitivement dissipés.

Éncéphalite aiguë avec convulsions subintrantes. Action remarquable de l'abcès de fixation sur les accidents convulsifs. — *M. d'Œlsnitz* à propos de sa récente communication, signale que dans un cas qu'il a rapporté, les accidents convulsifs sont réapparus après avoir totalement disparu par l'abcès de fixation.

Note sur une épidémie familiale d'érythèmes infectieux paraissant devoir être rattachée à la cinquième maladie. — *MM. J. Cathala et Cambessèdes* rapportent l'histoire d'une petite épidémie d'érythèmes infectieux, ayant atteint successivemement, à des intervalles de 4, 3, 2, 1 et 2 jours, 5 enfants sur 7 frères et sœurs. Il s'agit d'une affection très bénigne débutant brusquement par une rougeur de la pommette et un érythème morbilliforme, du cou, et s'étendant au reste du corps, où elle devient très prédominante sur les membres, parties découvertes surtout. Le centre des éléments pâlit et s'affaisse pendant que les bords légèrement surélevés dessinent un contour circiné. La durée est variable de 6 à 12 jours. Un point particulier est constitué par la réitérations successives qui prolongent la durée de la maladie. L'éruption n'est pas prurigineuse. Dans le sang une forte mononucléose avec éosinophilie est constante.

Cet érythème ne s'accompagne d'aucun malaise, le syndrome général est des plus atténué, il n'y a ni catarrhe, ni exanthème. La température, sauf dans ces cas, où elle a atteint 38,5, reste normale. Il n'y a pas d'adénopathies. Les auteurs éliminent les diagnostics d'érythèmes toxiques, de rougeole, de rubéole et concluent à la cinquième maladie : érythème infectieux aigu de Sticker.

M. Hellé a observé en 1913 une épidémie semblable dans un pensionnat. Il s'agissait d'enfants qu'il avait soignés antérieurement pour rougeole, rubéole ou scarlatine. Il insiste sur l'aspect circiné de l'éruption et la rareté de l'affection.

Œdème dur des quatre membres, d'origine dysthyroïdienne. Guérison par l'opothérapie thyroïdienne. — *MM. Ph. Pagniez et L. Rouquès* relatent l'observation d'une femme de 32 ans chez qui est apparu de façon progressive un gros œdème dans les mains et les pieds, accompagné de cyanose et d'algidité, et rendant le jeu des articulations impossibles. L'examen pratiqué plus de six semaines après le début ne révéla aucun symptôme concomitant autre qu'une tachycardie permanente à 120. Le traitement thyroïdien a donné un résultat remarquable et fait disparaître immédiatement la cyanose et l'algidité, puis en quelques semaines la plus grande partie de l'œdème, mais il a fallu prolonger le traitement pendant plus de huit mois pour obtenir une guérison complète de l'œdème et de la tachycardie. Les auteurs discutent l'interprétation de ce cas et admettent l'origine dysthyroïdienne, en raison de l'existence de la tachycardie, de l'effet remarquable du traitement et de l'existence de quelques observations analogues. Celles-ci, bien que tout à fait exceptionnelles, rapprochées de l'observation de *MM. Pagnez et Rouquès*, montrent la possibilité d'existence dans certains syndromes dysthyroïdiens frustes d'œdèmes des extrémités à tendances chroniques et à caractères les rapprochant du trophœdème.

M. Lereboullet dans un cas de trophœdème d'allure chronique a noté les bons effets de l'association du neptal et de l'extrait thyroïdien.

M. Apert signale deux cas dans lequel le traitement thyroïdien a été suivi de guérison.

M. Sicard à propos des cas rapporté par M. Lereboullet, signale les bons effets de l'association du traitement iodé et du traitement thyroïdien dans le rhumatisme chronique.

M. Laubry rappelle les travaux d'Eppinger sur le traitement des œdèmes par le corps thyroïde. Il n'a personnellement observé qu'un cas dans lequel la médication thyroïdienne a amélioré nettement le malade.

Etude anatomique de deux cas d'éventration diaphragmatique gauche diagnostiquée cliniquement. — *MM. G. Caussade et E. Fatou.* - Les auteurs présentent les constatations nécropsiques d une affection rarement contrôlée anatomiquement Ils insistent sur la nature congénitale de cette malformation et soulignent l'intérêt que présentait notamment leur deuxième cas coïncidant avec des lésions graves de tuberculose pulmonaire qu'ils considèrent être une complication et non la cause de l'éventration du diaphragme.

M. Rist signale deux cas ; dans l'un, l'opération fut suivie de mort.

M. Bezançon fait remarquer que dans la phrénicectomie pour tuberculose pulmonaire les bons résultats tiennent à la rétractilité des poumons et à son ascension après l'intervention. Dans l'éventration diaphragmatique les conditions sont toutes différentes et n'empêchent pas le développement de la tuberculose.

M. Brulé rapporte un cas d'éventration diaphragmatique dans laquelle l'opération fut suivie de guérison et un cas d'hernie diaphragmatique avec accidents douloureux qui a également guéri à la suite de l'intervention.

M. Lian signale un cas d'éventration diaphragmatique avec dextrocardie qui s'accompagnait de syncopes fréquentes. Il n'a pas cru devoir faire opérer le malade.

M. Apert signale un cas de dilatation bronchique dans lequel la phrenectomie a été suivie de mort par tuberculose pulmonaire.

Un cas d'éventration diaphragmatique. Découverte radiologique chez un tuberculeux pulmonaire. — *MM. G. Caussade et E. Fatou* — D'après l'observation présentée par les auteurs, il est avéré qu'une éventration congénitale de l'hémi-diaphragme gauche, même très accentuée, peut être parfaitement tolérée du point de vue gastrique, bien que l'estomac soit complètement renversé, qu'il y ait deux poches situées l'une en arrière de l'autre et que, le cardia s'abouche à la première sur sa partie infé-

rieure. Cette affection ne fut découverte qu'à l'occasion de signes d'abord très discrets de tuberculose pulmonaire, et elle fut pendant deux ans, malgré la surélévation excessive de l'hémi-diaphragme (bord inférieur de la troisième côte), simplement étiquetée « aérophagie ». Ultérieurement, elle fut confirmée par une radiologie à propos d'une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire qui seule encore attirait l'attention. A ce moment, les lésions étaient bi-latérales, peut-être plus prononcées à gauche qu'à droite. Pour prouver l'antériorité de l'éventration sur la tuberculose pulmonaire (la seconde affection étant considérée dans plusieurs publications comme la cause de la première), les auteurs se basent sur : l'absence d'adhérences du poumon compressé, la régularité de la convexité du diaphragme, sans saillie, ni encoche, ni feston, la persistance, quoique faible, du jeu de l'hémi-diaphragme, la constance de la haute surélévation de ce dernier, l'impossibilité pour une sclérose pleuro-pulmonaire, même très rétractive et très adhérente, d'élever la coupole jusqu'au deuxième espace intercostal, alors que c'est le fait de l'éventration congénitale, la coïncidence fréquente d'anomalies gastriques et éventuelle d'autres malformations, et enfin le premier examen qui a montré une lésion pulmonaire très circonscrite tandis que le clinicien et le radiologue, non prévenus, constataient une aérophagie énorme. A la faveur de leur observation et de celles déjà publiées et à peu près identiques, les auteurs se demandent si l'éventration diaphragmatique congénitale ne prédispose pas à la tuberculose. A ce point de vue, il y aurait lieu de surveiller les éventrés par phrénicectomie pour abcès ou bronchiectasie de la base.

René GIROUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1928.

Le secret médical et les lois sur les accidents du travail et les accidents professionnels. — *M. Cazeneuve* analyse les conditions d'application des lois sur les accidents du travail et les accidents professionnels qui, depuis longtemps déjà, en dehors de la mise en vigueur de la prochaine loi sur les assurances sociales, ont fait brèche dans le dogme absolu du secret médical. La protection de tout travailleur intellectuel ou manuel ne peut aller sans un régime d'assurances. Qui dit « assurances », dit conflit possible entre des intérêts divergents. De là plaidoieries et étalage au grand jour de la maladie ou des infirmités de la victime. Le jeu des lois sociales de protection ne peut donc cadrer avec la conception rigoriste et absolue du secret médical. M. Cazeneuve se rallie pleinement au conclusions de la Commission qui, « dans un intérêt supérieur social », admet qu'il soit dérogé à la vieille tradition du secret médical absolu.

Le secret médical (Suite de la discussion). — *M. Bard* après avoir souligné à son tour tout l'intérêt de la question en se plaçant tout spécialement au point de vue des assurances sociales, demande que l'Académie énonce d'abord que toute exception au secret ne peut reposer que sur des textes législatifs limitatifs et précis supprimant toute appréciation individuelle et par suite toute responsabilité éventuelle du médecin. Il conteste ensuite l'utilité, pour prévenir les abus, de la suspension du secret. C'est l'indulgence du médecin qui pousse à l'abus et c'est une réforme psychologique qui est nécessaire. Cette indulgence est aussi nuisible d'ailleurs aux intérêts bien compris des malades qu'à ceux des assurances elles mêmes. Il y aurait utilité à adopter des mesures réglementaires de nature à intéresser les malades tout à la fois à l'économie des frais de traitement et à la rapidité de leur guérison ; utilité également à organiser un contrôle des incapacités de travail et de leur durée en dehors des médecins traitants.

Il est assurément plus facile de compter sur les résultats de la suppression du secret médical que de faire les études nécessaires pour réaliser des dispositions réglementaires utiles et pour organiser un contrôle efficace, mais il serait bon que l'Académie de médecine proclame qu'elle croit de son devoir de mettre en garde les pouvoirs publics contre le caractère illusoire d'une pareille espérance.

L'hypertrophie congénitale du col vésical. — *M. Marion.* — La clinique, l'anatomie pathologique, permettent d'établir qu'il existe une affection provoquant des phénomènes dysuriques allant jusqu'à la rétention, rétention n'étant déterminée ni par des lésions urétrales, ni par des lésions prostatiques, ni par des lésions nerveuses. Ces rétentions ne cessent que le jour où on enlève le col vésical. Etant donnée la précocité du début des accidents, il faut penser qu'il s'agit d'une malformation congénitale constituée par une hypertrophie des fibres musculaires du col vésical et que la seule thérapeutique dans ces cas est la suppression du sphincter vésical.

Pouvoir préventif de l'or dans la syphilis expérimentale. — *M. Levaditi* étudie le pouvoir préventif du thiosulfate d'or et de sodium (crisalbine) par rapport aux propriétés prophylactiques du tellure et du bismuth chez les lapins infectés avec le virus syphilitique de Truffi. Administré par voie intra-musculaire à la dose maxima tolérée et parfaitement curative, l'on ne protège l'animal que pendant une période restreinte ne dépassant pas dix jours. Par contre, le tellure et le bismuth assurent une protection efficace même pendant 117 à 153 jours. Il s'ensuit que l'or est manifestement inférieur au Te et au Bi du point de vue de ses qualités préventives dans la syphilis expérimentale. Ceci paraît être dû à son élimination plus rapide et plus complète.

Le milieu intérieur envisagé dans la série animale. — *M. Portier.*

Election de deux associés nationaux. — Etaient présentés : En première ligne, MM. Jean Lépine (de Lyon) et Abelous (de Toulouse).

En deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bérard (de Lyon), Chavannaz (de Bordeaux), Dévé (de Rouen) et Truc (de Montpellier).

Au premier scrutin, M. Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Lyon, professeur de clinique neurologique et psychiatrique est élu par 52 voix sur 54 votants, contre 1 voix à M. Abelous et 1 voix à M. Truc.

Au deuxième scrutin, M. Abelous, doyen de la Faculté de Toulouse, professeur de physiologie, est élu par 50 voix sur 64 votants, contre 5 voix à M. Bérard, 4 voix à M. Dévé, 4 voix à M. Truc et 1 voix à M. Chavannaz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 30 janvier 1928.

Proteinothérapie vaccinale des névrites. — *M. G. Delater*, au nom de son collaborateur, le Prof. Abramov, apporte les premiers résultats heureux du traitement des névrites par un vaccin microbien. Ce dernier n'agit pas en sa qualité de suspension d'un antigène microbien, mais parce qu'il représente une solution de protéines microbiennes, susceptibles de provoquer un choc humoral bienfaisant localisé dans les troncs nerveux. Il existe, en effet, des affinités électives entre ces nerfs et les protéines de microbes déterminés, une manière de spécificité qui se juxtapose à celle régissant les interactions : organisme — microbes agresseurs. Le « Vaccineurin » allemand qui utilise les autolysats du staphylocoque et de B. prodigiosus, exerce une action élective sur les diverses formes de névrite : traumatiques, infectieuses, toxiques ; il donne d'excellents résultats thérapeutiques quoique au prix de quelques réactions pénibles ; mais il est difficile et coûteux de se le procurer en France. Abramov obtient un autolysat de ces microbes qui est inoffensif, s'injecte tous les 2 à 4 jours, amène une amélioration en 3 à 5 séances, guérit définitivement au bout de 16 à 18 séances : sur 15 malades aigus ou chroniques, 14 guérisons, 1 insuccès. En particulier, un cas de paralysie diphtérique guéri après la 4e séance.

Prophylaxie de la pneumonie post opératoire. — *M. Georges Rosenthal*, à propos d'un article de MM. Jean Quénu et Oberlin, rappelle que la prophylaxie des complications pulmonaires post-opératoires a été étudiée spécialement par Pescher, Petit de la Villéon et Pauchet qui ont utilisé la technique de la spiroscopie.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Excursions par Service d'Auto-Cars.

La Route de Bretagne.

Merveilleux voyage en cinq jours au pays des pardons, des menhirs, des calvaires et des landes mystérieuses.

En raison du succès toujours croissant de leurs services d'auto-cars de grand tourisme, à travers la Bretagne, les Chemins de fer de l'État, d'accord avec la Cie d'Orléans, ont décidé de les reprendre dès juin 1927.

Les départs auront lieu : De Dinard, tous les lundis du 6 juin au 26 septembre inclus ; tous les lundis et mercredis du 1 juillet au 7 septembre inclus.

De Vannes, tous les vendredis du 10 juin au 23 septembre inclus ; tous les vendredis et lundis du 1er juillet au 5 septembre inclus.

Le prix du circuit complet Dinard-Vannes ou réciproquement est de 450 fr., *repas et hôtels non compris.*

Les nombreux touristes qui, pendant la saison estivale, visiteront la Bretagne, la plus originale et la plus curieuse des provinces françaises, voudront certainement avant de la quitter, accomplir ce merveilleux voyage.

Pour renseignements et billets s'adresser à Paris : aux gares de Paris (St-Lazare, Montparnase et Invalides), aux bureaux de tourisme des gares de Paris-St-Lazare et de Paris-Montparnasse et aux grandes agences de voyages ; à Dinan, aux Etablissements Beaudre.

Une validite spéciale sera accordée aux billets d'aller et retour délivrés pour Dinan ou Vannes aux touristes qui effectueront le circuit de « La route de Bretagne ».

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

La Riviera de Nice à Marseille par la route

Pendant l'année 1928, les Autocars P.L.M. effectueront tous les jours le trajet Nice-Marseille et le trajet Marseille-Nice. Les cars suivront, de bout en bout, la côte déchiquetée du littoral dont il est impossible d'apercevoir du train les différents aspects.

Du 11 janvier au 30 avril, un autre Service quotidien d'autocar se superposera tous les jours au précédent. Il effectuera exactement le même trajet, mais plus lentement, en un jour et demi : le voyageur pourra, à son choix, coucher soit à Hyères, soit à Toulon.

Enfin du 11 janvier au 30 avril, sera mis en marche un Service quotidien d'autocar « St-Raphaël-Toulon » et vice versa, qui donnera à la clientèle de la Côte des Maures, de bonnes correspondances avec les principaux trains de et pour Paris.

La trachéofistulisation prolongée voie d'exploration et de traitement endobronchique. — *M. Georges Rosenthal* continue l'étude de sa méthode de trachéofistulisation prolongée qu'il a décrite en 1919. En introduisant à travers des canules non oblitérantes, au-dessous de l'éperon, des poudres opaques sous le contrôle de l'écran, il arrive au niveau des foyers de suppuration profonde ou des bronches qui les commandent. Cette manipulation bénigne et simple deviendra une méthode de traitement par lavage, aspiration ou pansement, des poches de dilatation des bronches, des cavités gangréneuses et des abcès du poumon étiquetés trop souvent pleurésies interlobaires (E. Sergent). De même, elle se substituera le plus souvent possible à la bronchoscopie dans l'introduction expérimentale ou clinique des médications locales nécessaires, comme elle sera utilisée pour des inoculations de laboratoire ou l'introduction de sérum et de vaccins. Le contrôle aux rayons X est ndispensable.

Le traitement des cystites tuberculeuses. — *M. Ch. David* rappelle que le traitement fondamental de la cystite tuberculeuse consiste dans la néphrectomie qui, en supprimant l'apport des bacilles de Koch venant du rein malade, permet à la vessie de se cicatriser. Cependant, malgré cette intervention, il arrive fréquemment que la cystite ne guérisse pas spontanément et réclame un traitement spécial. L'auteur recommande dans ces cas les instillations intra-vesicales de *lipodiol* qui diminuent toujours les douleurs et la fréquence des mictions, et es injections intra-veineuses de gonacrine qui ont dans la cystite tuberculeuse une efficacité remarquable. En outre, les ayons ultra-violets amènent presque dans tous les cas une sédation remarquable. Enfin, dans certains cas où existent des granulations ou des ulcérations localisées, l'electro-coagulation peut procurer la cicatrisation de ces lésions. Comme traitement général, l'auteur recommande le collo-vaccin anti-tuberculeux de Grimberg.

Contribution iconographique à la technique des greffes génitales de l'animal à l'homme. *M. Dartigues* présente en projections de nombreux documents absolument inédits sur les perfectionnements et les progrès qu'il a apportés à la technique des greffes sexuelles en suivant les principes directeurs essentiels de *Voronoff*, c'est-à-dire 1° choix du greffon homéoplastique; 2° élection de la membrane nourricière ; 3° scarification qui permet l'adhésion et l'adaptation organique du greffon. L'auteur ermine en montrant les coupes histologiques prouvant la vitalité du greffon.

E. Perpère.

BIBLIOGRAPHIE

Le Syndrome Maniaque, par le Dr R. Deron Préface de M. le Dr J. Séglas 1 vol. de la Bibliothèque des grands syndromes, in-8° de 372 pages : 55 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs 8, place de l'Odéon Paris (6e)

L'auteur de ce livre, reste dans la tradition des aliénistes de la Salpêtrière, il oppose une conception clinique et, partant, mieux adaptée aux difficultés complexes de la médecine mentale dans sa pratique quotidienne, à la construction schématique de la psychose maniaco-dépressive fondée sur une psychologie toute th orique.

Mais, en critiquant l'édifice Kræpelinien, l'auteur se garde de considérer la nosologie comme une fin et ne perd pas de vue l'intérêt pratique. Qu'il étudie minutieusement la séméiologie psychologique du syndrome maniaque, qu'il expose, en la simplifiant, la classification embrouillée comme à plaisir, des états maniaques, qu'il donne des formes morbides, décrites à tort sous le nom d'états mixtes, une explication purement clinique, il se propose en serrant les faits de plus près, de restreindre autant que possible le nombre d'erreurs de pronostic, — ou, si l'on veut, de diagnostic — inévitables pour quiconque adopte la conception de Kræpelin.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264

FONDÉ EN 1873. — N° 8 LE NUMÉRO: 50 Centimes 25 FÉVRIER 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (Vᵉ)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1ᵉʳ de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr
Belgique	45 fr.
Étranger 1ʳᵉ zone	70 fr.
Étranger 2ᵉ zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — Jeudi 16 février. — Mlle Dreyfus-Sée. L'immunité du nourrisson.

23 février. — M. Nazarian. Le tréparsol dans les affections intestinales. — Mlle Pauc. De quelques médecins, — M. Toubiana. Les névralgies ano-rectales.

Thèses vétérinaires. — M. Bercoff. Arthrites du pied chez l'espèce bovine. — M. Lelet. Rupture de l'estomac dans l'indigestion du cheval.

24 février. — M. Stiffel. Contribution à l'étude des hémoglobinuries. — M. Beaufils. Etude du pronostic et du traitement de l'anémie pernicieuse. — Mlle Hirsch. Douleurs cellulitiques et ménopause.

Thèses vétérinaires. — M. Mabilais. Etude sur la fièvre aphteuse.

25 fevrier. — M. Dupuis. Etude de la peptonothérapie par voie buccale dans l'asthme.

Marine. — Des concours pour les emplois de professeur ci-après auront lieu dans le courant du mois de septembre 1928 et dans les ports qui seront désignés ultérieurement :

1° Professeur d'anatomie topographique, médecine opératoire, médecine légale à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux ;

2° Professeur d'anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort ;

3° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de Toulon ;

4° Professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort ;

5° Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

Ces concours auront lieu dans les conditions fixées par l'arrêté du 29 juin 1908, modifié les 17 juillet 1926 et 27 janvier 1927 (*B.O.M.*, vol. XIII, p. 46).

Par modification aux prescriptions de l'arrêté du 29 juin 1928, les médecins de 1re classe embarqués qui ont accompli au moins une année de service à la mer pourront prendre part au concours à l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

Ouverture d'une Clinique. — Le Dr Pierre-Robin, médecin stomatologiste des hôpitaux, vient d'ouvrir, 50, rue de Rennes (Cour du Dragon), une clinique eumorphique anti-glossoptosique.

Consultations gratuites tous les jours de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Pour tous renseignements et littérature s'adresser : Dr Pierre-Robin, 9, rue Vézelay (8e).

Hôpital Laennec. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr Henri Bourgeois, chef du service d'oto rhino-laryngologie, commencera, le lundi 27 février 1928, une série de leçons sur les suppurations de l'oreille, avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Aubry, Huet, Ill et Louis Leroux, assistants et anciens internes du service.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 heures et comprendra : 1° une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales ; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Programme du cours. — Otite moyenne aiguë suppurée non compliquée de l'adulte : F cloisonnée, F du vieillard, F du diabétique ; Otite moyenne aiguë non suppurée de l'enfance ; otites des maladies infectieuses ; mastoïdites aiguës, otite moyenne purulente chronique : paralysies du VIIe, du VIe, névralgie du Ve au cours des otites suppurées ; trépanation de la mastoïde ; Evidement pétro-mastoïdien classique ; Evidement pétro-mastoïdien partiel, physiopathologie du labyrinthe et son examen clinique au cours des otites ; le labyrinthe dans les otites aiguës ; le labyrinthe dans les otites chroniques : chirurgie du labyrinthe ; otite tuberculeuse ; syphilis et suppuration de l'oreille.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. S'inscrire au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec, auprès du Dr Pierre Huet, assistant du service. Droit d'inscription : 300 francs.

Le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet et Lemoine, commenceront, le 19 mars 1928, une série de huit leçons sur la diathermie et oto-rhino-laringologie. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre les 19 et 20 mars à 16 heures.

Pogramme du cours. — 1° Principes électriques ; 2° appareils de diathermie ; 3° physiopathologie, techniques ; 4° tumeurs ; 5° tuberculose des voies respiratoires, lupus ; 6° amygdalites chroniques ; 7° rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens ; 8° siénoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laennec.

Croisière annuelle de « Bruxelles-Médical ». — La croisière médicale annuelle organisée par *Bruxelles-Médical* s'effectuera cette année à bord du paquebot de grand luxe *Brazza*, dont l'exclusivité est réservée à notre confrère qui l'a affrété. Nul ne pourra prendre place à bord s'il n'est médecin (et familles) ou avalisé par un médecin.

Le *Brazza* est un bateau au mazouth à deux cheminées, 16.000 tonnes déplac., 144 m. de long, 19 m. de large ; 270 places de première A et B ; 70 places d'étudiants, salons, fumoirs, palmarium, café-terasse, mécanothérapie, théâtre d'enfants, salon de dames, salon de bridge, 31 salles de bains ; il vient d'accomplir son premier voyage. Les organisateurs ajoutent :

« Un prix médical forfaitaire comprenant tous frais : chemins de fer, navigation, vie à bord, excursions, sera établi. Nous pensons pouvoir en donner bientôt l'échelle à tarif médical réduit. Nous insistons pour que les médecins et leurs familles (femmes, enfants prennent date dès maintenant. Quant aux personnes étrangères qu'ils désireraient amener avec eux, leur inscription ne peut être prise actuellement que sous réserves. Les mêmes dispositions s'appliquent aux étudiants en médecine (parents admis).

N. B. — Un train spécial conduira les passagers de Paris à Bordeaux (quai du *Brazza*). Le trajet de la Corogne à Vigo se fera par auto, avec visite de Saint-Jacques de Compostelle. — Porto : visite de la ville et des environs — Madère : visite de l'île. — Ténériffe : visite de l'île et excursion au Pic de Ténériffe. — Las Palmas, visite de la Canarie. — Casablanca (excursion à Rabat et Salé. Facultatif : Meknès ou Mazagan). — Ajacio : circuit de Corse.

Renseignements et inscriptions dès maintenant à la *Section des Voyages de Bruxelles-Médical*, 20, boulevard Adolphe Max, à Bruxelles ».

Assemblée générale annuelle des sages femmes de France. — L'assemblée générale annuelle des sages-femmes de France a eu lieu le dimanche 12 février sous la présidence du Dr Lemeland, accoucheur des hôpitaux. M. Gérard Strauss fit une conférence sur « les nouveaux statuts des sages-femmes françaises ».

Il fut question du projet Gaffort, lequel propose la création d'un corps de sages-femmes d'Etat. Les traitements prévus ont été unanimement trouvés trop faibles.

Le projet Mossé fut exposé par Mlle Mossé, sage femme en chef de la Maternité de Paris. Il tend à mettre fin aux agissement des faiseuses d'anges, à les démasquer et propose une revision des traitements, basée sur ces nouveaux statuts.

Action en dommages-intérêts intentée contre un pharmacien pour vente de spécialités pharmaceutiques au-dessous du prix marqué. — Le syndicat des pharmaciens de Vaucluse et des Basses-Alpes reprochait à un pharmacien d'Avignon, M. Bicheron, d'avoir, contrairement à la défense faite par leurs fournisseurs à tous les pharmaciens, vendu des spécialités à un prix inférieur à celui marqué, et de se livrer à une publicité de nature à porter un grave préjudice aux autres pharmaciens. Le Tribunal de Commerce de l'arrondissement d'Avignon a rejeté la demande du syndicat des pharmaciens en cent mille francs de dommages intérêts et l'a condamné aux entiers dépens.

Dans une deuxième affaire de concurrence déloyale également reprochée à ce même pharmacien par une firme de lait condensé, le Syndicat de réglementation et M. Arsac, pharmacien, pour avoir consenti un rabais déguisé sur des produits pharmaceutiques spéciaux, le Tribunal de Commerce d'Avignon a déclaré responsable le pharmacien Bicheron de deux infractions nouvelles et, en réparation du préjudice causé l'a condamné à verser au syndicat de réglementation 400 francs ; à la firme de lait condensé, 100 fr. et à M. Arsac, 100 fr. et ce, à titre de dommage-intérêts et l'a condamné en outre à tous les dépens.

Une troisième affaire concernant toujours le même pharmacien va être prochainement appelée devant le Tribunal départemental de Vaucluse.

Congrès des médecins sportifs. — L'ouverture du Congrès international des médecins sportifs a eu lieu à St-Moritz, le jeudi 16 février. Quatorze nations etaient représentées.

Le congrès a décidé à l'unanimité de créer une association internationale des médecins sportifs. M. Knoll (Suisse) a été nommé président du bureau et M. Mallwitz (Allemagne) secrétaire général. M. le Dr Latarjet, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, représentait la France au comité.

Lyon. — Le roi d'Afghnaistan a promis d'envoyer l'an prochain trois cents de ses jeunes sujets étudier la médecine à Lyon. Trois cents ! Le chiffre émut la Faculté de médecine au point qu'on demanda à l'interprète s'il n'avait pas décuplé pour le moins la décision du souverain. L'interprète maintint paraît-il l'exactitude du chiffre. L'Université de Lyon doit donc se préparer à cette invasion afghane massive, mais sympathique. (*Progrès de Lyon.*)

IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto neuro-ophtalmologie.— Le IIe Congrès des Sociétés françaises d'oto neuro-ophtalmologie se tiendra à Marseille, les vendredi 25, samedi 26 et dimanche 27 mai 1928. Des rapports seront présentés et discutés sur « les spasmes vasculaires en oto-neuro-ophtalmologie ». Les rapporteurs sont MM. Bremer (Bruxelles), Aubaret et Sedan (Marseille) et Portmann (Bordeaux).

Les communications devront porter uniquement sur les questions se rapportant au sujet indiqué ci-dessus ; le titre de ces communications devra être adressé dès que possible au secrétaire général, et au plus tard, le 15 mars 1928.

Le programme détaillé des séances sera annoncé ultérieurement. Le secrétaire général E. Velter, 38, avenue du Président-Wilson Paris (16e).

Nécrologie. — M. le Dr Paul Douillet, médecin principal en retraite, décédé à Grenoble à l'âge de 65 ans. — Dr Lhote, de Lens.

BIBLIOGRAPHIE

La cruauté, par René GUYNE. Un volume in-16 de 154 pages. Alcan, éditeur, Paris, 1927.

Le livre de M. Guyne est particulièrement intéressant pour les moralistes et les psychologues, car il donne une analyse complète de ce défaut. L'auteur indique les caractéristiques de la cruauté et aboutit à une excellente définition. Il fournit une étude très fouillée des manifestations de la cruauté : cruauté physique et morale, cruauté envers ses semblables et les animaux. Un chapitre sur l'historique de la cruauté (lisez la cruauté à travers les âges) est fort intéressant. Quelle est la valeur morale du défaut ? Une réponse rationnelle et décisive est donnée. Pour terminer M. Guyne indique comment la loi devrait être modifiée et perfectionnée pour enrayer la cruauté et certaines de ses manifestations passées dans les usages (chasse, courses de taureaux, etc.)

L'auteur n'a pas cru, et je le regrette, nécessaire de montrer les relations de la cruauté et avec la perversité constitutionnelle et avec les tares dégénératives. De ce fait il n'a pas envisagé la réforme judiciaire cependant bien urgente pour défendre la société contre la catégorie des cruels pervers.

Mais ce volume étant resté surtout psychologique et moral, je ne puis dire que c'est un oubli ; j'assure que c'est un regret en me plaçant uniquement dans le plan médico-social. G. P.-B.

Diathermie et diathermothérapie, par le Dr H. BORDIER. Préface de BERGONIÉ, 4e édition revue et augmentée, 1928, 1 volume in-8 de 630 pages avec 240 figures. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences) : 60 frs. J. B. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur a donné une certaine ampleur au chapitre se rapportant à la propagation des courants de haute fréquence en général à travers les milieux électrolytiques et colloïdaux, et surtout à travers les tissus vivants : c'est une question fondamentale pour le médecin qui désire être instruit sur les circonstances qui accompagnent et régissent les lois complexes de cette propagation.

Le lecteur trouvera plusieurs paragraphes nouveaux, aussi bien dans les chapitres consacrés à la diathermie chirurgicale que dans ceux consacrés à la diathermie médicale.

Il constatera l'importance que commence à prendre la diathermo-coagulation dans les Centres anti-cancéreux et en particulier à Bordeaux sous l'intelligente et active direction du professeur Réchou.

Il verra que dans certains cancers la diathermo-coagulation est nettement supérieure aux rayons X et au radium.

Il lira les passages se rapportant aux belles guérisons obtenues sur un certain nombre de victimes des petites et des fortes doses de rayons X (cancer des radiologistes et radiothermites ulcéreuses).

Dans la partie consacrée aux applications d'ordre médical, l'auteur a donné un plus grand développement à certains paragraphes.

Les provinces de France illustrées et leurs divisions départementales, illustrées en 4 couleurs, par J.-P. PINCHON. (Editions Ed. Blondel La Rougery, 7, rue Saint-Lazare, Paris (9e). Prix de l'Album relié carton, dos toile : 18 fr.

Ce magnifique album, composé de 48 planches tirées en 4 couleurs, d'un format de 24 × 30, ornées de vignettes, représente toutes les provinces de France suivant les délimitations arrêtées en 1789.

En regard de chaque planche d'illustrations, la partie instructive est donnée par une carte géographique en 4 couleurs montrant la délimitation des départements actuels et celle des anciennes provinces dans lesquelles ils sont enclavés.

Une courte notice donne l'historique des provinces, les causes de leur rattachement à la France, l'énumération des départements leurs chef-lieux, et par ordre alphabétique, leurs sous-préfectures. Une carte départementale de la France complète cet ouvrage.

Les vignettes illustrant chaque planche sont traduites par une notice explicative.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de spirochétose compliqué de souffle orificiel de l'aorte

Par MM. LOEPER, E. SCHULMANN et A. LEMAIRE.

Les manifestations cardio-vasculaires de la spirochétose ictérigène sont loin d'être fréquentes : on ne trouve en effet, dans la littérature médicale, que de fort rares indications sur ce sujet.

S. Costa et J. Troisier (1) ont rapporté quatre cas de dilatation cardiaque aiguë survenue à la période préictérique de la maladie. Ce syndrome est constitué par l'augmentation de la matité cardiaque, l'assourdissement du premier bruit, parfois un rythme de galop léger, sans modification du pouls. Les accidents sont ordinairement temporaires et disparaissent en une semaine.

J. Troisier (2), dans son article du Traité de Sergent, écrit que les troubles cardiaques sont loin d'être exceptionnels : dans les formes graves ils peuvent survenir très brusquement, s'accompagner de tachycardie et d'hypotension, sans comporter cependant un pronostic toujours sévère.

Les manifestations aortiques sont par contre exceptionnelles.

M. Garnier et J. Reilly (3), qui, durant la guerre, ont pu observer un grand nombre de spirochétoses ictérigènes, n'en signalent qu'un cas. Il s'agissait d'un soldat de 25 ans, hospitalisé à l'hôpital de Bar-le-Duc pour une spirochétose particulièrement sévère (anurie prolongée, convulsions épileptiformes, azotémie élevée.) Au quarantième jour, alors que l'ictère avait disparu et que le malade paraissait entrer en convalescence, survinrent de la gêne intra thoracique, des douleurs à la déglutition puis des vomissements.

L'auscultation décela un souffle diastolique ayant son maximum au troisième espace intercostal sur le bord gauche du sternum. Il s'agissait très vraisemblablement d'une poussée d'aortite, dont les signes fonctionnels disparurent en quelques jours, mais dont le souffle d'insuffisance aortique persista alors que le pouls devenait bondissant. C'est dans cet état qu'au bout de cinq semaines le soldat quitta l'hôpital. Il fut revu plusieurs mois plus tard : selon une communication orale de Marcel Garnier, le souffle avait disparu et le pouls avait repris ses caractères normaux.

En dehors de cette observation d'insuffisance aortique transitoire, M. Garnier et J. Reilly (4) n'ont constaté qu'un cas de souffle anémique de la base du cœur et des vaisseaux du cou (obs. VI) survenu pendant la convalescence.

Nous rapportons ci-après une observation qui mérite d'être rapprochée de celle de Garnier et Reilly, surtout par son mode d'évolution.

Lam... Emile, 26 ans, employé de bureau, entre salle Lorain à l'Hôpital Tenon, le 14 août, pour un ictère. Le début remonte au 5 août : il a été pris brusquement en pleine santé d'un malaise général, avec étourdissements.

Il se couche ; le lendemain, apparaissent une céphalée légère et surtout des douleurs dans le cou et dans la nuque qui font porter le diagnostic de torticolis. L'anorexie est complète mais il n'y a ni vomissements, ni nausées, ni diarrhée. La température oscille entre 37 et 39°, elle s'accompagne de sueurs profuses. Cet état infectieux d'apparence banale persiste cinq jours, sans autre modification qu'une asthénie considérable et sans qu'un diagnostic précis puisse être porté. Au sixième jour survient un ictère qui se généralise et accentue rapidement sa teinte en même temps que descend la fièvre.

Le 14 août, à l'examen, l'attention est aussitôt attirée par l'ictère intense du malade ; la teinte grenade mûre à reflets orangés bien particulière, surtout très nette au visage, évoque de suite l'idée d'une spirochétose.

Les urines sont foncées, choluriques, d'abondance moyenne. Les matières ne sont que partiellement décolorées. Il n'y a pas de prurit ni de bradycardie. Le foie est gros, il déborde de trois travers de doigt les fausses côtes ; il apparaît régulier et n'est pas douloureux. La rate est percutable.

On ne trouve pas de signes d'irritation méningée, mais un hoquet persistant qui entraîne une insomnie pénible : il n'y a pas d'herpès. L'auscultation du cœur et du poumon est normale.

Les urines, légèrement albumineuses, d'abord abondantes (3 litres) s'abaissent à un litre au bout de deux jours, l'analyse donne les chiffres suivants en urée : 23 grammes au litre, 39 gr. 5 par vingt-quatre heures. A la même date (19 août) l'urée sanguine est très élevée, à 1 gr. 70.

Le tableau clinique reste sensiblement le même jusqu'au 23 août. A ce moment, soit neuf jours après le début de la jaunisse, nous sommes frappés par la modification du pouls jusque-là normal par son allure brusquement bondissante et dépressible, affectant le type de Corrigan le plus pur. Il n'a pas d'arythmie : la tension artérielle recherchée à l'oscilliomètre de Pachon donne 5 comme minima, 19 comme maxima. Il y a encore un pouls capillaire visible au front et sur le rebord unguéal, une vibrance artérielle généralisée : en un mot tous les signes périphériques d'une fuite sigmoïdienne aortique.

Le cœur, qui à l'entrée du malade était normal, laisse entendre à l'auscultation un souffle systolique net, à siège basal, a propagation ascendante parasternale, dont toutefois le maximum réside un peu en dehors du foyer aortique habituel. Il est difficile d'affirmer avec certitude l'existence d'un souffle diastolique, le second bruit est surtout prolongé ; la station debout, l'effort même, ne le modifient guère.

Durant le séjour du malade des examens complémentaires sont institués ; la réaction de Wassermann, le séro-diagnostic du bacille d'Eberth donnent une réponse négative. *L'agglutination* au *spirochète ictero hemorragiae*, faite dans le laboratoire de M. Petit est fortement *positive*. Le même parasite est retrouvé dans les urines qui inoculés au *cobaye* lui donnent au douzième jour un *ictère typique*.

A partir du 21 août, soit le seizième jour après le début de la maladie, une crise urinaire s'installe, la diurèse atteint 4 litres en vingt-quatre heures, tandis que l'urée sanguine descend à 0 gr. 45. La tension artérielle suit une marche parallèle et revient vers un état normal. Voici les chiffres des différences observées :

	Max.	Minim.
le 31 aout	15	7
3 septembre	12	7
7 —	13	7.5
13 —	13	7
19 —	13	7
26 —	14	6
3 Octobre	15	8
10 Octobre	15	9

Dans le même temps on assiste à la disparition progressive du syndrome vasculaire périphérique, puis du souffle de la base. Au début du mois d'octobre, on ne ne note plus qu'une anisosphygmie manifeste et une grande instabilité cardiaque dont le rythme s'accélère au moindre effort.

La convalescence suit alors son cours normal, l'ictère diminue très régulièrement ; il laisse à sa suite une asthénie considérable, une alopécie diffuse, une anémie importante à moins de trois millions de globules rouges. Un léger œdème périmalléolaire existe au lever, il ne dure pas et l'examen des urines est tout à fait normal, aucune séquelle rénale ou hépatique ne subsiste.

Le malade est revu au mois de novembre, son état de santé est excellent, l'auscultation du cœur n'offre rien de particulier.

Il est utile de signaler que cet homme était un habitué des bains de Seine et de différentes piscines et que c'est à cette

(1) S. COSTA et J. TROISIER., — De la dilatation cardiaque aiguë dans la spirochétose ictéro-hémorragique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1917, p. 638.

(2) J. TROISIER. — Article spirochétose ictéro-hémorragique in *Traité* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. XIV, p. 293 (1re édition).

(3) M. GARNIER et J. REILLY. — L'ictère infectieux à spirochètes. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 26 décembre 1916, p. 2249.

(4) *Ibidem*.

fréquentation qu'il faut sans doute attribuer l'origine de sa spirochétose.

Rien par ailleurs dans ses antécédents n'offre d'intérêt. »

Cette observation, qui se superpose très exactement à celle de Marcel Garnier et Reilly, mérite quelques réflexions. Il est indéniable que notre malade a présenté durant l'évolution de sa spirochétose, et d'une façon transitoire, un *syndrome sigmoïdien aortique*. Il est plus difficile d'en préciser le mécanisme.

L'idée qui vient à l'esprit est celle d'une *lésion aortique*. A première vue, elle n'a rien qui doive surprendre si l'on songe à l'affinité de certains tréponèmes pour l'aorte. Il semble que ce rapprochement doive être fait plus particulièrement avec le leptospira icteroïdes, agent de la fièvre jaune, et ceci pour deux raisons : c'est que d'une part le leptospire de Noguchi et le spirochete ictero-hemorragiæ apparaissent chaque jour de plus en plus voisins — Seigo Hosoza et G.-H. Stephanopoulo (1) leur trouvent même des propriétés sérologiques et immunologiques identiques — et que, d'autre part, les lésions aortiques ne sont pas exceptionnelles, au cours de la fièvre jaune. A côté de l'endocardite marginale graisseuse des valves de la mitrale, qui s'y révèle presque constante, Azevedo Sodré (2) note quelquefois l'épaississement des sigmoïdes aortiques, principalement de l'intercoronaire. Sodré et Couto rapportent même des cas d'aortite ulcéreuse. L'aortite paraît donc logiquement possible au cours de la spirochétose ictérigène. Il ne nous semble cependant pas que cette lésion puisse être incriminée d'une façon formelle dans notre cas, pour la raison que les signes aortiques ont été transitoires : il est tout au moins exceptionnel qu'une aortite aiguë sigmoïdienne guérisse sans laisser de séquelles.

Il nous semble plus vraisemblable de rattacher les manifestations qu'a présentées notre malade à un trouble aortique fonctionnel. Les très intéressantes recherches de Ch. Laubry (3) et ses élèves, en montrant qu'il n'était pas rare, ont précisé son mécanisme.

Elles prouvent, en particulier, que l'orifice aortique n'est pas un simple anneau fibreux muni de valves et passivement chargé de soutenir le poids de la colonne aortique ; mais qu'il est étayé par des fibres musculaires propres, et qu'il suit pour une part la fortune fonctionnelle du myocarde.

Aux dires de Costa et Troisier, la dilatation aiguë du cœur n'est pas exceptionnelle au cours de la spirochétose ictérigène. Ne peut-on penser que l'atteinte toxique ou infectieuse du myocarde puisse se localiser en certains points, tels l'infundibulum aortique, à titre définitif ou temporaire, et y déterminer une *hypotonie limitée*, s'apparentant au syndrome que Laubry et ses élèves ont décrit sous le nom de myocardie partielle ? C'est un mécanisme de ce genre que nous serions portés à admettre chez notre malade, expliquant par une myocardie régionale l'insuffisance aortique temporaire qu'il a présentée, considérant son souffle systolique comme un souffle d'origine vasculaire (au tronc brachiocéphalique ou sous-clavier) plutôt que comme un souffle aortique.

Sans nous étendre davantage sur cette pathogénie délicate des manifestations aortiques transitoires de la spirochétose ictérigène, nous conclurons en insistant sur la vulnérabilité du cœur au cours de cette affection. Qu'il s'agisse d'une altération valvulaire organique ou d'un trouble fonctionnel, il n'en reste pas moins que de telles manifestations ont une importance certaine, car elles peuvent modifier le pronostic immédiat ou lointain de l'affection parasitaire.

(1) Seigo Hosoza et G.-H. Stefanopoulo. — Sur la différenciation de leptospiro ictéroïdes de spirochete ictero-hemorragiæ et de certains autres spirochetes voisins. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 26 nov. 1927.

(2) Azevedo Sodré. — Article fièvre jaune in *Traité de Médecine de Roger, Widal et Teissier*, t. III, 3.

(3) Ch. Laubry et Ed. Doumer. — L'insuffisance aortique fonctionnelle d'origine myocardique, son diagnostic, sa valeur séméiologique. *Bull. Méd.*, 27 février 1926, p. 24.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles

Par M. le professeur **NOBÉCOURT**.

Dans ma première leçon de cette année, qui est reproduite dans le *Journal des Praticiens* du 7 janvier, je vous ai parlé de la période pubertaire.

Pendant cette période, l'organisme subit des transformations importantes, qui entraînent des conditions particulières vis-à-vis des maladies. Il convient d'étudier, de ce point de vue, les principales d'entre elles, séparément chez les filles et les garçons.

Aujourd'hui, je désire, pour étudier les *rapports de la tuberculose avec la puberté* chez les filles, profiter de la présence, dans la salle Parrot, de cinq filles âgées de 13 à 15 ans, soignées pour tuberculose pulmonaire depuis plus ou moins longtemps.

Deux ordres de problèmes se posent : le premier est l'influence de la tuberculose pulmonaire sur les phénomènes de la puberté ; le second est l'influence de la puberté sur la tuberculose pulmonaire.

Aujourd'hui, je passerai en revue les modifications que peut apporter la tuberculose à l'évolution pubertaire, et notamment son action sur la croissance staturale, les caractères sexuels secondaires et la menstruation.

Chez les filles, la période pubertaire débute au moment de l'apparition des poils au pubis, entre 12 et 13 ans ; l'éclosion de la puberté, caractérisée par la première menstruation, a lieu un an après le début, en général vers 13 ans ; la phase terminale se poursuit jusque vers 15 ans. Cette période s'étend en moyenne de 12 à 15 ans ; assez souvent elle est, soit avancée, soit retardée.

***

Cette fille, Suzanne..., est née le 22 juin 1912. Son père est mort en 1917 de tuberculose. En 1923, à l'âge de 11 ans, elle présente des adénites cervicales caséeuses qui s'ouvrent à la peau et se fistulisent. Elle est soignée à Berck et guérit en conservant des cicatrices.

Au début d'avril 1925, à 12 ans 10 mois, elle commence à éprouver de la fatigue et de l'essoufflement : elle a de l'anorexie, des sueurs nocturnes, un état fébrile, une toux sèche : elle maigrit.

Elle entre dans le service le 30 avril 1925, à l'âge de 12 ans 11 mois. Elle a de la fièvre. On constate quelques ganglions cervicaux, des signes d'infiltration tuberculeuse du poumon droit. On porte le diagnostic de broncho-pneumonie caséeuse. On institue le traitement par le pneumothorax, qui est maintenu depuis. La fièvre diminue lentement, la température devient normale au bout de deux mois, au commencement de juillet.

Entre temps, est apparu un épanchement séro-fibrineux de la plèvre du côté où siège le pneumothorax.

L'apyrexie persiste. Le poids n'augmente guère cependant. En octobre, l'apyrexie étant définitive, nous commençons un traitement par les rayons ultra-violets. Le poids, jusque-là stationnaire, augmente dans de fortes proportions.

L'enfant quitte l'hôpital le 14 juin 1926 pour Villepinte, où elle reste dix mois.

En octobre 1927, elle est reprise de toux, d'une petite fièvre, et se met à maigrir. Elle rentre ici le 10 novembre, à l'âge de 15 ans et 5 mois. Le pneumothorax a été continué. Nous trouvons au sommet du côté opposé des signes suspects, qui s'atténuent assez vite. La malade

(1) Leçon du 21 janvier 1928, recueillie par le Dr Laporte.

devient bientôt apyrétique. Actuellement, elle a 15 ans 7 mois ; son état général est bon.

Nous la suivons depuis deux ans et demi environ. Voyons comment s'est effectué sa *croissance staturale*.

Sa taille est successivement :

à 12 ans 11 mois	147 cm.
à 13 —	148 —
à 13 — 1 mois	149 —
à 13 — 5 —	150 —
à 13 — 10 —	151 —
à 15 — 0 —	152 —

Sa taille est donc celle des filles normales du même âge :

13 ans	146 cm.
14 —	150 —
15 —	152 —
16 —	153 —

Sa croissance staturale est donc tout à fait régulière : elle peut être prise comme exemple de type normal.

Son *poids* a toujours été notablement supérieur aux moyennes :

à 13 ans	38 kg. 500, soit	+ 3 %
à 14 —	48 kg. 500, —	+ 15 %
à 15 — 6 mois	50 kg. 700, —	+ 5 %

Le rapport $\frac{P}{T}$ est également supérieur.

à 13 ans	260, soit	+ 8 %
à 14 —	321, —	+ 17 %
à 15 — 6 mois	333, —	+ 12 %

Les caractères anthropométriques, établis le 17 janvier 1923, à 13 ans et 7 mois, sont les suivants, par rapport aux filles du même âge :

T = 150 cm. 5	soit	+ 1 %
$\frac{S}{B}$ = 0,88	normal	
P = 42 kgr. 200	soit	+ 7 %
$\frac{P}{T}$ = 280	—	+ 6 %
Pt = 79 cm	—	+ 15 %
$\frac{Pt}{T}$ = 52	—	+ 13 %
Pignet 29	—	— 23 %

Donc, la croissance segmentaire $\frac{S}{B}$ est normale. Par contre, la corpulence est forte, ainsi qu'en témoignent le poids, le périmètre thoracique les rapports du poids à la taille et du périmètre thoracique à la taille, qui sont au dessus des moyennes et enfin le coefficient de Pignet qui est faible.

Actuellement, à 15 ans 7 mois, nous faisons des constatations semblables :

T = 152 cm 5	normal	
$\frac{S}{T}$ = 0.85	id.	
P = 51 kg. 200	soit	+ 3 %
$\frac{P}{T}$ = 336	—	+ 13 %
Pt = 78 cm	—	+ 3 %
$\frac{Pt}{T}$ = 51	—	+ 3 %
Pignet 23	—	— 30 %

Sur les *radiographies* des genoux et des mains faites le 4 janvier, nous constatons la disparition des cartilages dia-épiphysaires des extrémités inférieures des fémurs, supérieures des tibias, des extrémités des péronés ; des extrémités inférieures des radius des cubitus, des métacarpiens, des extrémités inférieures des phalanges. Le processus d'ossification des cartilages dia-épiphysaires, qui contribue à l'allongement des membres, est donc achevé.

Du point de vue des *caractères sexuels secondaires*, à 12 ans 11 mois, les seins étaient déjà bien formés, les poils pubiens et axillaires fournis.

Actuellement, cette malade a tous les attributs d'une jeune fille.

Elle a été réglée à 12 ans et demi. Elle a eu des menstruations irrégulières, souvent tous les quinze jours, d'une durée de deux jours, jusqu'en avril 1925, à l'âge de 12 ans 10 mois, où les règles se sont supprimées ; c'est à ce moment qu'a débuté la tuberculose pulmonaire. Après une interruption de six mois, les règles sont réapparues du 20 au 23 novembre 1925 : en même temps, l'enfant commençait à reprendre du poids.

Depuis, la menstruation n'a plus été interrompue. Les règles sont un peu fréquentes, tous les quinze ou vingt jours, rarement espacées d'un mois ; une seule fois l'intervalle a été de cinquante-cinq jours. Les menstrues durent cinq ou six jours, sont d'abondance moyenne, ne s'accompagnent pas de fièvre.

La deuxième enfant que voici, Yvonne, est née le 22 février 1913. Sa mère et une sœur, de quatre ans plus jeune, sont bien portantes. Cinq autres frères et sœurs sont morts en bas-âge, plusieurs, paraît-il, de méningite. Son père, depuis le début de 1927, tousse, crache et maigrit. Elle s'est développée régulièrement et a toujours été bien portante, sauf une grippe à 9 mois. Cependant à 11 ans, en février 1924, elle a eu une hémoptysie.

Elle a commencé à travailler à l'âge de 13 ans 8 mois en octobre 1926, comme apprentie couturière, puis, à partir de décembre, dans un bureau qu'elle a quitté seulement pour entrer à l'hôpital.

En avril 1926, à 13 ans et demi, avant le début du travail, elle pâlit, perd l'appétit, maigrit, a une toux sèche, des sueurs nocturnes. Ces troubles augmentent graduellement. Finalement, survient une hémoptysie qui détermine l'entrée à l'hôpital, le 28 septembre 1927.

A ce moment l'enfant est âgée de 14 ans 7 mois. Elle est malade depuis un an environ. Elle est complètement apyrétique. Elle est pâle, les conjonctives décolorées, mais ne paraît pas amaigrie.

Le poumon droit paraît sain.

A gauche, on trouve dans la région sus-épineuse de la submatité, un souffle expiratoire doux, quelques râles humides après la toux.

La radiographie montre, dans la région supérieure du poumon gauche, de l'opacité avec quelques taches claires faisant penser à l'existence de cavernules.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann est négatif (H[7]), le Hecht légèrement positif.

Nous pratiquons, le 30 septembre, un pneumothorax thérapeutique, qui est continué encore actuellement.

L'enfant reste apyrétique. Son état général est satisfaisant. Elle a aujourd'hui 14 ans 11 mois.

Cette fille est de *taille* élevée. Elle mesure à 14 ans 7 mois, 158 cm., à 14 ans 9 mois et encore actuellement 159 cm.

Son *poids* est :

A 14 ans : 45 kg. 500.
A 14 ans 9 mois : 46 kg. 500.
A 14 ans 10 mois : 47 kg. 900.
Il a augmenté de 2 kg. 400 en trois mois.

Voici les *caractères anthropométriques*, au début de janvier, à 14 ans 10 mois :

T = 159 cm	soit	+ 4 %
$\frac{S}{B}$ = 0,96	—	+ 0,08 %
P = 47 kg. 300	—	+ 8 %
$\frac{P}{T}$ = 297	—	+ 3 %

Pt =	72	— — 2 %
$\frac{Pt}{T}$ =	45	— 6 %
Pignet	39	— 12 %

Donc, cette fille a une taille supérieure de 4 % à la moyenne de son âge ; elle est macroskèle, puisque le rapport de Manouvrier $\frac{S}{B}$ est 0,96 au lieu de 0,88. D'autre part, son poids est supérieur à la moyenne mais son périmètre thoracique un peu moindre. Aussi le coefficient de Pignet, supérieur à la moyenne, témoigne d'une corpulence trop faible pour sa taille.

Sur la radiongraphie des genoux, on constate, au niveau de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia, une ligne dia-épiphysaire foncée, clivée en certains points par une ligne transparente indiquant la persistance du cartilage dia-épiphysaire. Sur la radiographie des poignets et des mains, au niveau de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, le cartilage dia-épiphysaire, est bien apparent : il en est de même au niveau de l'extrémité inférieure de la plupart des métacarpiens. Donc, l'ossification dia-épiphysaire n'est pas encore achevée, à 14 ans 10 mois.

Les *caractères sexuels secondaires* sont bien développés.

Quand nous examinons l'enfant pour la première fois, à 14 ans 7 mois, les seins sont formés, les poils pubiens et axillaires bien fournis.

Elle a eu ses premières règles à 13 ans et demi. Ses menstruations sont assez irrégulières, revenant souvent tous les quinze jours, durant cinq ou six jours, d'abondance moyenne. Elles ne provoquent pas de mouvement fébrile. Les règles persistent malgré la tuberculose pulmonaire.

Cette troisième fille, Andrée, est née le 23 mai 1913. Elle est fille unique. Son père est mort de fièvre typhoïde, sa mère est bien portante. Elle est née à terme, avec un poids élevé, 4 kil. 500, dit-on. A 7 ans, elle a eu une rougeole suivie de bronchite ; à 10 ans, la coqueluche.

Elle va encore en classe, quand débute la maladie actuelle. Au commencement de juin 1927, à l'âge de 14 ans, l'enfant a une laryngite et des ganglions sous-maxillaires pendant une quinzaine de jours. Puis la fièvre s'installe (38° matin, 39° soir), avec de l'expectoration, dans laquelle on trouve de rares bacilles de Koch, et des sueurs nocturnes, de l'anorexie, un amaigrissement rapide.

La malade entre dans le service le 19 septembre 1927. Elle a 14 ans 4 mois et est malade depuis trois mois.

La température est d'abord autour de 38° et plus tard de 39°.

Nous trouvons de la submatité sur toute la hauteur du poumon droit et quelques craquements au sommet. La respiration est soufflante dans l'espace interscapulo-vertébral droit. La radiographie montre sur le champ pulmonaire droit un aspect pommelé et des cavernules, à la partie supérieure. L'expectoration contient de nombreux bacilles de Koch.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H⁷) et le Hecht sont négatifs.

Le 26 septembre, M. Lebée commence le pneumothorax qui est continué depuis. La température s'abaisse à partir de la fin d'octobre, l'apyrexie est fréquente ; depuis le milieu de décembre, elle est permanente.

A son entrée, à 14 ans 4 mois, Andrée mesure 157 cm., trois mois plus tard, à 14 ans 7 mois, 158 cm

Le poids, aux mêmes âges, est de 41 kg. 200 et 41 kg. 600. Depuis décembre il augmente et est actuellement de 42 kg. 200.

Voici les caractères anthropométriques au début de janvier, à 14 ans 7 mois.

T =	158 cm	soit + 4 %
$\frac{S}{B}$ =	0,93	— + 0,05 %
P =	41 kg. 200	— — 3 %
$\frac{P}{T}$ =	260	— — 7 %
Pt =	71	— — 1 %
$\frac{Pt}{T}$ =	45	— — 4 %
Pignet	45,8	— + 20 %

Donc, cette fille est grande pour son âge, mais à peu près mésoskèle. Par contre, sa corpulence est faible et le coefficient de Pignet très élevé, parce que son périmètre thoracique et surtout son poids sont inférieurs aux moyennes.

Les radiographies du squelette, faites le 4 janvier, montrent que la zone dia-épiphysaire est à peine visible sur les extrémités inférieures des fémurs et supérieures des tibias ; que les cartilages dia-épiphysaires des extrémités inférieures du cubitus et du radius sont très réduits et visibles seulement par places, que ceux des métacarpiens ne sont pas visibles. L'ossification dia-épiphysaire est presque achevée.

Les caractères sexuels secondaires étaient aussi développés à 14 ans 4 mois qu'aujourd'hui. Les poils pubiens et axillaires sont fournis, les seins bien formés.

Cette fille a eu ses premières règles à 12 ans. Les règles étaient régulières, durant une huitaine de jours. Elles ont disparu à 14 ans 3 mois.

La quatrième malade, Marguerite, est née le 1er mars 1914. Ses parents sont bien portants ainsi qu'une sœur, son aînée de trois ans. Elle est née à terme, avec un poids de 3 kg. 100, a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à 11 mois et a marché à 15 mois. Elle n'a jamais été malade.

Sa famille vit dans de mauvaises conditions de logement et d'hygiène.

Elle commence à travailler en juillet 1926 à 12 ans et 4 mois. Elle travaille le verre à la flamme dans une fabrique d'instruments médicaux. Elle doit interrompre son travail en juillet et août 1927 pour fatigue ; elle grandit beaucoup. Puis elle le reprend et l'abandonne définitivement en décembre, à cause de sa santé.

La maladie actuelle a débuté en septembre 1926. A 13 ans et demi elle a commencé à tousser et à maigrir. A la fin de novembre, l'amaigrissement s'accuse et apparaissent quelques crachats verdâtres, purulents, de la fièvre (38°2, 38°5.) Le dispensaire d'hygiène sociale de la rue Monge nous l'envoie avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse le 26 décembre 1927.

Elle a 13 ans 9 mois. Elle est très grande, maigre, pâle ; sa température est irrégulière, mais peu fébrile. Nous trouvons des signes de tuberculose assez étendue des deux côtés, surtout à droite.

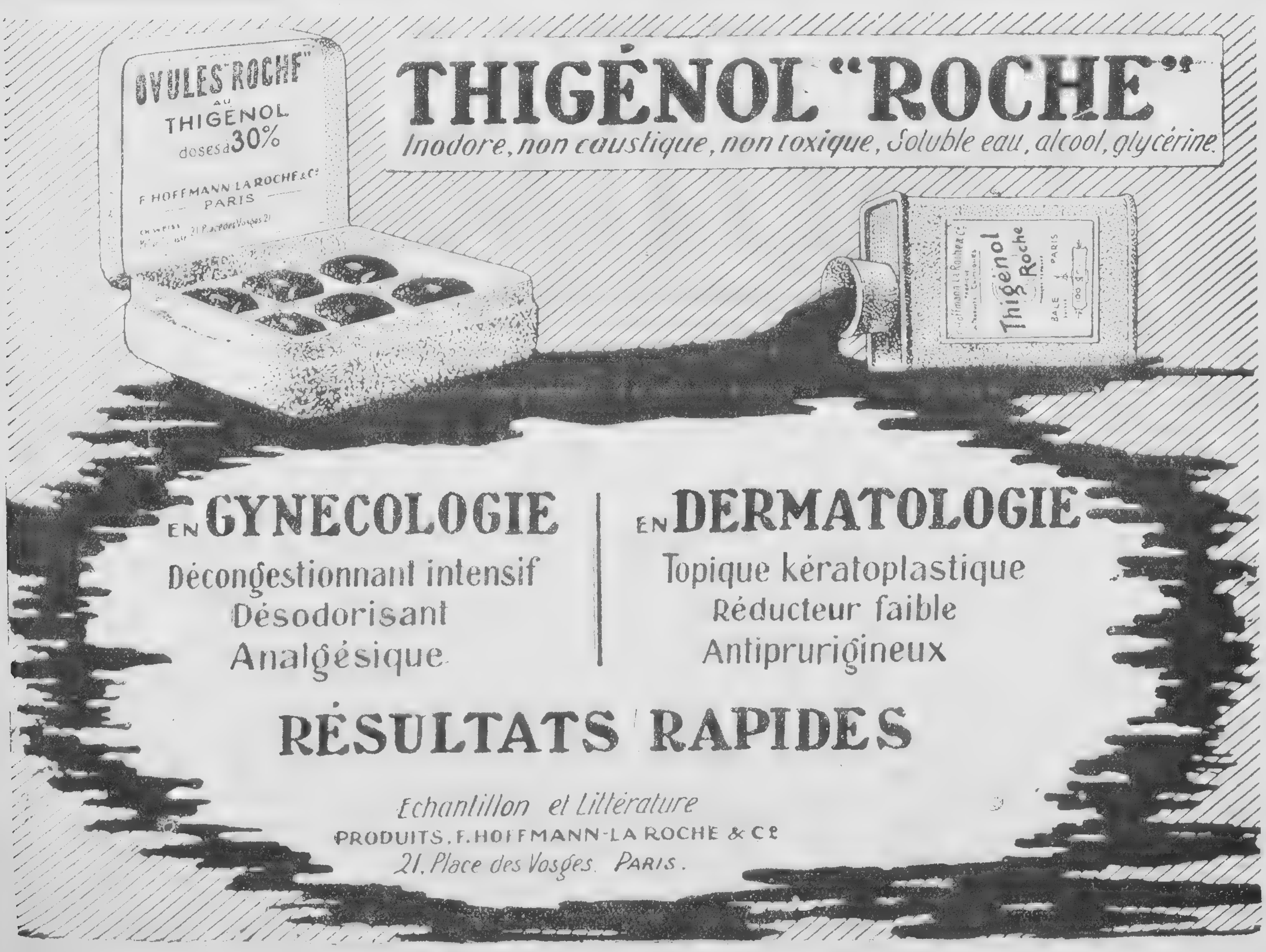
Les crachats contiennent des bacilles de Koch. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H⁸) et le Hecht sont négatifs.

Voici les caractères anthropométriques au début de janvier, à 13 ans 10 mois.

T =	161 cm	soit + 7 %
$\frac{S}{B}$ =	0,89	normal
P =	44 kg	soit + 10 %
$\frac{P}{T}$	273	— + 3 %
Pt =	73 cm 5	[illegible] %
$\frac{Pt}{T}$	45	— — 2 %
Pignet	4[illegible] 5	— — 5 %

Cette enfant est donc très grande ; toutefois elle est mé-


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY
38, Bd Bourdon NEUILLY


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES "ROCHE" au THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
Thigénol Roche
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

soskèle. Elle est relativement peu corpulente : le Pignet est un peu fort parce que le poids et surtout le périmètre thoracique ne sont pas en rapport avec la taille.

Sur les radiographies, les lignes dia-épiphysaires des os du genou sont foncées, sans cartilage visible ; aux extrémités inférieures du radius et du cubitus les cartilages de conjugaison sont très réduits ; sur les métacarpiens et les premières phalanges, ils ne sont pas visibles. L'ossification est donc avancée pour l'âge.

Les seins sont moyens, les poils pubiens et axillaires sont fournis.

L'enfant a eu ses premières règles à 11 ans ; elle a été réglée régulièrement pendant dix-huit mois. A 12 ans et demi est apparue une aménorrhée qui persiste encore.

Sur la radiographie du crâne la selle turcique est normale.

La dernière malade a fait l'objet de ma leçon du 26 novembre sur le *lymphome tuberculeux*.

Elle est née le 19 juin d'une famille non tuberculeuse. Au début de 1926, à 12 ans et demi, apparaissent des adénopathies cervicales de la pâleur, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, une toux quinteuse, qui augmentent graduellement de volume, mais ne l'empêchant pas de fréquenter l'école.

Le 27 juin 1927, elle entre ici. Elle a 14 ans. Elle est petite, maigre, pâle. Elle a une fièvre irrégulière, persistante, et des adénopathies cervicales ayant les caractères du lymphome. Ce diagnostic est vérifié par un examen du ganglion prélevé par biopsie ; M. Prétet y constate, en effet, des formations tuberculeuses. Nous constatons, en outre, quelques signes d'adénopathie trachéo-bronchique. La radiographie montre des ganglions du médiastin et quelques taches opaques sur les plages pulmonaires. Le sang présente les caractères d'une anémie moyenne sans leucocytose et avec 81 polynucléaires neutrophiles pour 100. La cuti-réaction à la tuberculine est positive ; le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Depuis sept mois que cette malade est hospitalisée, la fièvre est permanente, les ganglions cervicaux ne sont pas modifiés, les lésions pulmonaires progressent, comme le montrent surtout les radiographies ; on remarque l'apparition et l'extension de l'aspect pommelé des deux poumons ; l'enfant tousse peu ; l'expectoration est rare et ne contient pas de bacilles de Koch. Il n'y a pas de troubles viscéraux.

Le sang, à la date du 26 décembre contient 3.100.000 hématies et 65 % d'hémoglobine ; la valeur globulaire est de 1,1 ; il y a 6,400 leucocytes et 88 % de polynucléaires neutrophiles pour 100, sans formes anormales.

Nous avons continué les injections d'antigène méthylique sans aucun effet.

La taille est de 139 cm. à 14 ans, 140 cm. à 14 ans et trois mois ; le poids aux mêmes âges, 26 kg. et 26 kg. 400 ; il est encore à 14 ans et demi de 26 kg. 400.

Les caractères anthropométriques sont, à 14 ans et demi :

T =	140 cm.	soit — 7 %
$\frac{S}{B}$ =	0,89	normal
P =	25 kg 900	seit — 38 %
$\frac{P}{T}$ =	183	— — 34 %
Pt =	66	— — 8 %
$\frac{Pt}{T}$ =	47	normal
Pignet	48,3	soit + 24 %

Donc, cette enfant est de petite taille et mésoskèle ; sa corpulence est très réduite, parce que le périmètre thoracique est étroit et surtout le poids très faible. Elle a la stature d'une fille de 11 ans et 10 mois, mais son poids est de 21 % au-dessous de ce qu'il devrait être à cet âge ; par suite, bien que le périmètre thoracique soit de 4 environ au-dessus de celui de 11 ans et 10 mois, le Pignet est trop fort.

Cette enfant n'a aucun phénomène pubertaire, pas de poils pubiens et axillaires : les seins ne sont pas formés ; elle n'est pas réglée.

Les radiographies des genoux et des mains montrent des cartilages dia-épiphysaires très apparents et des lignes d'ossification peu accentuées, au niveau des tibias et des fémurs, de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, des métacarpiens et des phalanges. Il semble que le processus d'ossification soit arrêté.

Cette malade diffère donc manifestement des précédentes.

***

Les cinq filles que vous venez de voir ont, sauf une, des TAILLES qui diffèrent des tailles moyennes de leurs âges.

La première peut être prise comme type de *croissance staturale régulière* entre 13 ans et 15 ans et demi. Elle a grandi de 4 cm. en deux ans et demi : elle est mésoskèle ; à 15 ans 7 mois, son ossification dia-épiphysaire paraît achevée.

Trois autres ont des *tailles supérieures aux moyennes*.

Yvonne et Andrée, à 14 ans 7 mois, ont exactement la même taille, et celle-ci est de 4 % supérieure aux moyennes. Elles ne sont cependant pas semblables. Tandis qu'Yvonne est macroskèle, c'est-à-dire à des membres inférieurs proportionnellement trop longs, comme le montre le rapport de Manouvrier, Andrée est plutôt mésoskèle.

Marguerite, à 13 ans 10 mois, a une taille de 7 % supérieure à la moyenne de son âge ; à noter qu'elle est mésoskèle.

Ces trois filles présentent donc de l'*hypertrophie staturale*. Celle-ci est commune et revêt des modalités diverses, comme je l'ai montré dans une leçon reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *troubles de la nutrition et de la croissance*. Pour Yvonne et Andrée, l'écart de + 4 % ne dépasse guère les limites des variations physiologiques : mais il faut noter la macroskélie, que présente Andrée. Pour Marguerite, l'écart + 7 % témoigne d'une hypertrophie staturale caractérisée.

Les radiographies montrent des degrés différents dans les processus d'ossification dia-épiphysaire. Pour Andrée, à 14 ans et 7 mois, et pour Marguerite, à 13 ans et 10 mois, l'ossification est presque achevée ; elles grandissent surtout par le buste et sont mésoskèles. Pour Yvonne, à 14 ans 10 mois, l'ossification est avancée mais non achevée ; ses membres inférieurs s'allongent encore et elle est macroskèle.

La dernière malade, Germaine, a une *taille inférieure* à la moyenne de 7 %. Elle présente cette hypotrophie staturale que j'ai étudiée dans le livre que je viens de citer et dans *Paris médical* du 7 novembre dernier. Elle rentre dans le groupe des hypotrophies légères pour lesquelles la réduction staturale est comprise entre 6 et 9 %. Cette fille présente un retard de croissance d'environ deux ans ; à 14 ans et demi, elle a une taille de 12 ans à peine. Sur les radiographies, les cartilages dia-épiphysaires sont très apparents et le processus d'ossification paraît peu actif.

A côté de la stature, nous devons examiner la CORPULENCE. On l'apprécie par le poids, le périmètre thoracique, les rapports du poids à la taille et du périmètre thoracique à la taille et enfin par le coefficient de Pignet. Nos malades diffèrent notablement quant à leur corpulence. Les différences tiennent beaucoup au poids ; le poids peut être grandement influencé par la maladie ; mais les différences tiennent aussi au périmètre thoracique qui constitue un élément plus stable.

Suzanne, qui a une *taille normale*, a une corpulence forte parce que son poids et son périmètre thoracique sont notablement supérieurs aux moyennes.

Yvonne et surtout Andrée, dont les *tailles sont élevées* ont, une corpulence faible. Le coefficient de Pignet est supérieur aux moyennes de 12 % chez Yvonne, de 20 % chez

Andrée, parce que les poids et les périmètres thoraciques sont trop faibles pour les tailles.

Marguerite, malgré son hypertrophie staturale a une corpulence voisine de la moyenne, parce que le poids et le périmètre thoracique sont supérieurs aux moyennes.

Germaine, qui a une *taille réduite*, a, en outre, une corpulence faible, parce que son périmètre thoracique et surtout son poids sont inférieurs aux moyennes, d'où un coefficient de Pignet très élevé. Elle rentre dans le groupe des hypotrophiques maigres. Il importe en effet, comme je l'ai écrit dans *Le Monde médical* du 15 décembre 1927, de préciser les modalités de la *corpulence* dans l'*hypotrophie taturale simple*.

Sauf Germaine, qui est hypotrophique et ne présente aucun signe d'évolution pubertaire, les autres malades ont des caractères sexuels secondaires bien caractérisés ; elles sont ou ont été réglées : Suzanne à 12 ans et demi, Andrée à 12 ans, Marguerite à 11 ans, Yvonne à 13 ans et demi.

Remarquons que les trois premières, qui ont des tailles moyennes ou fortes, sont mésoskèles et ont une ossification dia-épiphysaire presque achevée, ont été réglées assez tôt, avant 13 ans. Par contre, Yvonne, qui a une taille élevée et est macroskèle, a été réglée plus tardivement, à 13 ans et demi : son ossification dia-épiphysaire n'est pas encore achevée. On peut se demander si ces particularités, qui la distinguent des autres, ne tiennent pas à la menstruation. D'après les lois de Godin, en effet, c'est après l'éclosion de la puberté que le rythme de la croissance change ; jusque-là, l'allongement se fait surtout par les membres inférieurs ; ensuite il se fait surtout par le buste. Or Yvonne conserve encore le rythme statural qui existe avant l'éclosion de la puberté.

En même temps que s'est développée la tuberculose pulmonaire sont apparus des *troubles de la menstruation*. Pour Yvonne seule, il n'y a pas eu d'interruption. Les autres, ont eu ou ont de l'aménorrhée ; Suzanne, pendant six mois, de 12 ans 10 mois à 13 ans 4 mois. Andrée depuis 14 ans 5 mois, c'est-à-dire depuis quatre mois. Marguerite, depuis 12 ans et demi, c'est-à-dire depuis seize mois.

Telles sont les modalités diverses des phénomènes pubertaires présentées par nos cinq malades.

***

Nous devons maintenant rechercher si *l'évolution tuberculeuse est intervenue dans la réalisation de ces diverses modalités de la période pubertaire*.

Pour apporter une solution à ce problème il faut suivre, pour chaque fille, la chronologie des évènements.

Chez Suzanne, à 11 ans, débute une adénopathie tuberculeuse du cou ; à 12 ans 10 mois, la tuberculose pulmonaire. Or sa croissance staturale se poursuit régulièrement et sa taille est moyenne, l'ossification dia-épiphysaire est normale, les premières règles apparaissent à 12 ans et demi ; sauf une suspension des règles au début de la tuberculose pendant quelques semaines, elle est bien réglée.

Yvonne est âgée de 13 ans et demi, quand débute la tuberculose pulmonaire. A 14 ans et demi, la tuberculose pulmonaire est avancée. Or la croissance staturale est forte : à 14 ans et demi l'ossification dia-épyphysaire est avancée, mais n'est pas terminée. Elle a été réglée à 13 ans et demi et n'a pas d'aménorrhée : ses règles sont mêmes fréquentes.

Pour Andrée, à 14 ans, débute une tuberculose pulmonaire, qui évolue rapidement. Or, à 14 ans et 7 mois, la taille est élevée l'ossification dia-épyphysaire est presque terminée. A 12 ans, elle a ses premières règles. A 14 ans et trois mois, peu après le début de la tuberculose, s'installe une aménorrhée qui persiste depuis quatre mois.

Chez Marguerite, le début clinique de la tuberculose pulmonaire se produit à 13 ans et demi. Or sa taille est élevée et, à 13 ans 10 mois, l'ossification dia-épiphysaire est achevée. Elle a ses règles de 11 à 12 ans et demi : un an avant le début de la tuberculose, s'installe une aménorrhée persistante.

Chez Germaine, à 12 ans et demi, apparaît un lymphome tuberculeux du cou ; à 14 ans, débute une tuberculose pulmonaire. Or elle est hypotrophique : à 14 ans et demi, elle a une taille de 12 ans environ. Le processus d'ossification dia-épiphysaire paraît arrêté ; il n'existe aucun signe de puberté.

Pour les quatre premières, à tailles moyennes ou trop élevées, il ne semble pas que la tuberculose ait influencé l'évolution de la puberté, même pour Suzanne, qui a eu, à 12 ans, de la tuberculose des ganglions cervicaux. Le fait se comprend aisément, car la tuberculose a débuté après l'apparition des premières règles, qui marque l'éclosion de la puberté. Cette tuberculose n'a pas pu avoir d'influence notable sur la croissance staturale, qui est surtout active de 9 à 12 ans, c'est-à-dire avant le début de la période pubertaire.

L'observation de Germaine est d'une interprétation difficile. A 12 ans et demi, débute un lymphome tuberculeux du cou et, en même temps, sa croissance s'arrête ; puis la puberté ne s'installe pas. Mais nous sommes en présence d'une modalité très spéciale de tuberculose, et on ne peut tirer de ce cas des conclusions générales.

Je n'insiste pas sur l'aménorrhée présentée par trois de nos malades sur quatre déjà réglées. C'est un symptôme banal chez les tuberculeuses de tous âges.

L'aménorrhée n'implique pas des lésions importantes des ovaires. L'ovaire des tuberculeuses à la période pubertaire n'a pas été, à ma connaissance, l'objet de recherches suivies. Il présente peut être des altérations que permettent de supposer les recherches relatées par Mlle Louise de Jong dans sa thèse de 1914 : *Etude anatomo-clinique de l'ovaire chez la femme*. Chez les tuberculeuses adultes on trouve rarement des lésions tuberculeuses de l'ovaire ; mais il existe des altérations qui portent surtout sur les cellules interstitielles. Mlle de Jong écrit : « Toutes les formations qui contiennent des cellules interstitielles font défaut ou sont peu développées quant à leur nombre ou à leur dimension, chez les tuberculeuses ».

Or, certains physiologistes attribuent à ces cellules un rôle important dans les sécrétions endocriniennes de l'ovaire.

Pour ce qui concerne nos malades, on peut dire que ces lésions, si elles existent, n'ont pas influencé d'une façon manifeste la croissance. Les filles qui ont pendant la période de croissance de l'anovarie ou de l'hypo-ovarie, présentent de la persistance du cartilage dia-épiphysaire au delà de l'âge où habituellement il disparaît ; par suite leurs membres inférieurs continuent de s'allonger et elles deviennent macroskèles. Or seule, Yvonne est peut-être dans ce cas et justement elle n'a pas d'aménorrhée.

***

Nos observations conduisent aux CONCLUSIONS suivantes :

1° Chez des filles de 13 à 15 ans, une tuberculose pulmonaire ayant débuté après les premières règles, c'est-à-dire après l'éclosion de la puberté, d'une part n'a pas troublé les phénomènes de croissance de la phase terminale de la période pubertaire, de cette phase que certains auteurs appellent, à tort, à mon sens, la phase post-pubère ; d'autre part a en général provoqué une aménorrhée plus ou moins durable, mais cette aménorrhée n'a pas entraîné de retard de la soudure dia-épiphysaire, retard qui peut être la conséquence de l'anovarie ou de l'hypovarie.

2° Chez une fille atteinte à 12 ans d'un lymphome tuberculeux et à 14 ans de tuberculose pulmonaire, la croissance staturale et le processus d'ossificatton dia-épiphysaire se sont arrêtés.

Je me garde de donner à ces conclusions une portée

générale ; je me borne à les enregistrer. Il convient d'être prudent quand on connaît les opinions différentes des auteurs qui ont écrit sur les problèmes que je viens d'envisager.

MM. Hutinel et Lereboullet, dans *Les maladies des enfants*, écrivent, à propos de la tuberculose à cette période de la vie : « Le défaut de croissance est souvent relevé ; tout nanisme qui ne trouve pas sa cause dans un trouble viscéral net, thyroïdien, hépatique, cardiaque, doit faire suspecter l'existence d'une tuberculose ayant joué un rôle dans l'arrêt du développement. Inversement, d'ailleurs, il peut arriver qu'une croissance exagérée ait la même signification. »

M. Apert, dans le *Traité de pathologie générale* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, écrit : « La tuberculose chronique, qu'elle soit ganglionnaire, osseuse ou pulmonaire, entraîne des retards considérables de croissance : chez les adolescents, on peut observer le retard plus ou moins marqué de la puberté, avec persistance du fonctionnement des cartilages d'accroissement et, par suite l'exagération de la taille avec infantilisme ».

M. Ribadeau-Dumas dans le même *Traité*, écrit : « L'infection tuberculeuse modifie assez profondément l'évolution sexuelle. On a signalé sous son influence le développement tardif des caractères sexuels, du pénis, du système pileux, l'apparition précoce des règles, ou, au contraire, l'hypoplasie des différents organes, une insuffisance des ovaires, de la glande interstitielle du testicule ».

Il décrit un type avec hypotrophie de la tuberculose pulmonaire des adolescents. « La tuberculose, écrit-il, est une cause d'hypotrophie ; certains enfants montrent un retard extrêmement marqué du développement et restent des infantiles. »

Je pourrais multiplier les citations pour montrer combien les auteurs restent dans le vague quand ils parlent de l'influence de la tuberculose sur l'évolution pubertaire. Pour solutionner cet important problème, il faut, à propos de chaque enfant, mettre en œuvre des méthodes anthropométriques précises, tenir compte de l'âge et de l'étape de l'évolution pubertaire auxquels débute la tuberculose, enfin du degré et des modalités cliniques de la maladie.

Il me semble donc, — et je n'ai pas eu d'autre intention —, qu'il importe d'attirer l'attention sur ces problèmes de la croissance chez les enfants atteints de tuberculose à la période pubertaire.

Dans ma prochaine leçon, j'étudierai l'influence de la période pubertaire sur le développement et l'évolution de la tuberculose.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Les principes généraux applicables à la découverte et à la ligature des artères,

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

A) Rappel anatomique.
Comment il faut étudier les ligatures artérielles.
B) Technique opératoire.
Hémostase provisoire : Notions générales de technique opératoire ; *a*) pour la découverte ; *b*) pour la ligature
C) Découverte des paquets vasculo-nerveux par les voies élargies.

A. Rappel anatomique.

Pour aborder avec sécurité une ligature artérielle et faire cette opération méthodiquement sur le vivant, il convient, dans les études préparatoires que vous ferez, et dans les exercices d'amphithéâtre, de suivre le plan d'étude suivant, applicable à toutes les artères et dont découlera logiquement la technique à réaliser.

Rappelez-vous, que la ligature d'une artère sur le vivant est une opération en général autrement plus délicate que sur le cadavre. Les soins à apporter à l'anesthésie chez un malade qui peut être très anémié, l'hémorragie qui peut se reproduire si l'hémostase provisoire est mal faite, l'infiltration des tissus par le sang et qui rend les points de repère malaisés à reconnaître, sont autant de difficultés ajoutées à l'opération. Seuls les battements artériels qui n'existent pas sur le cadavre pourront être un guide précieux dont vous ne disposez pas à l'amphithéâtre.

Comment étudier la découverte d'une artère

1° **Définition.** — Elle sera anatomique et physiologique.

Anatomique, en indiquant le trajet, l'origine, la terminaison de l'artère et par conséquent la *direction générale* du vaisseau d'où l'on déduira habituellement la notion de la *ligne d'incision* qui mène sur lui.

Physiologique, en rappelant les territoires irrigués par les branches collatérales et terminales de l'artère.

2° **Branches collatérales et terminales.** — Les notions précises sur l'origine de ces collatérales, leurs anastomoses avec les collatérales sus et sous-jacentes seront à la base du pronostic à porter sur la ligature : de la détermination du point d'élection où elle devra porter quand on pourra le choisir ; de la discussion du procédé à employer pour assurer l'hémostase définitive (ligature ou suture).

3° **Rapports anatomiques.** — Pour découvrir une artère il n'est pas besoin de connaître par le détail tous ses rapports.

L'essentiel est de bien savoir de quoi sont constitués son lit et sa *couverture* (rapports médiats) et de connaître les *rapports de l'artère avec les autres éléments du paquet vasculo-nerveux* (rapports immédiats).

Rapports médiats. — De la *couverture*, vous déduirez les *voies d'accès* vers la profondeur et les repères qui doivent conduire progressivement sur l'artère.

L'étude du *lit de l'artère* amènera lui aussi à découvrir les *points de repère profonds* qui seront un guide précieux dans la découverte du vaisseau.

Couverture. — La couverture artérielle peut être constituée par des formations anatomiques très diverses.

A) C'est une *simple aponévrose superficielle mince* (fémorale primitive dans le triangle de Scarpa recouverte seulement par le facia crebriformis).

B) Ce peut être au contraire une *aponévrose épaisse* (radiale à la gouttière du pouls).

C) Quelquefois, cette *aponévrose est renforcée par une formation fibreuse* (humérale au pli du coude recouverte par l'aponévrose antibrachiale renforcée par l'expansion aponévrotique du biceps).

D) *Des aponévroses accolées* peuvent recouvrir l'artère, séparées seulement l'une de l'autre par un très mince espace celluleux (cubitale au poignet, tibiale postérieure derrière la malléole interne, poplitée recouverte par l'aponévrose fémorale et le feuillet de Dieulafé, etc., etc.

E) Le paquet vasculo-nerveux est recouvert ou bordé par un muscle dont un des bords suit la direction générale de l'artère et qui prend le nom de muscle satellique (biceps pour l'humérale, sterno-cléido mastoïdien pour les carotides).

F) Le paquet vasculo-nerveux peut être d'autres fois recouvert par *plusieurs muscles* qu'il faut traverser dans le sens de leurs fibres pour arriver jusqu'à lui (tibiale postérieure à la jambe recouverte par les jumeaux et le soléaire).

G) Les masses musculaires sont quelquefois *perpendiculaires* à la direction générale des artères. Dans ces cas, il faut toujours traverser les muscles dans le sens de leurs fibres quand cela est possible (découverte de la fessière et des vaisseaux sous pyramidaux en traversant le grand fessier).

H) L'artère est souvent recouverte par *deux muscles accolés* dans l'interstice desquels elle se trouve (tibiale antérieure au 1/3 supérieur située entre le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils ; cubitale située au fond de l'interstice cubital antérieur-fléchisseur superficiel, etc').

Lit de l'Artère. — Le lit de l'artère est également variable.

A) Ce peut être une surface osseuse (péronière côtoyant le péroné à la jambe).

B) Une ou plusieurs *saillies osseuses* peuvent être perceptibles au contact de l'artère et deviennent des repères précieux (tubercule de Lisfranc sur la première côte pour la sous-clavière, tubercule de Chassaignac au niveau de la sixième cervicale pour la carotide primitive, etc.).

C) L'artère peut reposer sur une *toile aponévrotique* (artère tibiale antérieure reposant sur le ligament interosseux de la jambe).

D) Elle peut courir sur un *muscle* au contact duquel elle est généralement maintenue par une fine toile cellulaire (cubitale sur le fléchisseur profond).

E) Elle peut enfin courir dans un interstice musculaire profond (fémorale primitive entre le psoas et le pectiné).

Rapports immédiats.— L'étude des rapports immédiats qui doit suivre la précédente permet au chirurgien de rechercher les derniers points de repère par la connaissance qu'il a des rapports de l'artère avec les différents éléments du paquet vasculo-nerveux (rapport du médian avec les artères humérale et axillaire par exemple) et afin d'agir au mieux de la sécurité de ces organes dans la dénudation de l'artère.

Elle comprend donc le rappel des rapports réciproques de l'artère avec les veines, des nerfs qui l'entourent, sans oublier de signaler la disposition des gaines conjonctives vasculo-nerveuses dont vous trouverez le plus bel exemple dans la gaine des vaisseaux carotidiens.

B. Technique opératoire.

Pour découvrir une artère avec méthode et sécurité, il y a lieu de tenir compte des conseils suivants :

1° Hémostase provisoire. — Ne procédez jamais à une opération artérielle (surtout dans le cas où l'artère est déjà lésée) sans avoir prévu ou réalisé les moyens d'*hémostase provisoire*, de façon à être maîtres à tous les instants de l'hémorrhagie qui pourrait survenir au cours de l'opération.

L'hémostase provisoire sera toujours possible et facile à réaliser sans aucun danger dans la *continuité des membres*.

a) La simple *compression digitale* peut être réalisée à distance par un aide vigoureux et sûr.

b) L'application de la *bande d'Esmarch* suivie de la fixation d'un lien élastique en amont de la lésion réalise une hémostase sûre (quand la bande a été bien mise ce qui n'est pas toujours la cas) mais qui n'est pas sans inconvénients. La compression un peu prolongée amène en effet une paralysie vaso-motrice dans le territoire des petits vaisseaux qui nuit au rétablissement de la circulation collatérale.

c) Le meilleur moyen de faire l'hémostase provisoire consiste à *découvrir en amont et en aval, en parties saines*, l'artère sous laquelle on passe un fil ou mieux un ruban sur lequel un aide exerce une légère traction qui obture la lumière du vaisseau par coudure sans léser ses parois. Au cas où le chirurgien a besoin de voir le sang pour repérer une ouverture dans le vaisseau sur lequel il opère, il suffit de relâcher un instant la traction du lien pour la reprendre aussitôt.

On peut aussi remplacer le lien placé sous l'artère par deux pinces à forci-pressure à mors doux comme le conseille Moure, ce qui économise un aide.

C'est nécessairement à l'hémostase provisoire par *découverte de l'artère à distance* que vous aurez recours dans les cas où vous aborderez les vaisseaux *du cou* ou de la *racine des membres*.

d) En ce qui concerne les *membres inférieurs*, vous pourrez utiliser à la rigueur *le lien abdominal de Monburg* qui a ses partisans et ses détracteurs ; il reste néanmoins un moyen un peu brutal, et je vous conseille de ne l'appliquer que lorsque tout autre moyen vous fera défaut.

S'il s'agit d'un *viscère* (rein, rate, utérus, trompes, mésentère, etc.), *la meilleure hémostase préventive*, consiste à se porter le plutôt possible sur le *pédicule vasculaire* de l'organe et à l'organe et à l'enserrer dans une ligature préventive ou dans une pince à mors doux.

2° Notions générales de technique opératoire dans la découverte d'un vaisseau. — *a*) Tracez toujours très exactement à la ficelle, à la teinture ou au crayon dermographique (teinture d'iode ou crayon de nitrate d'argent sur le vivant) *la ligne générale d'incision* qui correspond le plus souvent à la direction générale de l'artère ; dans ce but, marquez bien les deux extrémités de votre ligne par deux points précis qui correspondent souvent aux points d'émergence et de terminaison de l'artère,

Cette ligne d'incision sera toujours le *premier repère* sur lequel vous aurez toujours l'œil et que vous *éviterez de déplacer* dans les mouvements d'écartement des plans au cours de l'intervention.

Quelquefois, le tracé superficiel exact sera le seul repère (artère fémorale sous l'arcade crurale) susceptible de conduire sur le paquet vasculo-nerveux.

b) Ne faites pas de *queues* aux extrémités de l'incision cutanée et qu'elle soit franche et complète d'un bout à l'autre.

Tracez-la du premier coup de longueur convenable car rien n'est moins élégant que d'y ajouter des rallonges aux cours de l'opération. *Ne craignez pas sur le vivant de faire de longues incisions pour avoir du jour.*

c) A mesure que vous progressez dans la profondeur, conservez à votre incision *toute sa longueur* de façon à *travailler non pas dans un puits mais dans une tranchée.*

d) Ne lésez pas les organes que vous rencontrez en cours de route par des manœuvres intempestives de vos instruments. Ces organes sont autant de points de repère que vous reconnaîtrez mal si vous les déformez ou les masquez en les dilacérant ou en les imprégnant de sang. Evitez aussi très soigneusement de léser les collatérales si vous en voyez au cours de l'intervention.

e) Les voies anatomiques que vous suivez doivent toujours vous permettre d'écarter les organes sans les détruire.

Quand vous écartez ou faites écarter les tissus, prenez bien soin de ne *pas modifier les rapports des organes* car vous vous enlevez ainsi tout moyen de contrôle dans vos recherches.

Placez toujours vous-mêmes vos écarteurs en prenant garde d'y cacher dessous l'organe que vous chercher à découvrir.

f) Au cours de votre intervention, marquez bien tous les *temps, recherchez systématiquement tous les repères, ne passez jamais à un temps opératoire sans avoir parfaitement terminé le précédent* ; en un mot, ne vous précipitez pas sur l'artère, même si vous croyez l'apercevoir, *mais procédez méthodiquement jusqu'à épuisement de tous les temps opératoires qui doivent classiquement vous mener sur elle.*

3° Précautions à prendre dans la libération de l'artère avant la ligature. — Pour lier correctement une artère, il faut au préalable qu'elle soit *bien isolée*. Ce temps corres-



BIBLIOGRAPHIE

Souvenir d'un voyage dans la Tartarie, le Thibet et la Chine. Dans la Chine, par le R. P. Huc, publiées par H. D'ARDENNE DE TIZAC, Tome deuxième. (Un volume in-8º écu. Prix : 15 francs. — En vente à la librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris, 6e.

Avec le second volume de l'étonnante odyssée du courageux lazariste s'achève le périple qu'il accomplit à travers le grand mystère du monde jaune en compagnie du père Gabet, qui ne devait pas revoir la France. Embarqué pour la Chine en 1838, il ne rejoignit le rivage national qu'en 1852. Son récit, animé du grand souffle de l'esprit apostolique, n'a presque rien perdu de son intérêt révélateur au contact des réalités tragiques qui bouleversent maintenant l'Empire du Milieu. Emaillé de piquantes anecdotes, d'observations prises sur le vif, d'épisodes émouvants ou pittoresques, il montre les innombrables embûches dressées sur la route hasardeuse des deux religieux, bravant mille dangers, menacés à tout instant par le mauvais vouloir des mandarins, l'hostilité du climat, engagés sans ressources et sans appui dans une entreprise qui semblait un défi au destin. Une foi ardente les soutenait et pourtant, en cours de voyage, ils recueillaient les traces de persécutions récentes, pouvaient saluer les reliques des martyrs qui les avaient précédés dans la voie du sacrifice. Mais, dit le Psalmiste, Dieu chérit celui qui se donne dans la joie, *hilarem datorem diligit Deus*. Des frontières du Thibet, où le Père Huc s'était dissimulé sous l'extérieur d'un lama et d'où l'avaient chassé des ordres impérieux, il chemina, pèlerin forcé et joyeusement confiant en la Providence, jusqu'à Canton, accueilli courtoisement dans le fertile Sé-Tchouen, objet d'inquiétantes brimades dans le Hu-Pé, en butte à la curiosité malveillante du populaire, ne perdant aux pires moments, ni son sang-froid, ni sa belle humeur prompte à s'égayer des détails des mœurs caractéristiques. En lisant ces notes d'une magnifique sincérité, on comprend mieux l'Asie nouvelle qui s'éveille et se débat dans des convulsions sans terme. Le Père Huc, on le reconnaîtra a relevé des traits restés vrais, de la mentalité chinoise ; anarchie constitutionnelle du pays, antagonisme du Nord et du Midi, mépris de la vie humaine, absence d'une règle morale unique, scepticisme des hautes classes, progression alarmante du paupérisme, devenant pour la révolution un excellent bouillon de culture. Le bolchevisme peut venir, son lit est fait.

L'égérie de monsieur Thiers. Mémoires de Madame Dosne, Publiés avec une introduction de M. HENRI MALO. Deux volumes in-8º carré avec des gravures hors texte. Prix : 50 francs. — En vente à la librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris-6e.

La personnalité de Thiers remplit une bonne part du dix-neuvième siècle. Son nom évoque les premières luttes du libéralisme, les faiblesses de la Monarchie de juillet, dénoncées par lui avec une vigueur sans pareille, la République éphémère de 1848, bientôt livrée au césarisme, les courageux efforts de l'opposition contre un régime qui menait la France aux abîmes, l'œuvre magnifique de restauration qui effaça la trace des défaites inexpiables. Cette haute destinée, qui associa un homme d'Etat, doué de rares dons de parole et de clairvoyance, aux moments les plus décisifs de l'histoire contemporaine, une femme put la suivre pas à pas, renseignée par lui sur les dessous de la politique, les intrigues de cour ou de couloirs parlementaires, mêlée elle-même à l'action, consultée comme un oracle familier par son gendre. Le temps d'écrire ses Mémoires manqua à M. Thiers. Mme Dosne y suppléa, en s'aidant de ses notes, des billets qu'il lui adressait parfois en pleine bataille parlementaire, des nombreux documemts recueillis dans le célèbre hôtel de la place Saint-Georges plusieurs fois visité par l'émeute, de ses souvenirs aussi, d'une admirable précision tracés d'une main rapide pendant les périodes de crise. Elle est un témoin de premier plan, supérieurement informé, habile à crayonner d'un trait expressif ses personnages. Certains passages lui furent dictés par M. Thiers ; il en écrivit d'autres de sa propre main. On voit jouer les ressorts secrets qui déterminèrent la conduite des événements, notamment lors des affaires de Belgique, d'Espagne, d'Orient, des mariages de la famille d'Orléans, de l'ambassade de Talleyrand à Londres. Louis-Philippe apparaît un peu différent du roi-bourgeois de la légende, très absobutiste au fond. Nous le surprenons dans la coulisse, dans l'intimité de son existence et de sa conversation familières. A la Révolution de 1848 sont consacrées de nombreuses pages, d'une intensité de vie, d'un relief extraordinaire. L'esprit incisif de Mme Dosne ne recule pas devant la crudité de la pensée et la sincérité pittoresque des jugements. Tous les héros politiques du temps sont « pourtraicturés » par elle de main de maître : le Prince-Président, Louis-Napoléon, énigmatique, silencieux, peu sûr ; son cousin Jérôme, dangereux brouillon ; Cavaignac, honnête homme borné ; Bugeaud et Changarnier, militaires à courte vue ; Girardin et le docteur Véron, condottierri de presse, le prince Pierre Bonaparte, traité par elle de « bête féroce » et la bande des suiveurs du succès. Puis, c'est l'Empire ; nous assistons au développement d'une politique de force sans contrôle. Seule, s'élève la voix de Thiers, grandi par sa probe attitude et son éloquence, interprète redouté de la vraie sagesse. Rien n'est plus émouvant. Voilà l'histoire d'hier, vivante, toute en mouvement et en action, fixé en tableaux impérissables.

pond à la *dénudation artérielle* qui consiste à « ouvrir sa gaine celluleuse afin de passer le fil sous le cylindre artériel qu'il faut comprendre seul dans la ligature » (Farabeuf).

a) Cette dénudation prive l'artère en partie de ses vaso-vasorum et de ses nerfs vaso-moteurs qui cheminent dans son adventice. Il est donc nécessaire de ne faire cette petite opération que juste sur la longueur suffisante pour poser aisément les fils (environ 1 centimètre).

b) Au cours de la dénudation de l'artère, *vous ne devez jamais prendre dans votre pince à disséquer ni l'artère* ni les organes qui l'entourent (veines, nerfs).

La pince à disséquer que vous tenez avec votre main gauche ne doit saisir du bout de ses mors que la gaine celluleuse du vaisseau.

La dénudation se fait à la sonde cannelée tenue de la main droite, en travaillant successivement des deux côtés de l'artère.

c) *Il ne faut jamais charger l'artère sur la sonde cannelée, ni attirer vers vous le vaisseau dans l'anse du fil à ligature.* Le nœud doit être fait sans déplacer l'artère, à bout de doigts dans le fond de la plaie et sans que le vaisseau ait quitté son lit.

d) Il est classique de rappeler que le passe-fil doit être conduit en commençant par le côté le plus dangereux de l'artère (veine, nerf) pour aller sortir vers le côté non dangereux.

C) Découverte des paquets vasculo-nerveux par des voies élargies.

La découverte et la ligature des artères sur le cadavre, telle qu'elle est décrite dans les classiques et en particulier dans l'admirable livre de Farabeuf constituent un exercice de médecine opératoire incomparable pour éduquer l'œil et le doigt du chirurgien et pour apprendre pratiquement l'anatomie topographique.

Mais lorsqu'il y a des dégâts anatomiques importants que le malade saigne, qu'il est nécessaire de faire vite et bien en pratiquant d'abord l'hémostase définitive, qu'il faut reconnaître les tissus et les organes au milieu des caillots qui masquent tout et colorent uniformément tout ce qu'on voit dans la plaie ; quand, à côté de la lésion artérielle, il faut rechercher et réparer d'autres lésions concomitantes des muscles, des veines, des nerfs, les incisions classiques de découverte paraissent souvent insuffisantes.

On a alors recours à des *incisions larges*, pratiquées par tous les chirurgiens pendant la guerre, bien étudiées et codifiées dans le petit livre de Fiolle et Delmas. Elles ont pour but tout *en conservant l'intégrité anatomique des tissus ou la possibilité de la rétablir après l'intervention de donner un large accès et un large jour*, non plus sur une petite portion du vaisseau, mais *sur* toute une région vasculaire de façon à faire une *exploration large avant de pratiquer une intervention dont les détails seront réglés par la nature des lésions*.

C'est ainsi par exemple qu'au lieu de rechercher la tibiale postérieure par l'incision classique on pourra fendre le mollet dans toute sa hauteur sur sa face postérieure pour explorer et traiter un hématome du mollet, et cela sans léser une seule fibre musculaire.

S'il s'agit d'un hématome de la région clavi-axillaire, le chirurgien ne pourra pas se contenter des incisions classiques au-dessus, au-dessous de la clavicule ou dans l'aisselle. Du reste laquelle choisirait-il puisqu'il ne sait pas au juste quel est le vaisseau lésé (artères, veines, branches collatérales) et à quel niveau exact se trouve la lésion. Par contre, il ouvrira largement l'aisselle dans toute sa hauteur en sectionnant de haut en bas le tendon du grand pectoral et en rabattant le muscle en dedans. Il découvrira ainsi toute la région axillaire et aura un jour énorme sur les vaisseaux qu'il pourra poursuivre en haut en sectionnant la clavicule.

Bien entendu, quand la nécessité oblige à sectionner des muscles en travers, il faut tenir compte de la disposition de leurs filets nerveux moteurs pour ne pas les couper, de façon qu'après la suture musculaire, le muscle conserve toute son activité.

C'est dans la plupart des cas à l'emploi de ces voies larges que vous aurez recours dans la pratique de la chirurgie artérielle ; mais, rappelez-vous que vous ne les utilisez judicieusement que si vous savez par avance découvrir impeccablement les artères par les procédés classiques.

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels.

Glorieuse fin d'un gentleman pêcheur, engagé volontaire à 52 ans dans la Légion étrangère.

Au milieu de la cohue des blessés et malades qui descendaient du train, après plusieurs jours et nuits de transport lambeaux, des lignards, artilleurs, cavaliers et marins, de la Flandre dans la Sarthe, parmi les uniformes variés, sales et en mon regard fut attiré par un soldat de très haute taille, mais excessivement maigre, hâve, d'une pâleur terreuse, avec un grand nez en lame de sabre.

Autour de ce squelette ambulant semblait flotter, quoique raidie par la boue et boutonnée avec soin, une longue capote kaki. Ce soldat, chancelant à chaque pas, s'appuyait sur son fusil, qui, avec le bidon feutré attaché en haut du canon, semblait un bourdon de pélerin militaire.

Je m'avançai pour le soutenir et lui souhaiter la bienvenue ; il me répondit péniblement avec un fort accent anglais qu'il n'était pas blessé, mais évacué du front d'Ypres pour diarrhée et bronchite. Il était manifestement de condition sociale bourgeoise. Quand il fut couché dans l'hôpital militaire temporaire n° 21 (caserne de la Tour d'Auvergne), je lui fis raconter son odyssée.

Alfred T. Cooke, d'Eastbourne, était un sportman fanatique de pêche.

Il avait pêché non seulement dans toutes les rivières d'Angleterre, mais dans l'Afrique du Sud et en Australie : c'était d'ailleurs aussi un brillant fusil. Son plus bel exploit de pêche en Angleterre fut de prendre en une matinée à l'embouchure de la Cuckmere, près de Soaford. 50 livres de poisson.

En Afrique du Sud, il prit « le poisson tigre » dans la Rivière Blanche et des poissons géants dans les rivières d'Australie. Il était loin d'Angleterre quand la guerre éclata, il soignait ses poumons au voisinage du Cap.

Revenu en hâte se mettre au service de son pays, quoiqu'il eût 52 ans, il fut amèrement désappointé de ne pouvoir se faire engager en Angleterre, probablement à cause de sa mauvaise santé : après un mois d'efforts à Londres consacrés à aider le colonel Norton Griffith à former un bataillon spécial de coloniaux, il s'en vint à Paris et s'engagea dans notre Légion étrangère comme un jeune homme.

Pressé par son frère aîné, qui connaissait sa frêle santé, de revenir, il répondit : « Non, je ne reviens pas. Je veux aller jusqu'à Berlin, si je suis vivant. J'ai eu plusieurs occasions de me faire transférer au dépôt de Paris, mais je n'en ai pas besoin. »

Quand il entra à la Légion, ce fut uniquement à cause de son âge, le seul Français qui ne fut pas vacciné contre la typhoïde, et c'est presque le seul de la Légion qui soit mort de cette maladie. Dans ses lettres à sa famille, il fait allusion à l'horrible eau qu'il est parfois obligé de boire.

Voici des lettres écrites à son frère sur la ligne de feu, quand et où il pouvait dérober un instant, elles révèlent un noble esprit et un vif sentiment de la nature même

un milieu d'horreurs et de souffrances « *telles qu'aucun des livres du monde ne pourrait les dire* », suivant ses propres mots (1).

France. Déc. 12, 1914.

« Cher vieux Fred, — Reçu votre carte postale hier juste après vous avoir écrit. N'est-ce pas une glorieuse nouvelle au sujet de ces trois navires allemands coulés ? Il y avait une causerie entre trois Anglais et trois Américains dans un abri, lorsqu'un soldat français a apporté *le Matin*. N'avons-nous pas poussé trois hourrahs sauvages, et qui a porté les autres à voir de quoi il s'agissait ! C'est certes beau et je puis imaginer votre grande joie.

Les Allemands sont maintenant dans le village même que nous avons quitté. Il n'y aura pas moyen d'oublier jamais notre retraite. Levés à 1 h. du matin sous une pluie diluvienne, notre troupe marchait en colonne par deux, les routes étant trop épouvantables pour qu'on pût être quatre de front, pas permis de dire un mot, défense absolue de fumer, et ainsi nous marchâmes le long de cet effrayant front de bataille, arrêtés souvent en silence une demi heure. A notre droite le ciel s'illuminait des reflets éblouissants des coups de feu qui grondaient continuellement, ou plutôt c'était un bruit de déchirement, d'arrachement et d'instant en instant des boules de feu décrivaient de gracieuses courbes.

Quelle boue et quelles flaques d'eau nous traversons ! Jamais je n'oublierai cette marche.

Outre ce trépignement d'hommes dans le gâchis, imaginez la longueur de nos trois bataillons en colonne de deux ! En tête de notre compagnie marchait notre capitaine Escalle ; à cinq pas derrière lui suivait un soldat pour passer doucement un mot de commandement.

De temps en temps il s'arrêtait et laissait un lot d'entre nous le dépasser. « Serrez, serrez ! » disait-il sans cesse. Nous n'avons pas été découverts par les Allemands. Nous percions curieusement l'obscurité et, en traversant trois villages, on voyait les petites fenêtres d'en haut soudain éclairées et des figures, anxieuses sans doute, apparaître.

Sur différents points où nous passons, silhouettées contre le ciel, de hautes croix, avec la figure de notre Sauveur en appelant aux cieux. Jamais le monde n'a eu tant besoin de piété que dans ce temps submergé sous un déluge de sang et de larmes.

Tout en silhouettes et également beau.

Quand la pluie cessait, que la lune décroissante se montrait et que les étoiles brillantes étaient au-dessus de nous tous, jusqu'à ce que le soleil se levât doucement derrière nous et que le jour parût, comme en réponse à l'appel continu des perdrix et des pluviers effarouchés !

Bien fatigués nous arrivions à notre destination à 7 heures et aussitôt travailler dur de toutes façons — solides sections de garde et autres devoirs : dans un maigre moment de répit aujourd'hui je me suis promené sur un champ où de durs combats avaient eu lieu, et les champs étaient très, très vastes et à perte de vue des casques déformés et des lambeaux d'uniformes, et les tombes qui disent tant de choses.

Cette bataille ne finira-t elle jamais ? Tous les livres du monde ne pourront dire la somme de cette misère humaine ; j'ai vu des martyrs au delà de ce qu'on peut croire. Le petit cottage où notre escouade a ses billets de logement est possédé par un vieillard et sa femme ; deux fils, un tué, l'autre un enfant. Maison fracassée ; des arbres fruitiers coupés ras ; des trous dans le toit et les murs.

Mercredi 16 *décembre.*

« Cher vieux Fred, — les autres feuillets, écrits depuis plusieurs jours, je n'ai pu les mettre à la poste. Toutes les lettres doivent être courtes et remises non cachetées au capitaine.

Nous avons marché le plus souvent la nuit, creusé des tranchées et fait des enchevêtrements de fils de fer barbelés, abattu des arbres, le plus souvent sous une pluie battante, dormant sur la paille. « Des alertes » toutes les heures et nous tous aussi joyeux que des cloches de mariage, en dépit d'une grande fatigue et de la boue qui nous couvre de la tête aux pieds. Impossible de décrire l'état de nos routes. Si je me présentais à votre porte aujourd'hui, vous me diriez : « Les vagabonds ne sont pas admis. »

Quant à nos quartiers, vos cabanes de rebut à Seaford seraient le paradis ; la pluie s'égouttant sur notre paille et les rats sont choses tout à fait acceptées et notre grande distraction est la chasse à un bout de chandelle ou à un morceau de beurre. C'est une jolie chance de s'assurer de bonnes choses. Obtenu toute une chandelle, cette nuit et deux boîtes d'allumettes terriblement soufrées. Cela vous aurait porté un coup de voir où nous prenions notre eau — des puits étroits creusés dans des cours pleines de fumier de vache. C'est merveille qu'il reste encore quelques villageois, mais ils doivent être immunisés contre la typhoïde.

Des Taubes, des ballons et un feu constant jour et nuit. Faction en sentinelle, garde de nuit ; je n'ai été mis qu'une nuit « en prison », étant mal à l'aise ; lorsqu'au tour de garde le sergent me dit qu'il m'avait placé « en prison » (seulement deux prisonniers), comme la paille était sèche et qu'il y avait plus d'espace, ce fut un régal. Quels désirs nous avons de choses que vous rejetez !

Je suis un modèle de santé ; aller au front certain jeudi. Trois jours là et puis retour en réserve ; ne pas dormir des quarts d'heure dans les tranchées, juste par bribes. La distance entre les tranchées opposées varie de 100 à 300 yards : c'est le jeu de « Jacques dans la boîte » ; si une tête apparaît, grêle de balles. Les « Boches » aiment les attaques vers minuit ; nous sommes constamment en déplacement de village en village.

Un copain allant à Paris mettra ceci à la poste. Nous sommes maintenant à Morcourt, à 15 milles à l'est d'Amiens. Je vous envoie une cartouchière que j'ai ramassée sur le champ de bataille ; j'ai vu des lots d'obus explosés ou non, toutes sortes d'accoutrements, des casques bossués et d'objets : trop fatigué pour en emporter.

Envoyez-moi des cartes postales neuves sous enveloppe. Serai avec vous par la pensée à Noël, et sur mes genoux aussi. Bonne chance, votre toujours,

Alfred-Théodore Cooke.

Ce brave vieux volontaire était atteint d'une fièvre typhoïde qui évolua jusqu'à la guérison : malheureusement la tuberculose pulmonaire dont il était atteint antérieurement, aggravée par les fatigues de ces cinq mois de front, prit le galop et se termina par une poussée de granulie asphyxiante, malgré tous les soins que nous prîmes de lui. Il m'inspirait ainsi qu'à mes assistants un affectueux respect et, malgré la multiplicité de nos préoccupations et de nos émotions, nous lui consacrions plus de temps qu'à d'autres malades.

Quand je le vis près de sa fin, c'était tard dans la soirée, je restai assis à son chevet, écoutant ses adieux faits à voix entrecoupée. Il me pria d'envoyer à sa famille quelque partie de son uniforme ; il me répéta à plusieurs reprises qu'il *était fier d'avoir combattu pour la justice sous le drapeau français, comme un frère d'armes*, et s'éteignit doucement.

J'envoyai à son frère, aussitôt après ses funérailles, quelques boutons et fragments de sa tunique avec ses papiers. Sa préoccupation dernière était que sa famille n'eût pas de chagrin ; il me demandait de lui écrire qu'il allait de mieux en mieux pour la rassurer.

Aux obsèques, le pasteur protestant du Mans, a prononcé quelques belles paroles, et j'ai devant la tombe avec une

(1) Ces lettres m'ont été communiquées par la famille, et ont été publiées dans *The fishing Gazette* de Londres (20 mars 1915).

vive émotion exprimé la gratitude de la France pour ce courageux Anglais, qui, à plus de 50 ans et malade, s'était engagé sous nos couleurs.

Le cercueil était couvert d'un drapeau français et de deux drapeaux anglais.

Paul LE GENDRE.

PSYCHIATRIE

Les complications tardives de la neurasthénie vraie.

Par R. BENON.
Médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Neurasthénie vraie, asthénie par surmenage. Complications tardives possibles : délire de persécution, mélancolie, hypocondrie, psychose périodique, démence précoce, hyperthymie coléreuse, obsessions-phobies. Alcoolisme chronique.*

Nous appelons neurasthénie vraie le syndrome asthénique qui se développe sous l'influence du surmenage musculaire ou intellectuel. Les émotions intenses, prolongées, variées, peuvent engendrer des états d'épuisement nerveux général (asthénies post-hyperthymiques douloureuses), mais nous estimons que ces asthénies-là appartiennent à un autre chapitre de la pathologie mentale et nerveuse. L'asthénie par surmenage peut guérir ou passer à l'état chronique ; elle peut se compliquer précocement ou tardivement de névro et psychopathies nombreuses : ce sont les complications lointaines de la neurasthénie vraie que nous voulons exposer ici.

***

Délire de persécution. — Le délire de persécution qui se développe à la suite d'un syndrome dépressif déterminé par le surmenage ne paraît pas être une rareté. Le malade asthénique souffre physiquement et moralement de son état d'épuisement nerveux. Au point de vue somatique, il accuse des maux de tête, des maux de reins, des maux d'estomac, des malaises continus ou répétés, et presque indéfinissables. En outre, il s'affecte de sa maladie : tel patient, porté plus particulièrement au chagrin, s'attriste à l'idée de la perte de sa santé, perte qu'il considère comme définitive ; tel autre, plutôt inquiet, préoccupé de l'avenir, est angoissé parce qu'il se croit incurable et incapable désormais de subvenir aux besoins de sa famille. C'est sur ce fond émotionnel, surajouté au syndrome asthénique, que se développent ou se greffent les idées de persécution. Le malade interprète faussement les faits, gestes et paroles de ceux qui l'entourent : on le regarde de travers, on se moque de lui, on rit de sa maladie ; on le soupçonne d'exagérer son état, etc. Il est chaque jour plus irritable, plus coléreux, plus susceptible, plus méfiant. Les idées vésaniques se groupent, se systématisent ; la cristallisation du délire, fondée sur la haine, s'opère. Il désigne les personnes qui lui en veulent spécialement : tantôt il devient un halluciné de l'ouïe et de la sensibilité générale, tantôt il reste un simple interprétateur. Un nombre important de ces persécutés croient qu'on agit sur eux, qu'on les influence (délire d'influence), parce que, disent-ils, l'état d'épuisement général dans lequel ils se trouvent, ou dans lequel ils se sont trouvés, ne peut s'expliquer que par une action étrangère, par des suggestions, par de l'hypnotisme, par du magnétisme, par de la magie, sinon par de la sorcellerie. Il est digne de remarquer que l'asthénie peut être une source d'interprétations fantastiques et absurdes. Enfin un neurasthénique par surmenage peut réaliser un délire de revendication ; cette sorte de vésanie systématique est l'exception.

Mélancolie. — On observe parfois la mélancolie vraie, le délire mélancolique, après la neurasthénie par surmenage. Le malade qui se croit responsable de l'état d'épuisement nerveux dans lequel il se trouve, s'adresse des reproches. « Il a trop travaillé... Il a fait des excès... S'il a perdu sa vigueur, son énergie, c'est bien de sa faute ; il est indigne des soins dont on l'entoure ; il doit être puni, fusillé ; il sera damné, etc. » Les idées d'auto-accusation de culpabilité, post-neurasthéniques, nous paraissent rares, surtout chez les sujets adultes. Elles sont un peu plus fréquentes, croyons-nous, quand le délire succède rapidement et chez des jeunes sujets, au syndrome asthénique, et quand ce délire revêt la forme dite polymorphe.

Hypocondrie. — L'hypocondrie, simple ou délirante, coexiste très communément avec l'asthénie chronique. Au début, cela est presque normal que le malade s'inquiète de ses malaises, de sa santé, de son état. Devant un changement de son être aussi complet que celui qu'il subit, il lui est difficile de rester indifférent, ou de se montrer résigné. Le sentiment ou la sensation constante de faiblesse générale, d'abattement et de lourdeur du corps qu'il éprouve, la confusion des idées, la fatigabilité rapide, les douleurs vagues ou aiguës, les étourdissements, l'insomnie, etc., tout est matière à préoccupations. Le patient voit les conséquences familiales et sociales de son affection ; il s'en inquiète, il s'énerve. Il essaye toutes sortes de thérapeutique ; il fait preuve, quelquefois, sur ce point, d'un courage extraordinaire, et rien ne le soulage, rien n'améliore son état. Finalement il se croit incurable ; il pense qu'on lui cache l'existence, chez lui, d'une maladie grave ou prochaine ; il se dit atteint de tuberculose, de syphilis, de cancer, de folie, etc. Il cherche même à le démontrer, soit en se basant sur des phénomènes de toux et d'expectoration, soit en exhibant des taches jaunes ou blanches sur sa peau, soit en se découvrant une petite tumeur dans une région quelconque du corps, soit en exposant la bizarrerie de ses idées, etc. Indéfiniment, il répète les mêmes choses, énonce les mêmes arguments, si absurdes qu'ils soient ; personne n'arrive à le convaincre de son erreur. D'ailleurs, très vite, il rebute tout le monde, le médecin comme son entourage, par la répétition et l'insanité de ses discours. De tels malades sont de véritables délirants. Sont-ils des hallucinés de la sensibilité générale, superficielle ou profonde ? C'est possible. Leur état, presque toujours reste systématiquement le même, et ils meurent par cachexie, ou par complications pulmonaires, cardiaques, etc. L'hypocondrie génitale, simple ou vésanique, peut se greffer sur un état d'asthénie : cela est rare.

Psychoses périodiques. — L'état d'asthénie prolongée par surmenage peut donner naissance aux psychoses périodiques, c'est-à-dire aux dysthénies périodiques, et cela de la façon suivante : l'asthénie, si durable qu'elle soit, si stable qu'elle apparaisse, est susceptible de faire place,

à un moment donné, à de l'hypersthénie, c'est-à-dire de l'excitation maniaque : l'amyosthénie, l'anidéation, se transforment en exaltation musculaire et fuite des idées. Après ces manifestations asthéno-hypersthéniques, ou asthéno-maniaques, on observera soit la manie intermittente, soit l'asthénie-manie alterne, soit l'asthénie-manie circulaire. Enfin, lorsqu'un syndrome asthénique, prolongé, guérit, on peut le voir récidiver spontanément, sans cause apparente : c'est l'asthénie périodique ou intermittente, dite à tort, par les auteurs, dépression mélancolique simple. Le surmenage physique ou intellectuel, est, pour nous, la cause la plus répandue des psychoses périodiques (80 % des cas).

Démence précoce. — L'asthénie prolongée, déterminée par la fatigue, se termine assez souvent, chez les jeunes sujets, par la démence précoce (hypothynie chromique juvénile). Tout au début de la période de dépression musculaire et psychique, aucun symptôme ne laisse prévoir une évolution aussi fâcheuse ; on ne constate ni négativisme, ni suggestibilité, ni stéréotypies ; le patient est particulièrement conscient de son état morbide, il s'analyse comme un asthénique ordinaire ; il suit le traitement qu'on lui impose ; il est triste ou inquiet, sans exagération. Puis au bout de six mois, ou un an, ou même après plusieurs années, on le voit devenir non pas dément, mais indifférent, L'intelligence, à proprement parler, ne s'affaiblit pas chez lui, mais il ne montre plus d'affection pour sa famille ou pour ses amis ; il ne s'intéresse plus à sa profession ou à son avenir, il néglige sa toilette, etc. Insouciant, il se laisse vivre, sans désirs, sans besoins autres que ceux de l'existence végétative. Si quelques idées délirantes, vagues, confuses, systématiques, se sont surajoutées au syndrome asthénique initial, on peut observer des périodes d'agitation avec énervement, ou d'agitation avec anxiété (celle-ci plus rare que l'autre).

Hyperthymie coléreuse. — Très souvent, non toujours, les états d'asthénie chronique se compliquent, plus ou moins tardivement, d'irritabilité, ou plutôt de troubles du caractère à base d'énervement (hyperthymie coléreuse). Longtemps, le patient supporte avec calme sa maladie et les malaises de toutes sortes qui l'accompagnent : il espère la guérison que lui promettent son entourage et son médecin, Quand il voit les mois, les années, se succéder, cependant que son état psycho-névro-morbide reste le même, il finit par croire résolument à son incurabilité et il s'en affecte vivement : il a du chagrin, du regret en constatant son impuissance générale. son incapacité professionnelle ; surtout, il est énervé, emporté, coléreux, furieux. Cela explique ses tendances au suicide et, quelquefois, ses réactions d'ordre homicide. Le malade se rend compte que l'affection dont il souffre ne le fera peut-être pas mourir, n'est pas grave en elle-même, mais, ennuyé, contrarié, comme révolté de son état, il s'agite pour des futilités, à la moindre occasion, Souvent, alors, il exprime des idées de suicide, assez souvent aussi il met fin à ses jours. Cette irritabilité tardive secondaire à l'état d'asthénie chronique, est maintes fois aggravée par les praticiens qui recommandent au malade de s'occuper, de travailler, de réagir contre les sensations de faiblesse et de fatigue ; l'entourage surajoute son activité conseillère aux ordonnances médicales fâcheuses et il en résulte des épisodes aigus, soit délirants, soit impulsifs et violents, même jusqu'à l'homicide.

Obsessions phobies. — Les obsessions-phobies sont à séparer totalement de l'asthénie, épisodique ou prolongée. L'asthénie chronique ne se complique qu'exceptionnellement, peut-être bien jamais, d'obsessions-phobies. Les obsédés-phobiques accusent fréquemment de l'asthénie, mais cela ne signifie pas que chez eux l'asthénie joue un rôle important. Pour nous, l'asthénie qui suit l'accès d'obsession-phobie est de l'asthénie presque normale, et c'est une erreur clinique d'avoir fait des obsessions-phobies la « psychasthénie ». Si nous mentionnons ici les obsessions-phobies comme complications tardives de la neurasthénie par surmenage, c'est surtout dans le dessein d'essayer de dissiper les confusions établies par les auteurs dans leurs traités. Chez les asthéniques, il ne faut pas, notamment, considérer comme des obsessions-phobies des craintes qui sont légitimes de leur part, par exemple celles qu'ils éprouvent au moment de traverser une place publique ou de monter en chemin de fer : s'ils ont peur, c'est qu'ils croient bien qu'à cause de leur état de faiblesse ils vont s'effondrer sur la chaussée et être écrasés, ou, en chemin de fer se trouver mal manquer de soins médicaux et mourir. Cela, pour eux, est une certitude ; ils n'en doutent pas, ils ne reconnaissent point qu'il y a là une absurdité de leur part, comme le feraient des parathymiques types, atteints d'agoraphobie vraie, ou de sidérodromophobie vraie, car ces cas paraissent exister, mais ils sont peu communs.

Alcoolisme chronique. — Quelques malades, atteints d'asthénie chronique, s'adonnent à l'alcoolisme chronique, non pas poussés par la passion pour les boissons éthyliques (dipsothymie ou alcoolothymie), mais déterminés par un besoin rationnel d'exalter artificiellement leur force musculaire, diminuée ou presque anéantie. Ces patients font rarement du délire hallucinatoire (hallucinose aiguë délirante toxique), ou de la confusion mentale (troubles des perceptions) ; ils présentent plutôt des altérations intenses du caractère avec réactions nuisibles ou destructives. C'est pourquoi ils sont quelquefois placés en traitement à l'asile des aliénés ; leurs idées délirantes, si elles existent,, leur agitation, sont de courte durée. Ajoutons que nous pensons que l'alcool n'est pas toujours, pratiquement, un facteur aggravant de l'asthénie : les cas les plus variés sont susceptibles d'être observés.

***

Tels sont, brièvement exposés, les diverses maladies où les divers syndromes vers lesquels peut évoluer tardivement l'asthénle par surmenage. On en voit la complexité en même temps que la gravité. Le clinicien doit s'appliquer à les rechercher dans leur début en vue de les traiter rationnellement et d'en arrêter si possible la progression fâcheuse.

Millet, par Paul Gsell. Un volume in-4° pot, 64 pages de texte, avec 60 planches en héliogravure. Broché : 16 fr. 50. Relié : 20 fr. Numéro 21 de la collection : Maîtres de l'Art moderne. Les Editions Rieder, 7, place Saint-Sulpice, Paris-VI°.

« Les plus purs chefs-d'œuvre sont ceux où tout, absolument tout, se résout en pensée et en âme ».

Ainsi parle Auguste Rodin dans le célèbre livre intitulé *l'Art* où M. Paul Gsell a consigné les propos du grand sculpteur.

Cette haute maxime ne saurait mieux s'appliquer qu'aux tableaux et aux dessins de Millet. C'est ce que montre M. Gsell dans la profonde étude qu'il consacre au peintre-paysan.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic.

Douze diagnostics erronés de tuberculose osseuse ont été relevés en 18 mois par Blankoff, de Breedene (*Scalpel*, 3 septembre 1927). Il rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans qui a présenté vers sa quatorzième année des douleurs articulaires de sièges multiples et chez laquelle il a été procédé tout d'abord à une immobilisation par appareil plâtré du genou droit, immobilisation remontant à deux ans, maintenue neuf mois concurremment avec une cure marine jusqu'à l'obtention d'une ankylose totale ; cette thérapeutique aurait apparemment été justifiée par une tuméfaction considérable post-traumatique de l'articulation intéressée ; un an après ce traumatisme, un syndrome de douleur locale exaspérée par la fatigue, cédant au repos, et des poussées thermiques synchrones conduisaient au diagnostic de tumeur blanche du genou gauche et à son traitement immédiat par évidement du condyle interne, injection de pâte bismuthée et immobilisation par appareil plâtré. Un examen méthodique complet permit à Blankoff de redresser ce diagnostic erroné en faveur de celui d'arthrite rhumatismale, affection qu'il a pu traiter avec succès par un traitement local aux ultra-violets, mobilisation et traitement général par le salicylate de soude.

Les tumeurs médullaires sont du ressort diagnostique du médecin praticien (Van Bogaert, *Bruxelles-Médical*, 11 décembre 1927). La détermination exacte des niveaux de compression, du seul point de vue clinique, est une intervention neurologique délicate, du plus grand poids au point de vue chirurgical : l'épreuve lipiodolée apporte dans ce domaine une méthode facile, aisée et fidèle, mais celle-ci est un moyen de confirmation du niveau et non du diagnostic du syndrome tumeur ; elle ne doit être appliquée que dans le cas d'une suspicion clinique justifiée. La chirurgie des tumeurs extra-médullaires et même intra-médullaires, appliquée à des cas très complètement étudiés, n'est pas une chirurgie désastreuse ; la majorité des malades atteints de tumeurs extra-médullaires qui ne datent pas de plus de deux ans guérissent et peuvent reprendre leurs occupations après l'enlèvement de la tumeur ; s'ils sont atteints depuis plus longtemps, l'intervention ne les améliore pas suffisamment pour reprendre leurs fonctions, mais la vie leur devient *confortable*. Dans les tumeurs intra-médullaires et extra-médullaires inenlevables, la laminectomie décompressive symptomatique sera doublée de radiothérapie profonde. L'avenir nous apprendra quelles sont, ici comme au niveau de l'encéphale, les tumeurs radiosensibles ; mais même dans ce même groupe, un certain nombre de malades peuvent être récupérés au moins transitoirement.

Maladies infectieuses.

Le hoquet épidémique a accompagné l'épidémie de grippe de 1926-1927. B. Kuklova en a observé six cas (*Gazette médicale de Bratislava*, septembre 1927) ; cinq, quatre femmes, un homme) étaient âgés de 18 à 28 ans ; un seul était un vieillard de 65 ans. Début variable ; chez trois sujets, le hoquet fut le premier et unique symptôme ; chez deux, il apparut en même temps que la fièvre (38° et 39°), avec signes de catarrhe, rhinite, conjonctivite, laryngite, amygdalite ; chez un autre le hoquet compliqua un embarras gastrique préexistant. Dans le tableau clinique domine la résistance du hoquet dont les premiers accès interrompent toujours le sommeil. Ensuite hyperglycorachie régulière, atteignant parfois le maximum de 1 ‰ à l'état aigu pour céder après disparition des symptômes ; contractions myocloniques intéressant la moitié du diaphragme ou les deux moitiés, la musculature de la région supérieure du thorax, les muscles du cou, les muscles externes de l'œil et quelquefois aussi la musculature des membres. Enfin : troubles du sommeil, surtout insomnie, même dans les intervalles sans clonus. Dans deux cas, outre le début catarrhal, on nota la persistance de l'arythmie respiratoire à la suite et en dehors des contractions myocloniques; dans un cas, l'apnée après compression des globes oculaires. Les troubles gastriques, qui se traduisent chez trois malades par des vomissements et des douleurs spasmodiques dans la région stomacale, sont probablement attribuables aux contractions myocloniques du diaphragme et de la paroi de l'estomac lui-même. Durée du premier accès de hoquet : 1 h. 14 jours ; le plus souvent 3-4 jours. Reprise au bout de 1, 3 et 4 semaines.

Chirurgie.

Les varices des membres inférieurs ont été étudiées chez 426 malades de Copenhague par Aage Berntsen (*Acta chirurgica scandinavica*, 28 juillet 1927), qui en tire les conclusions suivantes : 1° L'anamnèse confirme l'importance de l'hérédité, la fréquence plus grande des varices chez les femmes, l'apparition habituelle des varices avant l'âge de trente ans. 2° Généralement, les deux jambes sont le siège de varices plus ou moins développées chez le même individu. 3° On observe quatre types de varices sacciformes isolées ; les varices serpentines ; la dilatation et l'hypertrophie régulières d'un segment veineux, pour le reste normal, mais intercalé entre des varices proprement dites ; les fines dilatations cutanées. 4° La localisation des varices est capricieuse, ainsi que le montrent les examens cliniques et la dissection cadavérique des veines variqueuses ; la cause de la maladie est donc à chercher dans la paroi même de la veine. 5° Ainsi que l'ont déjà établi des observations antérieures, l'atrophie des fibres musculaires de la couche moyenne est probablement la cause de la formation des varices ; par contre, durant les phases initiales de la maladie, le tissu élastique s'hyperthrophie, afin de prévenir la dilatation. 6° C'est une large extirpation des varices qui donne les meilleurs résultats opératoires ; ceci est probablement dû à ce qu'on intercepte ainsi le reflux anormal du sang, par suite de l'insuffisance valvulaire, dans les parties hautes de la saphène interne et dans les anastomoses des veines profondes. 7° Il faut opérer avant que les altérations consécutives aux varices soient trop développées ; même chez des individus relativement âgés on voit alors de bons résultats. 8° Une contre-indication opératoire est le danger d'embolie. Sur une série de 376 opérés l'auteur releva cette complication dans 7 2 % des cas ; la mort s'ensuivit dans 0.7 % des cas. 9° Les résultats, généralement assez favorables, de l'opération, tendent à disparaître avec le temps.

Les écoulements sanguins du mamelon (J. G. Copp, *Acta medica scandinavica*, 28 juillet 1927) se présentent surtout chez les femmes âgées de plus de 30 ans ; ils ont été attribués à diverses causes, notamment à de la mastite sérosanguinolente, à de la menstruation vicariante et au tabès ; dans l'immense majorité des cas ils sont dus à la présence de tumeurs tant malignes que bénignes du sein : papillomes intra-canaliculaires, maladie kystique, cancer ou sarcome ; en ce qui concerne le traitement, les chirurgiens sont, en grande majorité, d'avis qu'il faut recourir à l'intervention : la radiothérapie doit être réservée aux jeunes femmes atteintes d'écoulement sans tumeur, qui ne veulent à aucun prix se résoudre à l'opération. L'étude de 181 cas de cancer du sein montrait chez vingt malades (11 %) ; un écoulement, qui existait avant la formation d'une tumeur ou bien était l'unique symptôme. Sur quarante-cinq femmes atteintes de tumeur bénigne, vingt deux avaient un écoulement sanguin, qui était l'unique symptôme chez seize d'entre elles ; à l'examen microscopique on découvrit soit un papillome intra-canaliculaire soit une mastite chronique, qui ont tous deux tendance à la dégénérescence maligne. La résection partielle ou totale est indiquée dans tous les cas.

Thérapeutique.

Le borate de soude a une action thérapeutique analogue à celle du bromure de sodium dans les gastropathies. José Garcia Espin (*Archives españoles de enfermedades del apparato degestivo y dela mutricion*, septembre 1927) prescrit des paquets de deux à trois grammes pour tâter la tolérance ; chaque paquet est dissous dans un grand verre d'eau, additionné ou non de glycérine et pris en trois fois, une demi-heure avant chaque repas ; le malade fait dix jours de traitement, prend huit jours de repos et continue en alternant. Les fermentations diminuent, l'acidité baisse, les troubles douloureux se calment trois ou quatre jours après l'administration du borate de soude ; les nausées, les brûlures, les douleurs épigastriques et la céphalée disparaissent ensuite et les réactions nerveuses à distance, qu'elles relèvent du vague ou du sympathique, se modifient dans un sens favorable.

Varia.

Il est évident, que le premier devoir moral du médecin est de connaître la médecine (P. Orfila de Montevideo).

Il n'y a peut-être pas d'affection chirurgicale qui ait plus souffert des erreurs de diagnostic ou de traitement que la tuberculose articulaire (H. Le Roy von Lackum, de New-York).

Peu d'ulcères du duodénum méconnus échappent à une complication sérieuse qu'un traitement approprié aurait évité (Cécil Rowntrec, de Londres).

Dans l'intoxication tuberculeuse, nous devons envisager trois facteurs différents : l'élément toxique, formé par les produits de réaction et d'échange biologique du microbe et les produits mis en liberté après la mort du microbe même ; l'élément toxique, très important, et duquel, en vérité, on ne tient que peu de com te, dérivant de la mort et de la décomposition des cellules des tissus en proie aux processus tuberculeux ; l'élément toxique enfin déterminé par les associations microbiennes. (A. Bruschettini, de Gênes).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1928.

Que valent les statistiques du cancer ? — M. *Auguste Lumière*.— Les statistiques officielles concernant les décès par cancer sont passibles de critiques qui font ressortir combien il est illusoire de recourir à elles pour chercher à découvrir les causes de cette maladie.

Tout d'abord, à côté des erreurs inévitables de diagnostic, il faut se rendre compte que trop fréquemment et parfois intentionnellement, pour réserver les scrupules des familles, les médecins se contentent d'invoquer, comme cause du décès, la complication qui a emporté le malade, sans mentionner le néoplasme qui est à l'origine.

En second lieu, il résulte de l'étude des statistiques lyonnaises notamment, faite par l'auteur avec la collaboration de M. Vigne que les statistiques urbaines sont faussées du fait que beaucoup de porteurs de tumeurs malignes succombent dans les grandes villes où seulement ils peuvent trouver les ressources thérapeutiques que nécessite leur état.

Il faudrait donc, dans les statistiques, tenir compte non du lieu du décès mais du domicile du décédé. Il conviendrait aussi que les certificats de décès fussent présentés sous une forme précise et exacte, et il appartient à l'Académie d'examiner les garanties que l'on pourrait donner aux médecins pour assurer, dans ces conditions, le secret de leurs déclarations.

Recherches sur l'histologie pathologique de Heine Medin. — M. *Georges Marinesco* (de Bucarest) vient exposer le résultat de ses recherches histo-pathologiques sur la maladie de Heine-Medin. Il fait sa démonstration au moyen d'admirables planches en couleurs. L'intérêt de son exposé lui a valu d'être écouté dans un silence que l'on observe trop rarement à l'Académie.

La conjugaison de la pouponnière et du centre d'élevage en puériculture. — M. *Mourier*, étudiant le fonctionnement de la pouponnière d'Antony, expose les excellents résultats obtenus en 1927 : sur 1.246 enfants, la mortalité qui atteignait 30 à 40 p. 100 dans les années qui suivirent la guerre est tombée à 15 p. 100 en 1925 et 1926. Elle s'est abaissée de plus de 7 p. 100 en 1927 pour se tenir à 9.22 p. 100, inférieure à la mortalité infantile en France qui atteint 12 p. 100.

La dilatation bronchique des gazés. — MM. *Bonnamour* et *Badolle*.

Vaccination et variolisation en Haute-Volta. — M. *J. Legendre*. — La variole, autrefois commune, ne se voit plus qu'en petits foyers vite éteints. Les indigènes la prévenaient autrefois par la variolisation qui provoque une variole bénigne avec 1 à 2 p. 108 de mortalité. Les Français y ont substitué la vaccination avec du vaccin frais obtenu sur place sur genisse, d'activité variable, de conservation brève, de transport difficile. Le vaccin sec de France est préférable pour son activité égale, sa longue conservation, sa facilité de transport. Le vaccinateur peut le mettre dans sa poche, comme un tube de comprimés de quinine.

L'immunité par la variolisation ne dure pas plus que celle par vaccination. Sur 3.200.000 habitants de la Haute-Volta il faut compter 320.000 individus à vacciner ou revacciner chaque année. L'auteur recommande son procédé économique de vaccination aux épingles.

Les ondes galvaniques alternatives à longues périodes dans les névrites graves et la paralysie infantile. — M. *Laquerrière*. — Ce mode électrique peut être utilisé dans les névrites motrices et dans la paralysie infantile, dans les cas où l'on recherche les effets trophiques du courant continu. il y a alors l'avantage, étant moins irritant pour l'épiderme, de permettre des séances plus longues.

Mais il est souvent indiqué parce que, faisant contracter seulement les muscles les plus malades, il permet de leur faire réaliser un exercice utile sans que les muscles sains y participent.

Election d'un membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.) — Au premier tour de scrutin, M. Justin Jolly est élu par 64 voix sur 72 votants ; M. Levaditi a obtenu 2 voix ; M. Portier, 2 voix ; M. Sthrohl, 1 voix, 3 bulletins blancs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

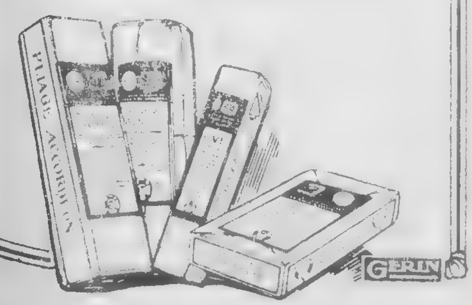
Séance du 8 février 1928.

Ostéomyélite du péroné. — M. *Mouchet* rapporte deux observations de M. *Tasso-Astériadès* (Salonique) ayant trait à deux malades atteints d'ostéomyélite de l'épiphyse inférieure du péroné. Les deux fois, il résèque la diaphyse totalement nécrosée. Il a revu, plusieurs années après, un de ses malades : le péroné était entièrement régénéré.

Rupture du canal thoracique. — M. *Lenormant* rapporte une observation de M. *Grimault* (d'Algrange) de cette rare lésion (c'est le premier cas publié en France). Il s'agit d'un homme qui, en période digestive, est renversé par une automobile. On le soigne pour une fracture ouverte du crâne.

Plusieurs jours après, il commence à se plaindre du thorax droit. A la base, on trouve un épanchement qui augmente peu à peu.

La cyanose et l'asphyxie s'exagérant brusquement, on fait une ponction de deux litres de liquide laiteux, auquel on a


PLIAGE ACCORDÉON
GERIN



reconnu tous les caractères du chyle. Trois fois, devant des accidents menaçants, on évacue ainsi plusieurs litres de liquide. Puis la guérison survient.

A l'occasion de cette observation, M. Lenormant a recherché dans la littérature des cas analogues ; il en a trouvé 25. L'épanchement pleural siège le plus souvent à droite. Il a toujours une importance considérable et une reproduction rapide. Très souvent, l'épanchement n'est pas immédiat ; il est même parfois très tardif. C'est une lésion grave et on compte 12 morts sur 25. Sa thérapeutique est difficile.

Outre la ponction, on a préconisé la thoracotomie, qui présente d'ailleurs des dangers ; en fait il y a eu trois guérisons sur cinq thoracotomisés. Peut-être serait-il possible de modifier le régime alimentaire pour réduire la quantité de lymphe ?

Perforation typhique. — M. *Grégoire* analyse un cas de M. *Couraud* où une perforation iléale dans une fièvre typhoïde ambulatoire a été suturée sans drainage à la treizième heure avec guérison.

A ce propos, le rapporteur montre la diversité des méthodes employées dans les auteurs et conclut qu'en somme, cela dépend exclusivement de l'état général.

Sténose sous-vatérienne du duodénum. — M. *Grégoire* rapporte une observation de M. *Revel* (de Nîmes). Le malade avait été traité par gastro-entérostomie et n'avait pas été amélioré. En réalité, il s'agissait d'une occlusion chronique duonénale par la corde mésentérique, et le malade guérit parfaitement bien par une duodeno-jéjunostomie.

Anesthésie régionale par voie intra-veineuse. — M. *Cunéo* analyse un travail de M. *Cahen.* — Il a eu l'idée de revenir à la méthode de Bier déjà ancienne. Entre deux liens qui maintiennent le segment du membre exsangue, il fait une ponction veineuse et injecte 30 à 40 cc. d'une solution de novocaïne à 1/200. Il a utilisé 20 fois cette méthode : deux fois il a eu un échec, les 18 autres fois, une anesthésie parfaite. L'auteur n'a jamais eu d'accidents d'intoxication, car il vidait systématiquement le système veineux avant d'enlever les liens

A propos du Mikulicz. — M. *Proust*, à propos de cinq observations diverses, de M. *Lassaridès* (d'Athènes) dit qu'à son avis, le Mikulicz ne doit être employé qu'en cas de chirurgie dans un milieu infecté.

Les artérites oblitérantes. — M. *Leriche* expose ses conceptions personnelles sur le mécanisme et le traitement de ces affections encore mal connues. Il montre que l'insuffisance circulatoire n'explique pas tous les troubles qui sont certainement dus à un facteur vaso-moteur surajouté Il conseille, avant le stade de gangrène confirmé, de pratiquer une artériectomie ou une surrénalectomie, car il a obtenu ainsi de bons résultats.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février 1928.

Phrénicectomie pour tuberculose et éventration diaphragmatique. — M. *Bard*, à propos de la récente communication de M. Caussade, considère qu'il n'y aucune comparaison à établir entre la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire et les faits rapportés par M. Caussade au cours de l'éventration diaphragmatique.

A propos de trois cas de maladie exostosante dite « exostoses ostéogéniques multiples. — MM. *André Léri, R.-J. Weissenbach* et *J.-A. Lièvre* présentent trois cas de cette affection et montrent qu'il s'agit d'une dystrophie osseuse très spéciale caractérisée par un ensemble complexe de lésions. Les exostoses ne sont qu'un des signes de la maladie ; ce ne sont d'ailleurs point des productions irrégulières et asystématisées, elles affectent pour chaque os une forme et une localisation fixes.

Il existe d'autre part des troubles du développement osseux qui sont aussi très systématisés : élargissement de la partie supérieure de l'humérus, amincissement de la moitié inférieure, incurvations radiale et cubitale, raccourcissements électifs que n'expliquent point des productions exostosiques parallèles. A côté de l'aplasie du cubitus souvent notée antérieurement, les auteurs observent le raccourcissement des quatrième et cinquième métacarpiens : c'est la brachymélie métapodiale qui a été relevée dans d'autres dystrophies osseuses.

Les auteurs constatent d'autre part des troubles constants de l'architecture osseuse: raréfaction épiphysaire, disparition, semble-t-il, de la coque compacte au niveau des zones exostosiques.

Ils notent enfin que le rapport classique des exostoses avec le cartilage de conjugaison n'est pas toujours vérifié (exostoses de la partie moyenne de l'humérus) et ont observé en particulier une exostose du frontal ; l'ensemble de ces lésions n'est guère explicable par les théories antérieures (tératologique, infectieuses) et la pathogénie plus récente de l'insuffisance de l'ossification périostale ne peut s'appliquer à l'exostose crânienne, développée au niveau d'un os à ébauche membraneuse.

Un cas d'éventration diaphragmatique. — MM. *Fatou* et *Lucy* rapportent un cas d'éventration diaphragmatique droite et insistent sur la rareté de cette forme spéciale et sur les erreurs de diagnostic qu'elle peut déterminer.

Les conflits thérapeutiques dans le traitement de la syphilis. — M. *Milian* signale les conflits thérapeutiques qu'on peut observer dans le traitement de la syphilis. Il insiste à ce propos sur la réaction de Herxheimer et cite plusieurs observations à l'appui de la réalité de cette réaction. Il montre plusieurs courbes thermiques chez des malades traités par le 914, température accompagnée de frissons et de sueurs, qui disparaît quand on continue le traitement. Il cite plusieurs types dans lesquels la température réapparaît quand on augmente les doses médicamenteuses et entre les poussées thermiques, si la fièvre persiste, il s'agit de la fièvre syphilitique secondaire. Pour Milian, la température au moment du traitement indique la stimulation du germe par la médication. Il ne s'agit pas d'intolérance, laquelle s'accompagne de nausées, de vomissements et parfois de troubles intestinaux. Celle-ci est due à une altération du système endocrino-sympathique.

M. *Sicard* pense que la réapparition de douleurs fulgurantes au cours du traitement du tabès n'est pas le témoin d'une réaction de Herxheimer. Quel que soit le médicament employé, on peut en effet, chez les tabétiques, faire réapparaître les douleurs.

M. *Jausion* a observé qu'avec le novarsénobenzol, les réactions thermiques peuvent s'observer chez des non-syphilitiques.

M. *Flandin* fait remarquer que les réactions thermiques observées par M. Milian sont loin d'être constantes.

M. *M.-P. Weil* a observé des courbes thermiques semblables par l'injection de liquide pleural chez des malades atteints de pleurésie cardiaque. On ne peut dans ces cas parler de stimulation des germes.

M. *Dufour* insiste à ce propos sur les intolérances médicamenteuses et ne pense pas qu'on réveille pour cela la maladie.

M. *Netter* pense que toute préparation arsenicale est susceptible de provoquer de la fièvre. Il a observé des cas de zona, d'herpès.

Endocardite infectieuse primitive à pneumocoques terminée par la guérison. — MM. *Ch. Laubry* et *Coffin* présentent l'observation d'une malade de 56 ans qui, à l'occasion d'un état grippal, fit brusquement, au milieu de symptômes généraux graves, d'une fièvre à grandes oscillations, une endocardite mitrale. L'évolution s'en poursuivit pendant cinq mois avec des péripéties diverses, grandes oscillations thermiques, fièvre continue, anémie sévère et enfin poussée phlébitique qui marqua le début de la convalescence. Les hémocultures donnèrent dans les premières semaines du pneumocoque, à une phase tardive un parathyphique B, dont les auteurs discutent la signification à microbe de sortie ou par fièvre parathyphoïde surajoutée.

Le traitement consiste surtout en injections intra-veineuses et sous-cutanées de sérum antipneumococcique, la malade ayant reçu plus d'un litre et demi de sérum et en injections

vaccinales. Cette sérothérapie énergique ajoutée à d'autres traitements n'a pas été d'après les auteurs étrangère à la guerison.

MM. Laubry et *Coffin* insistent sur la rareté des observations d'endocardites à pneumocoques primitives guéries. Chez leur malade, avant de disparaître complètement, le souffle a présenté, au moment des poussées fébriles, et d'affection intercurrente, des réapparitions passagères qui leur permettent quelques considérations intéressantes sur la pathogénie musculo-valvulaire des souffles organiques les plus authentiques.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1928.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius traitée par massage, sans appareil plâtré — *M. Wetterwald* présente une harpiste traitée de la sorte et qui, le vingt-huitième jour, pouvait reprendre ses exercices. Le quarantième jour, elle jouait son programme. Le soixante-seizième, elle donnait un concert public.

Arthrite gonococcique traitée par mobilisation. — *M. Wetterwald* a entrepris la mobilisation d'une arthrite gonococcique huit mois après l'accident. L'ankylose fibreuse, à peu près absolue, et les douleurs empêchaient tout travail. Soixante séances de massage et mobilisation donnèrent une mobilité de 45° dans chaque sens, et la disparition des douleurs spontanées. La malade peut exercer aujourd'hui la profession d'infirmière.

Guérison ultra-rapide des brûlures. — *M. Livet* présente une malade atteinte d'une brûlure au troisième degré, il y a douze jours ; traitée selon une methode mixte consistant en irradiations ultra-violettes et pansements à la solution éthylique de diphénols. Après huit jours de traitement, l'épiderme était déjà en grande majorité reconstitué. Cette méthode serait selon son auteur de beaucoup la plus rapide et la plus efficace actuellement.

La constante au Congrès international d'urologie de Bruxelles. — M. *Cathelin*, en rapportant textuellement les paroles des 14 chirurgiens étrangers qui ont parlé sur ce sujet, montre *qu'un seul*, en dehors des protagonistes parisiens de la première heure, s'en est déclaré partisan convaincu, de sorte qu'il considère à bon droit comme un désastre pour la constante ce referendum général.

Il montre que, somme toute, la constante est une bien petite chose qui a sa place à côté des vingt-cinq autres méthodes d'exploration fonctionnelle des reins, mais qu'elle n'a pas cette souveraineté qu'on a voulu lui accorder autrefois et contre laquelle il a lutté victorieusement pendant plus de quinze ans.

Ulcération de la verge à spirilles de Vincent. — MM. *Wurmser* et *Grimberg* présentent l'observation d'un jeune malade atteinte d'une *balanite à spirochètes de Vincent.*

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Résultats éloignés. — M. *Jean Guisez* rapporte onze observations de cancer de de l'œsophage dont le traitement radiumthérapique remonte à plus de quatre ans (dans quatre à plus de six ans) et dans lesquelles la déglutition se maintient normale sans aucune récidive jusqu'à maintenant. Le diagnostic a toujours été posé sous endoscopie et vérifié par la biopsie. Mais on ne peut espérer pareil résultat que si les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage.

Dans des cas moins favorables, à lésions très étendues, la dysphagie complète au moment de l'examen a disparu pour un temps plus ou moins long, donnant aux malades l'illusion de la guérison avec retour à l'appétit souvent très vif, augmentation de poids. Ce résultat est en tout cas très supérieur à celui de la gastrostomie, seul traitement palliatif opposé jusqu'ici à cette pénible affection.

Docteur PROST.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Pourquoi j'ai présenté la lachésine à mes confrère.

> Ne plaisantons plus, les homéopathes, les vaccins et les tuberculines n'agissent-ils pas suivant leurs principes ? Mais reprochons-leur de garder pour eux ce qu'ils savent et de ne pas faire participer le monde médical à leurs connaissances. Prof. CHANTEMESSE.

Nos formulaires contiennent un fort grand nombre de médicaments et la liste n'est pas près de s'en épuiser car de multiples laboratoires nous en offrent chaque jour de nouveaux, plus ou moins étudiés, et dont les auteurs, savants chimistes, nous vantent les vertus à grand renfort de formules.

Après quelques années de pratique, nous nous rendons bien compte que cette profusion de médicaments dissimule une pauvreté réelle et nous sommes trop souvent à la recherche de l'agent efficace qui satisfera à la fois le malade et le médecin.

C'est cette considération et une certaine expérience de la pratique homéopathique — dont le nom ne rebute plus les médecins depuis bien longtemps — qui m'ont poussé à présenter à mes confrères un médicament réputé depuis de longues années contre les troubles de la ménopause, à tel point qu'il en est considéré comme le spécifique. Il s'agit du *lachesis* extrait du venin du *Trigonocephalus lachesis.* Ce médicament, proposé d'abord comme tonique nerveux et cardiaque, réussit spécialement contre les troubles de la ménopause, sans qu'on ait pu expliquer cette action élective.

On cherche toujours à expliquer un fait, quoique le fait soit assez éloquent par lui même pour se passer d'explication. Je me permets donc de présenter à ce sujet mon interprétation personnelle d'une action thérapeutique aussi marquée. Tous les venins sont hémolytiques : on peut supposer que le lachesis introduit dans la circulation amène un certain degré de floculation du sang : les minimes floculats ainsi produits impressionnent les extrémités terminales sympathiques et para-sympathiques des parois vasculaires, d'où une équilibration de la tension : cette équilibration agit de la façon le plus heureuse contre les symptômes pénibles de la ménopause qui ne sont que les troubles hypertensifs.

Mais les hypothèses et les théories doivent toujours s'effacer devant les faits qui, dans l'espèce, sont les observations. Nous en devons à l'obligeance de nos confrères une longue série que je ne puis songer à publier dans un article. Qu'il me soit permis d'en citer trois seulement : elles suffiront, car, en définitive, elles se ressemblent toutes.

Mme M., âgée de 52 ans, dit un confrère de Nantes, est atteinte depuis la disparition de ses règles, c'est-à-dire depuis deux ans, de vertiges, bouffées de chaleur, maux de tête et douleurs diverses. Elle a essayé l'hamamélis, l'hydrastis et les spécialités les plus vantées pour le retour d'âge. Aucun résultat. La *lachésine* l'a rapidement guérie de tous ses malaises.

J'ai traité par la lachésine, dit un confrère de la Charente-Inférieure, deux cas de ménopause artificielle, suite de castration. Les différents médicaments préconisés avaient été employés sans résultat La *lachésine* a mis fin aux malaises variés dont se plaignaient ces deux malades.

Du Dr M. (Loir-et-Cher) :

Mme C., âgée de 48 ans, en pleine ménopause, était tourmentée depuis des mois par des bouffées de chaleur, des vertiges et des sueurs. Elle se réveillait la nuit en sursaut, couverte de transpiration. Malaise général et asthénie. La *lachésine* a mis fin à ces troubles : les bouffées de chaleur et les sueurs ont disparu, Mme C., éprouve un véritable bien-être : elle sent son système nerveux équilibré désormais.

***

Il n'y a pas de raison pour que les médecins n'adoptent pas le *lachésis* aussi bien que l'*hamamélis*, l'*hydrastis*, le *drosera*, la *trinitrine* et tant d'autres médicaments qui ont été empruntés, d'une façon plus ou moins avouée, à la pratique homéopathique.

C'est ce que j'ai pensé en mettant à la leur disposition ce médicament à la dose minime optima, sous la forme moderne de comprimés qui portent le nom de *lachésine*. Un comprimé le matin à 10 heures et un comprimé le soir à 5 heures mettent fin en quelques jours aux troubles si variés de la ménopause (bouffées de chaleur, vertiges, sueurs, dyspepsie, accès de dyspnée, asthénie, etc...) troubles communs à la ménopause naturelle et à celle qui suit les ablations chirurgicales.

Dr MENDEL.
Ancien interne des hôpitaux.

CLIMATOTHERAPIE

A propos des voyages médicaux internationaux sur la Côte d'Azur [1].

Pour apprendre à connaître les ressources d'une station climatique, comme aussi les indications thérapeutiques d'une ville d'eaux, avec toutes leurs nuances, rien ne vaut l'instruction personnelle, la leçon de choses, faite sur place.

Cette idée fut le *primum movens* de la création des V. E. M. aux stations thermales et climatiques françaises, réalisée, pour la première fois, par notre regretté maître Landouzy et par Carron de la Carrière. Remarquons que l'interne de Landouzy, à cette époque, était Maurice Faure, en même temps stagiaire à la Commission des Eaux Minérales de l'Académie de médecine, et que l'élève ne fut peut-être pas étranger à la conception du maître. Cette conception, il la renouvelle aujourd'hui par les Voyages Médicaux sur la Côte d'Azur, qu'il a créés en 1921.

Maurice Faure sait à quelles redoutables concurrence nos stations thermales et climatiques françaises sont exposées, et il a ressenti, plus qu'un autre, puisqu'il est médecin à La Malou et à Nice les graves conséquences de l'active propagande menée par nos émules et nos adversaires. Il voit les Italiens payer la traversée en paquebot de luxe, de l'Amérique du Sud en Italie, ainsi que les frais complets de voyage et de séjour, aux médecins Argentins, Brésiliens, etc., qui, au retour, font, dans les Universités, les Ecoles, les Sociétés de leurs pays, des conférences sur les stations Thermales et Climatiques Italiennes, réorganisées et dotées par le Gouvernement de Mussolini. Il connaît l'action sur place, insistante et persuasive, menée par les médecins allemands les plus qualifiés, aux Etats-Unis, en Angleterre, en Hollande et dans les pays Lettons et Scandinaves. Il sait que le dénigrement de nos ressources climatiques et thermales, ainsi que de nos installations, va de pair avec la mise en valeur des stations allemandes, qui visent à ramener en Allemagne les malades qui fréquentaient chez nous depuis la guerre. C'est le prestige de la douce France qui diminue : ce sont des ressources importantes qui échappent à nos Etablissements et à nos hôtels, comme à nos industries et commerces saisonniers.

Voilà pourquoi, la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, présidée par Maurice Faure, — qui compte plus de 300 membres et unit les médecins de la Côte d'Azur dans un même sentiment de solidarité et de défense, lutte énergiquement contre ces redoutables influences. Cette initiative patriotique et médicale mérite d'être connue, appréciée et encouragée ; et nous tous devons l'aider.

La caravane du IVe Voyage International avait réuni 104 adhérents, dont 63 étrangers et 41 français. Elle comptait 10 Hollandais, 11 Roumains, des Anglais, des Belges, des Espagnols, des Danois, des Luxembourgeois, des Turcs et des Yougo-Slaves, la plupart professeurs de Faculté, médecins des hôpitaux, ou représentants de grands journaux médicaux. On y trouvait aussi des Français éminents, comme le Prof. agrégé, Laignel-Lavastine et des représentants de grands journaux français comme le Dr Léopold-Lévi (*La Clinique*), le Dr Sersiron (*Le Progrès Médical*) le Dr Renaux (*Le Concours Médical* et le

(1) Quatrième voyage médical international sur la Côte d'Azur, 30 décembre 1927, 8 janvier 1928.

Siècle Médical), le Dr Cleuet (*Echo Médical du Nord*), le Dr Dano (*Gazette des Hôpitaux de Nantes*) le Dr Le Moal (*Gazette Médicale de Bretagne*).

Le parcours était le même que d'habitude : Toulon, Hyères, La Côte des Maures, St-Raphaël, Valescure, la Côte de l'Estérel, Cannes, Vallauris, Grasse, Golfe Juan, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, La Turbie, Menton, Monte-Carlo, Monaco, Beaulieu, Nice. A la suite du voyage, deux excursions, l'une dans les Alpes et l'autre en Corse, avaient été prévues et ont eu le plus grand succès.

Aucun détail, aucun des coins abrités de la Côte n'ont pu échapper à nos observations. Des cars confortables et rapides nous transportaient partout, s'arrêtant à notre gré pour nous permettre d'écouter, de voir et de noter.

Le premier contact avec le Littoral fut une conquête. La cordialité de l'accueil des médecins de Toulon y contribua beaucoup. Vingt-deux d'entre eux, avec le Président de leur syndicat, Dr Mège, à leur tête, nous attendaient et nous firent fête ; et notre voyage commença ainsi sous les plus heureux auspices.

Il est impossible de décrire tout ce qu'on nous a montré, au cours de notre rapide inspection. C'est tout juste si nous avons la possibilité de signaler, en toute indépendance, quatre ou cinq des choses les plus saillantes, les moins connues, qui nous ont frappés, parmi les innombrables ressources thérapeutiques de la Côte d'Azur.

Le soleil et les climats s'irisent là en une gerbe bienfaisante, sous la main des médecins, dont la science et l'ingéniosité se multiplient pour en varier, en modérer, en exalter les effets, suivant les maladies et les malades qu'ils veulent y soigner.

A l'adresse des rhumatisants goutteux, obèses, diabétiques, nous avons retenu l'installation sur les toits de l'Institut radio-solaire à St-Raphaël, de coupoles spéciales pour insolation prolongée. Armées, sous un certain angle, de verres particuliers qui ne laissent passer que les rayons rouges ou infra-rouges, ces coupoles, assez vastes, permettent au malade de rester étendu, complètement nu, en plein soleil pendant une heure et plus, dès les premières insolations. Pas de phénomènes congestifs ; les yeux et la tête n'ont pas besoin d'être protégés ; jamais de réactions actiniques : pas d'épidermites, pas de pigmentation de la peau, qui reste blanche ; mais, par contre, sudation abondante, et tellement fétide parce que chargée d'acide urique que le malade, pour ne pas en être incommodé, est obligé de se doucher avec la pomme d'arrosoir qui est à sa portée dans la cabine. Dix-huit hectares d'un parc isolant, planté de fleurs et d'arbres, rares en bordure de la mer, formant un cadre unique à cet établissement.

D'Hyères, qui fut, pendant un temps, une station trop délaissée, nous rapportons l'impression très nette d'une renaissance complète ; et c'est justice. Nous avons vu les jardins peuplés d'enfants. Cela tient aux progrès de l'urbanisme local, à l'aménagement heureux des alentours, cela tient à l'abri climatique parfait que lui vaut sa situation géographique, cela tient enfin à l'écart dans lequel elle se trouve du bruit des automobiles, des touristes, et des gens qui font la fête.

A quelques minutes de la Ville se voient les Etablissements bien connus du Mont des-Oiseaux et de San-Salvadour, où médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris envoient les enfants malades (460 lits) de l'Assistance Publique et les jeunes filles ou jeunes femmes (160 lits) anémiées, fatiguées, convalescentes. De même est proche le sanatorium René Sabran de la presqu'île de Giens, œuvre lyonnaise, qui fut un des premiers et reste l'un des meilleurs de nos hôpitaux marins français. A mentionner également le sanatorium de femmes Alice Fagniez, succursale de l'œuvre de Villepinte, et, pour mémoire, l'institut hélio-marin privé du Dr Jaubert qui ne diffère pas sensiblement d'ailleurs des autres instituts analogues du Dr Pascal à Cannes, du Dr Bufnoir à Juan-les Pins, etc.

Ce n'est pas sans raisons que les fondateurs clairvoyants et philanthropes de ces différents établissements ont choisi la commune d'Hyères pour y implanter leurs œuvres coûteuses. Nos camarades étrangers en ont été très frappés.

Pour les surmenés, les excités, les nerveux, les fatigués, nous choisirions le séjour à Valescure (Vallis curans, la vallée qui guérit). Calme, repos, silence : au premier plan, vaste étendue verte des cimes de la forêt des pins ; au loin, la mer calme et bleue.

Mais comment mentionner les mérites singuliers de chaque station visitée, dont chacune est un bijou, avec sa couleur et son éclat particulier ? Comment résumer les causeries-conférences charmantes et instructives que nous firent partout des savants : à Antibes, le Dr Sardou ; à St Raphaël, le Dr Caldaguès ; à Cannes, dont la réception reste pour nous inoubliable, le Dr Bufnoir ; au Cannet, le Dr Mantoux ; à Grasse, le Dr Bertier ; à Beaulieu, le Dr Hérard de Bessé ; à Nice, le Prof. Laignel-Lavastine ? Que dire de l'accueil du Dr Vivant à Monte-

Carlo, et de la visite de l'Etablissement physiothérapique de la Principauté, qui est une merveille d'installations modernes dirigé par le Dr Boyer, avec une science et une compétence indiscutées.

Deux choses encore nous restent à souligner :

A Grasse, La Maison des Enfants, fondée et entretenue en grande partie, par la générosité de Madame Georges Chiris née Cunisset-Carnot. Cette œuvre a pour but de secourir, moralement et matériellement, les enfants pauvres au-dessous de 15 ans, qui sont rachitiques, malingres, atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques, ou fils issus de familles tuberculeuses Fondation d'initiative privée, très française, la seule de ce genre dans le département des Alpes-Maritimes (à peine croyable) ! elle devrait servir de modèle à des centaines d'autres. Dans un pays qui risque de mourir, faute d'enfants, il faut, au moins, sauver ceux qui sont nés ! Et nous avons vu là, le 2 janvier, en plein hiver, sous le climat uniforme et très doux, parce que très abrité de Grasse, quarante enfants, dont beaucoup de tout petits, prendre presque nus, leur bain de soleil sur la terrasse d'une vraie maison provençale d'un charme délicienx et modeste. Vie constante au plein air, sous le soleil, et soins attentifs et maternels dirigés par le Dr Reboul, de Cannes, doublés par la sollicitude éclairée de la famille Chiris, rendent à la santé, chaque année, 88 enfants, et transforment en lurons vigoureux de pauvres petits déchets d'humanité. Pédiâtres, et vous médecins, pères de famille, qui passez à Grasse, ne manquez pas d'aller voir la Maison des Enfants, sous les grands oliviers de la vallée St-François ! Vous en serez touchés et ne l'oublierez pas.

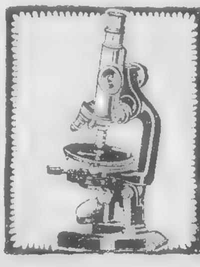
A Cannes, l'institut de Paraffithérapie a retenu aussi notre attention. On y traite, avec succès, le rhumatisme, la goutte, les varices, les névrites et les névralgies, l'obésité. Les patients, étendus sur des divans recouverts de papier, y sont englués de paraffine à son point de fusion, de 54 à 56° centigrades, pendant un temps déterminé (quelques minutes au début). Sous l'effet du paraffinage, de la compression, et des copieuses sudations qui en résultent, une désintoxication rapide est obtenue. Il est important de noter que cette invention bien française, due au Dr Barthe de Sandfort, plagiée en Allemagne n'est pas encore assez connue en France.

A voyager beaucoup, à frotter sa cervelle à celle des autres, comme disait Montaigne, on apprend toujours quelque chose. Et, pour conclure, je laisse la plume aux Drs Sardou et Faure.

« Aux bords de cette mer Méditerranée, qui vit naître et « prospérer les plus hautes civilisations, une légende merveil« leuse naît, chaque hiver : enfants débiles, adolescents anémi« ques, malades chroniques ou convalescents, coloniaux fati« gués, vieillards fragiles, s'y rassemblent, attirés par une re« nommée singulière. Là, plus et mieux qu'ailleurs, les puissan« ces qui ont engendré la vie, au cours de la lente formation de « notre planète, ont conservé leur action mystérieuse et souve« raine. Depuis deux mille ans depuis que l'humanité instruite a « cherché à comprendre et à seconder, par une collaboration in« telligente, l'effort aveugle des forces extérieures, les hommes « affaiblis par de plus durs climats, par le travail ou par les ma« ladies, sont revenus puiser aux sources éternelles de leur jeu« nesse et de leur esprit ». (1)

Dr G. SERSIRON (de la Bourboule).
Secrétaire général honoraire
des sanatoriums de Bligny.

(1) Gaston SARDOU et Maurice FAURE. — Le climat de la Côte d'Azur. Critique des Critiques. Edition de la Société Médicale du Littoral 5 rue Longchamp, à Nice.



BIBLIOGRAPHIE

Précis de parasitologie, quatrième édition entièrement remaniée par E. Brumpt ancien professeur de parasitologie 1927. Un volume de 1.452 pages 795 figures et 5 planches hors texte en noir et en couleurs (collection de Précis médicaux). Cartonné toile : 100 fr. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Cette quatrième édition comprend 236 pages de plus que la précédente et 89 nouvelles figures originales. Par suite de l'immense accumulation de documents nouveaux d'une grande importance médicale, signalés au cours de ces dernières années, le professeur Brumpt a remanié complètement cet ouvrage dont le plan et le but sont restés sensiblement les mêmes. Ce livre, bien qu'appartenant à la collection des « Précis médicaux » n'est pas seulement un ouvrage destiné aux étudiants, mais en raison de sa documentation complète, c'est en réalité un traité complet de parasitologie médicale indispensable aux médecins français et étrangers à qui il permet d'approfondir de nombreux faits scientiques.

On trouvera dans cet ouvrage *la description* de tous les animaux et végétaux signalés jusqu'à ce jour comme parasites de l'homme, *leur biologie, leur rôle pathogène, leur distribution géographique, le moyen de les détruire.* D'inégale importance pour le médecin, ces êtres ou bien sont très communs et occasionnent des malad es bien définies, ou bien sont des parasites exceptionnels de l'homme dont on ne connaît que de rares observations ; mais écrit l'auteur à ce sujet « une espèce considérée comme rare aujourd'hui est susceptible de prendre une grande importance médicale le jour où les techniques nouvelles permettent de la mieux déceler »,

L'ouvrage est entièrement au courant, l'auteur ayant enregistré jusqu'à la dernière minute les derniers travaux.

Les modifications apportées à la quatrième édition portent principalement sur les sujets suivants : Dans le groupe des spirochètes : *le treponema hispanicum* — Nouveaux procédés de culture des amibes. Données nouvelles sur la biologie des parasites du paludisme. Helminthologie (culture des scolex echinococciques, travaux récents sur l'échinococcose alvéolaire).

Apports concernant la biologie et la destruction des hémiptères et des némacotocères sueurs de sang.

Le chapitre des champignons s'est enrichi de nombreuses espèces signalées comme parasites de l'homme. La classification des champignons des teignes a été modifiée d'après les travaux d'Ota et Langeron.

Précis de physiologie. par Maurice Arthus, 7e édition, 1 volume de 1.152 pages, 287 figures en noir et en couleurs. (Collection de Précis médicaux), Cartonné toile : 70 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

On trouvera dans la septième édition de cet ouvrage classique d'importantes additions, mais l'auteur n'y a accueilli que les acquisitions stables et définitives. Le fonds de l'ouvrage est resté le même : c'est un livre d'éducation qui a pour objet de développer chez ses lecteurs l'esprit expérimental, de leur imposer le besoin de clarté, de précision et d'ordre. C'est un livre d'enseignement qui contient l'exposé des faits biologiques, considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports dont la connaissance est nécessaire pour aborder l'étude de l'hygiène, de la pathsiogie, de la thérapeutique.

Ce précis comprend en réalité deux ouvrages : *un premier traité de physiologie* imprimé en grand texte, contenant les notions les plus élémentaires, et un second traité de physiologie comprenant l'ensemble de l'ouvrage, et représentant le second degré de l'enseignement physiologique.

Questions physiologiques d'actualités, par Léon Binet. Un volume 228 pages avec 55 figures. (Masson et Cie, éditeurs) : 18 fr.

I. Recherches histologiques sur le poumon. — II. Moyens d'étude de la respiration chez l'homme. — III. Relations entre l'intestin et le poumon. — IV. Le pouvoir absorbant de la plèvre. — V. Observations physiologiques sur le mal des altitudes. — VI. La régulation de la teneur du sang circulant en globules rouges par l'activité mécanique de la rate. — VII. Les anticoagulants. — VIII. Le mécanisme régulateur de la pression artérielle. — IX. Etude expérimentale des hémorragies. — X. La soif. — XI. Recherches sur le pouvoir éliminateur des glandes salivaires. — XII. La digestion et l'absorption des graisses en dehors du pancréas. — XIII. La sécrétion externe du pancréas (déductions pratiques pour la réalisation de la pancréatite hémorragique) — XIV. Le rôle de l'appendice iléo-cœcal. — XV. Le rôle de la rate dans la nutrition et dans la croissance : le problème des rates de suppléances. — XVI. Les facteurs internes de croissance. — XVII. Recherches sur le pouvoir absorbant du tissu sous-cutané. — XVIII. L'excitant lumineux. — XIX. Recherches sur les centres du tuber cinereum. — XX. Effets de l'ablation de l'écorce cérébrale. — XXI. La circulation artérielle du cerveau. — XXII. La fumée de tabac (étude physiologique). — XXIII. Le sommeil. — XXIV. L'exploration du système nerveux végétatif : reflexe oculo-cardiaque et réflexe solaire.

Maladies des Mâchoires, par les Drs L. OMBREDANNE et Pierre BROCQ, 2e édition entièrement revisée, 1 vol. gr. in-8 215 figures : 35 fr. (Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le soin des auteurs s'est appliqué surtout à donner aux praticiens des indications précises sur les divers traitements appliqués aux affections chirurgicales des mâchoires, à en faire un livre facile à consulter par sa grande clarté et les bonnes illustrations qui accompagnent le texte.

En voici les principaux chapitres :

Malformations et tumeurs congénitales des mâchoires. Lésions traumatiques du maxillaire inferieur. Fractures du maxillaire inférieur, du maxillaire supérieur. Luxations de la mâchoire inférieure. Maladies infectieuses des mâchoires, infections des mâchoires en général : gingivites, polyarthrite expulsive ou pyorrhée alvéolaire, dentite ou carie dentaire, monoarthrite apicale ou arthrite alvéolo-dentaire, ostéomyélite, accidents liés à l'irruption de la dent de sagesse, tuberculose des mâchoires, syphilis des mâchoires, actinomycose des mâchoires. Sémiologie de la constriction des mâchoires. Sémiologie de l'atrophie des maxillaires. Sémiologie de l'hypertrophie des maxillaires. Tumeurs d'origine dentaire Tumeurs de la dent adulte. Néoplasmes des mâchoires. Tumeurs d'origine non dentaire.

La Haute Fréquence en Oto-Rhino Laryngologie Diathermie, Haute Tension, Diathermo Coagulation Effluvation, Etincelage. 2e édition par LEROUX-ROBERT. Préface du Professeur d'ARSONVAL 1 volume de 216 pages, 113 figures et 2 tableaux. Prix : 26 fr. (Collection Médecine et chirurgie pratiques). (Masson et Cie. Editeurs).

Cette seconde édition marque les progrès considérables de l'appareillage et de l'instrumentation et s'est augmentée d'une importante illustration qui facilite la compréhension d'un texte, d'ailleurs exempt de formules ; les non initiés connaîtront en quelques pages les principes indispensables, les adeptes de la méthode verront préciser leur champ d'action.

« La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie » est divisée en 2 parties : Applications médicales et applications chirurgicales dont les éléments sont disposés en un tableau synoptique d'une grande clarté.

Le Dr Leroux-Robert étudie le principe, les effets physiologiques et thérapeutiques, enfin les indications.

Des chapitres spéciaux réservés à la fulguration de tension et d'intensité à la mise en parallèle de la fulguration et de la diathermo-coagulation, à la production des rayons ultra-violets sur les appareils de haute fréquence, aux résultats comparés des deux méthodes, tiennent le lecteur au courant des recherches les plus récentes et lui permettent de préciser les indications respectives du radium, des rayons X, de la haute fréuqence et des rayons ultra-violets.

L'année psychologique, publiée par Henri PIÉRON (vingt-septième année 1926). Un volume de 900 pages. Alcan, éditeur, Paris 1927.

Depuis plusieurs années je suis chargé de rendre compte de cette publication dans les colonnes du *Progrès Médical* et une fois de plus je signale l'utilité de l'Année psychologique» et aussi le degré de perfection qu'elle a atteint grâce à l'inlassable activité de son rédacteur et de ses collaborateurs : j'énumère ces qualités : clarté dans la présentation, rubriques rationnellement choisies et disposées, analyses judicieuses et sachant extraire le suc des ouvrages étudiés et enfin intérêt indiscutable des mémoires originaux qui s'appliquent à résoudre des problèmes essentiellement pratiques au lieu de se lancer (comme dans beaucoup de revues s'occupant de psychologie) dans des spéculations métaphysiques. J'apprécie tout particulièrement les mémoires et les revues qui se rapportent à l'orientation professionnelle et qui règlent les techniques ; à l'étranger, on tend à considérer la France comme en retard sur beaucoup de ces points : or par la lecture des travaux sus-nommés ou par la lecture des analyses de psychotechnique et de psychologie appliquée ce qui représente 134 pages (748 à 874) on peut se rendre compte de l'apport français.

Les mémoires originaux sont les suivants : les problèmes de la perception et de la psychophysiologie (H. Piéron). Qualité du travail manuel. Lois d'exercice et de fatigue (Foucault). Déterminisme endocrinien. Du comportement sexuel (Pezard). Application du test de Bollard dans les écoles belges (Decroly). Etudes des processus de mesure spatiale linéaire (Budkiewicz). Un test d'intelligence pour l'orientation professionnelle (Mme Piéron). Aux médecins qui lisent le *Progrès Médical*, je fais observer qu'il y a 130 pages consacrées à la neurologie et à la psychopathologie et que dans ce recueil ils trouvent des indications bibliographiques complètes et qui ne figurent pas ailleurs. G. PAUL-BONCOUR.

Les mauvaises habitudes chez les enfants, par le Professeur CRUCHET (de Bordeaux). Un volume de 128 pages in-8° couronne de la bibliothèque de pathologie infantile publiée sous la Direction des Professeurs Nobécourt et Cruchet. Editée par : l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e)

Ce petit volume, écrit spécialement pour le praticien, est le premier d'une nouvelle collection visant à mettre à la portée de tous des questions généralement mal connues, malgré leur banalité.

Les mauvaises habitudes, ce sont les attitudes vicieuses, les tics, les rythmies, les défauts de prononciation et le bégaiement, les petites manières d'enfance, et surtout l'onanisme, étude délicate et parfaitement mise au point.

L'auteur montre, après la description de ces différentes mauvaises habitudes, quelles sont leurs causes, et indique, en dernier lieu, leur traitement.

Il insiste tout particulièrement sur la thérapeutique, jusqu'ici trop négligée ; et prenant à parti en des termes nets et suggestifs la méthode de Freud, prouve par des exemples du bon sens le plus élémentaire qu'elle est inapplicable dans le redressement des mauvaises habitudes, et notamment de l'onanisme, dont elle ne peut que provoquer l'aggravation.

Le Professeur Cruchet est un de ceux dont la compétence sur ces divers sujets est indiscutable : il connaît à fond les maladies nerveuses et mentales des enfants, car il les étudie depuis de longues années avec un sens clinique impeccable : aussi ce volume est-il précieux pour enseigner aux étudiants des questions qui ne figurent, avec les traités, qu'éparses et souvent incomplètes, d'autant qu'il possède encore cette qualité : la clarté.

G. PAUL BONCOUR.

L'art de manger et son histoire, par MAURICE DES OMBIAUX. Un volume in-16, 15 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout ce qui a trait à l'histoire de l'art de manger n'est guère sorti jusqu'ici de l'anecdote puisée à la fortune du pot, acceptée sans contrôle, au mépris souvent de toute exactitude et de toute vraisemblance.

M. Maurice des Ombiaux y a introduit de la méthode. Après avoir résumé l'évolution de la cuisine et de la table jusqu'à Brillat-Savarin, l'auteur montre tout ce que la gastronomie a acquis en finesse et en délicatesse depuis le commencement du XIXe siècle jusqu'à notre époque troublée par la vie chère.

La *Physiologie du goût*, écrite il y a plus de cent ans, avait besoin d'un complément : le voici, fortement raisonné.

Peu d'écrivains étaient mieux désignés pour cette tâche que l'auteur du *Gotha des vins de France*, de l'*Amateur de Bourgogne*, des *Fromages*, du *Havane*, grand gourmand, grand gourmet, homme éloquent dont la prose lyrique sait donner une vive sensation des goûts et des couleurs.

On trouvera aussi dans cet ouvrage la philosophie de la gourmandise, ainsi que les parasites de celle-ci. M. Maurice des Ombiaux n'a eu garde d'oublier les snobs de la gastronomie dont La Bruyère avait déjà esquissé le type et qui pullulent aujourd'hui.

Le Gerant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 9 LE NUMÉRO: 50 Centimes 3 MARS 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Le jury est définitivement composé ainsi : MM. les Drs René Bénard, Pissavy, Brouardel, Fiessinger, Guillemot, Teissier, Tixier, Hudelo, Lesage, Villaret, Jousset et Lévy-Valensi.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve clinique : Séance du 27 février. MM. Chabrut 8, Huet, 10, Thalheimer 8.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — 9 candidats : MM. Boissier, Crocquefer, Mlle Pommay, MM. Vilenski, Merville, Fribourg, Lattes, Cabrol et Ridard.

Composition du jury, — MM. les Drs Quilly, Bouvet, Didsbury, Lacronique, Fargin-Fayolle, Gaudy et Cadenat.

Concours d'internat en pharmacie. — Composition du jury : MM. François, Bridel, Béhal, Goris et Fourneau.

Faculté de médecine de Paris. — Le ministère de l'Instruction publique communique la note suivante au sujet de quelques critiques qui ont été formulées contre la nomination de M. Champy comme professeur, en remplacement de M. Prenant, décédé :

« Le ministre de l'Instruction publique précise que la nomination de M. Champy à la chaire d'histologie a été faite dans les conditions les plus irréprochables et, comme il convient, en dehors de toute considération politique.

Conformément aux usages, ont été consultés tour à tour la Faculté, qui a proposé M. Verne, et la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui a proposé M. Champy.

Pour s'éclairer sur les mérites comparés des deux candidats, le ministre a sollicité l'arbitrage de M. le professeur Gley, alors président de l'Académie de médecine. A cet arbitrage, il a conformé sa décision. »

D'autre part le bureau de l'U. G. E. M. P. C. D. communique la note suivante :

La nomination du professeur Champy à la chaire d'histologie n'a pas l'heur de plaire à certains jeunes gens du Quartier Latin.

C'est pourquoi les organisations d'extrême droite, vigilantes nourrices des bastonnades, ont décidé de « chahuter » le cours de M. Champy, espérant faire éclater un nouvel incident Georges Scelle.

Quel que soit le motif invoqué, l'Union fédérale des étudiants (U. F. E.) ne tolérera pas cette manifestation uniquement politique à la Faculté de Médecine.

L'U. G. E. M. P. C. D. (section de médecine, pharmacie et chirurgie, dentaire de l'U. F. E.), à son assemblée générale du 16 février 1928, a décidé *de défendre le droit des étudiants studieux d'entendre librement leur cours.*

Elle engage tous ses adhérents à se *grouper dans ses groupes de défense de l'U. F. E.* pour assurer leur liberté d'étudiants, qui viennent à la Faculté pour travailler, et la liberté de professeur à M. Champy.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* — MM. Guyonnet (de Saint-Etienne-de-St-Geoirs ; le médecin-major de 1re classe Chatinières.

Médaille d'argent. — Mlle Bardy, interne à l'hôpital Saint-Louis de Paris.

Académie des sciences et lettres de Montpellier. — L'Académie des sciences et lettres de Montpellier décernera en 1929 deux prix Alphonse Jaumes, l'un sur un sujet de pathologie et de thérapeutique générale, l'autre sur un sujet de médecine légale, les deux sujets restant au choix des candidats.

Chacun de ces prix pourra atteindre la somme de 2.000 fr.

Les mémoires, imprimés ou dactylographiés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1928. Ils doivent être inscrits en langue française. Ils ne seront pas rendus.

Sont exclus les travaux ayant plus de quatre ans de date et ceux qui ont pris part à d'autres concours.

Le secrétaire de la section de médecine est le docteur Carrieu, 5 *bis*, rue de la Merci, à Montpellier.

Clinique médicale propédeutique. (Professeur : M. Emile Sergent. Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire* du lundi 23 avril au samedi 28 avril 1928 inclus par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordet, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux, et Benda.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30 :

Lundi 23 avril, 9 heures. M. le professeur Sergent : Principes généraux et techniques du diagnostic de l'appareil respiratoire. — 15 heures. M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales. — 17 h. 30. M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 24 avril, 11 heures. M. le Dr Turpin : Diaphragme. — 15 heures. M. le Dr Durand : Médiastin (tumeurs et kytes). — 17 h. 30. M. le Dr Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 25 avril, 11 heures. M. le professeur Sergent : Trachée et bronches. — 15 heures. M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales. — 17 h. 30. M. le Dr Bordet : Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 26 avril, 11 heures. M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité. — 15 heures, M. le Dr Grellety-Bosviel : Scissurites et épanchements scissuraux. — 17 h. 30 : M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumoséreuse.

Vendredi 27 avril, 11 heures. M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses. — 15 heures. M. le Dr Kourilsky : Abcès du poumon : gangrène pulmonaire. — 17 h. 30. M. le Dr Durand : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 28 avril, 11 heures. M. le Dr Durand : Tuberculose pulmonaires aiguës. — 16 h. 15 : M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques. — 17 h. 30 : M. le professeur Sergent : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen de malades), sous la

conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques) par le Dr Couvreux. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Tombola de bienfaisance du IXe salon des médecins. — Faire qu'un plaisir puisse, à l'occasion, devenir un peu de joie pour certains déshérités du sort est l'idée qui est venue à l'organisateur du Salon des médecins, le Dr Paul Rabier d'accord avec le comité de la Société de Secours mutuels des femmes et enfants de médecins, dont le président est M. le Dr Siredey, de l'Académie de médecine. Qui dit Tombola, dit bien entendu lots. Or, ici, point de lots banals ou quelconques, tous, en effet, seront constitués par des œuvres d'exposants habituels du Salon des médecins. Donner ainsi un tableau, une sculpture, une gravure pour aider à soulager une infortune de la famille médicale, n'est-ce pas, par ce fait même, en doubler la valeur. Des billets, au prix de 5 francs chacun, ont donc été émis qui sont en vente :.

A l'Association générale des médecins de France, 5, rue de Surène.

Chez M. le Dr Wateler, secrétaire général de la F. E. M., 21, rue Violet.

De plus ces billets seront vendus par les dames patronesses de l'œuvre à la soirée et au 2e bal de la Médecine française, le 24 mars prochain, au Ministère de l'Intérieur, et enfin pendant la durée du IXe Salon des médecins, du 22 avril au dimanche 29 inclus, jour où cette tombola y sera tirée, à 4 heures de l'après-midi, au Cercle de la librairie, 117, boulevard St-Germain.

Marseille. — Un centre régional de lutte contre le cancer édifié sur les terrains de l'hospice Sainte-Marguerite a été inauguré le samedi 19 fevrier, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur représentant M. Fallières ministre du travail. Le centre qui porte le nom du professeur Bergonié, de Bordeaux, comprend deux pavillons — il peut hospitaliser trente malades et dispose déjà de 1.300 milligrammes de radium d'une valeur de plus de deux millions.

Une conférence sur le cancer, ses premiers signes, son dépistage précoce et sur les essais de prophylaxie a été faite l'après-midi par M. le professeur Forgue.

Ligue nationale contre l'alcoolisme. — La ligue nationale contre l'alcoolisme dont le siège social est à Paris, 137, boulevard Saint-Germain a donné sa grande fête annuelle dimanche 20 février au grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Après les allocutions du président de la Ligue, M. le professeur Carnot, membre de l'Académie de médecine ; de M. Pouriau, représentant M. le ministre de l'agriculture, M. Riemain, secrétaire général de la ligue nationale, a donné lecture du compte rendu de l'activité de la Ligue en 1927. M. le docteur Roubinovitch fit ensuite son rapport sur le concours scolaire, puis on procéda à l'appel des jeunes lauréats. Une partie artistique termina cette cérémonie à laquelle la musique de la Garde républicaine prêtait son concours.

Monument du professeur Gilbert. — C'est le samedi 3 mars que sera inauguré, à l'Hôtel-Dieu, à 3 heures, le monument élevé à la mémoire du professeur Gilbert par ses élèves, ses collègues, ses amis.

Le monument, œuvre de l'artiste bien connu, M. Prud'homme, sera remis à M. Mourier, directeur général de l'assistance publique par M. le Prof. Carnot.

La cérémonie sera présidée par M. Charlety, recteur de l'Université de Paris.

Des discours seront prononcés par MM. Carnot, Lion, Pierre Teissier, Béclère, Roger, Mourier, Charlety.

La réplique de ce monument sera édifiée à Buzancy, dans les Ardennes, son pays natal, probablement au mois de mai.

Syndicat des Maisons de santé de France. — A côté du Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé privées, il vient de se constituer un nouveau syndicat plus général, désigné sous le nom de Syndicat général des Maisons de santé de France pouvant grouper tous les propriétaires de maisons de santé, médecins ou non.

En attendant que leur fusion se réalise, ces deux syndicats, quoique indépendants, sont décidés à présenter un front unique sur toutes les questions où les intérêts de leurs membres sont communs : loi de 8 heures, loi sur les assurances sociales, recrutement du personnel, questions locatives et fiscales, etc.

Pour toute communication s'adresser au secrétariat provisoire du Syndicat général des Maisons de santé, 134, rue Blomet 134, Paris-15e.

(*Voir la suite page 373*)

"Le caractère rationnel du Loraga . . ."



LE LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool; pas de contre-indications; pas d'écoulement d'huile; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶ *MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

— disait récemment un médecin d'une vaste expérience et des plus distingués — " m'incita à l'essayer dans un cas de constipation rebelle où les laxatifs usuels n'avaient apporté qu'une amélioration insignifiante et temporaire, bien que le régime et l'hygiène du malade eussent été l'objet des plus grands soins.

" Les résultats obtenus dans ce cas ont dépassé mon attente ; ils ont été également satisfaisants dans les autres cas où j'ai eu depuis l'occasion de l'employer. C'est le laxatif que je cherchais depuis si longtemps et qui, selon moi, devait opérer plus qu'une simple évacuation de l'intestin."

De plus en plus nombreux sont les médecins qui refont chaque jour la même constatation et trouvent dans le

LORAGA

" le laxatif dont le besoin se faisait sentir depuis tant d'années et dont l'action dépasse celle d'une simple évacuation intestinale."

Un essai du Loraga ne saurait manquer de convaincre le praticien consciencieux que cette combinaison d'huile de paraffine pure, d'agar-agar et de phénolphtaléine, en proportions judicieusement établies, est un véritable correctif intestinal et, qu'employé à la dose convenable pendant un temps raisonnable, il rétablit le fonctionnement normal de l'intestin.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles (1)

Par M. le Professeur NOBÉCOURT.

Samedi dernier (2), je vous ai présenté cinq filles de 13 à 15 ans atteintes de tuberculose pulmonaire. Nous avons constaté que, pour elles, l'influence de la tuberculose sur l'évolution pubertaire avait été à peu près nulle, sauf peut-être pour celle qui présentait déjà un lymphome tuberculeux du cou.

Aujourd'hui, nous étudierons l'influence de l'évolution pubertaire sur la tuberculose. Deux questions se posent : la période pubertaire favorise-t-elle l'apparition d'une tuberculose évolutive dans les poumons ? la période pubertaire a-t-elle une action sur les modalités et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire ?

***

L'ACTION FAVORISANTE DE LA PUBERTÉ SUR LA TUBERCULOSE est très généralement admise.

Je ne citerai que l'opinion autorisée du professeur Sergent. Dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, il écrit : « Chez les jeunes filles, la tuberculose est extrêmement fréquente à l'époque de la puberté. »

En fait, de 10 à 15 ans la *mortalité par tuberculose* augmente davantage chez les filles que chez les garçons. M. Arnould, étudiant *la mortalité tuberculeuse du sexe féminin* dans la *Revue de la tuberculose*, d'avril 1922, rapporte, entre autres, les statistiques suivantes :

En Angleterre et dans le Pays de Galles, la mortalité pour 10.000 habitants, est :

	garçons	filles
De 5 à 10 ans	1,5	2,0
De 10 à 15 ans	1,7	4,4
De 15 à 20 ans	8,0	10,2

En Allemagne, en 1908, elle a été :

	garçons	filles
De 5 à 10 ans	3,78	4,87
De 10 à 15 ans	4,84	6,76
De 15 à 20 ans	12,80	15,12

Ces statistiques sont intéressantes : elles ne sont pas démonstratives du point de vue qui nous occupe. Il faudrait, en effet, établir les pourcentages de mort non pas pour l'ensemble des habitants, mais pour les sujets du même âge et du même sexe.

D'ailleurs la mortalité par tuberculose augmente avec l'âge, dans les deux sexes. D'après M. Arnould : « La cause en est à la participation des enfants au travail de l'usine ou des champs, au sortir de l'école, bien plutôt qu'à l'évolution physiologique sur le compte de laquelle on a trop volontiers voulu mettre ce fâcheux état de choses. »

Dans notre service, à la salle Parrot, du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1925, nous avons relevé les *âges d'entrée des filles de 11 à 15 ans pour tuberculose pulmonaire.*

Sur 100 filles entrées pour cette affection pendant cette période :

18,75	étaient dans la douzième année
12,50	— dans la treizième année
21,87	— dans la quatorzième année
46,87	— dans la quinzième

(1) Leçon du 28 janvier 1928, recueillie par le Dr LAPORTE.

(2) NOBÉCOURT. — Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles. (*Le Progrès médical*, 25 fév. 1928.)

Au total, sur 100 filles entrant à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire entre 11 et 15 ans.

31 entrent de 11 ans à 12 ans 11 mois
68 — — 13 — — 14 — — —

Les différences entre ces deux périodes sont trop grandes pour être un effet du hasard. La tuberculose évolutive des poumons est deux fois plus fréquente dans les quatorzième et quinzième années, que dans les douzième et treizième années.

On peut se demander, avec M. Arnould, si cette augmentation de fréquence n'est pas due au début du travail à l'atelier ou à l'usine.

Parmi les cinq filles que j'ai montrées l'autre jour, deux avaient commencé à travailler.

Yvonne, née le 22 février 1913, commence à travailler à 13 ans 8 mois, d'abord, d'octobre à décembre 1926, comme apprentie couturière, puis, de décembre 1926 à août 1927, dans un bureau. Mais, déjà à 11 ans, étant encore à l'école, elle aurait eu une hémoptysie et la tuberculose pulmonaire a commencé à se manifester à 13 ans et demi, en août 1926, avant son entrée en apprentissage.

Marguerite, née le 1er mars 1914, commence à travailler le verre en juillet 1926, à 12 ans 4 mois, dans une fabrique d'instruments médicaux. En juillet 1927, apparaissent les premiers symptômes de la maladie ; en septembre, elle doit interrompre son travail, et elle entre ici le 26 décembre, à 13 ans et 9 mois, pour une tuberculose avérée.

Les autres malades allaient encore à l'école quand leur tuberculose pulmonaire s'est manifestée. Il faut tenir grand compte, non seulement du travail à l'usine, au bureau ou à l'atelier, mais encore de celui qu'on demande à l'école primaire et surtout dans les établissements d'enseignement secondaire. Les filles quittent l'école à 13 ans ; elles continuent de fréquenter le collège et le lycée, où les programmes sont exagérément chargés, exigent de grands efforts, entretiennent le nervosisme et s'opposent à une existence hygiénique.

On peut se demander si la tuberculose qui évolue à la période pubertaire est le résultat d'une réinfection contractée au contact de tuberculeux, ou bien est due au réveil d'une tuberculose antérieure, contractée pendant les premiers mois de la vie, restée oculte dans les ganglions trachéo-bronchiques. Je n'aborde pas ce problème aujourd'hui.

On avance souvent que *certains caractères anthropométriques prédisposent à la tuberculose pulmonaire.* On incrimine une croissance rapide, une taille élevée.

M. de Batz, par exemple, au *Congrès international de la tuberculose* de 1905, étudiant les *caractères physiques de l'état sain et de l'état prétuberculeux dans la population scolaire d'Arcachon*, conclut : « 1° Quel que soit le sexe, la taille des enfants de 6 à 13 ans, prédisposés à la tuberculose, est, en général, plus élevée que chez les enfants sains ; 2° quel que soit le sexe, le périmètre thoracique et le poids sont toujours moindres chez les enfants prédisposés à la tuberculose que chez les enfants sains ».

Je ne discute pas ce qu'a d'imprécis le mot *prétuberculeux*, qui ne signifie rien.

Mais la première conclusion de M. De Batz ne découle pas des faits qu'il a relatés. Prenons la *taille* des filles :

	filles saines	*filles prétuberculeuses*
A 11 ans	130 cm	133 cm
12 ans	139 cm	128 cm
13 ans	143 cm	139 cm

Donc les écarts entre les filles prétuberculeuses et les filles saines sont de + 2 % à 11 ans, — 7 %, à 12 ans, — 2 %, à 13 ans ; les premières sont plus petites que les secondes

Si nous considérons les filles que j'ai présentées, nous constatons que leurs caractères anthropométriques ne permettent pas d'admettre qu'ils aient réalisé une prédisposition à la tuberculose.

Voici, d'autre part, les tailles d'un certain nombre de filles tuberculeuses âgées de 13 et de 14 ans.

Sur 6 filles âgées de 13 ans a à 13 ans 11 mois, 4 ont des tailles de 144 cm., 140 cm., 132 cm., 127 cm., inférieures de 1, 4, 9, 14 % à la moyenne ; une a une taille de 157 cm. supérieure de 6 % à la moyenne ; une a une taille moyenne de 149 cm.

Sur 10 filles de 14 ans à 14 ans 11 mois, 5 ont des tailles de 149 cm., 146 cm., 145 cm., 144 cm., 138 cm., inférieures de 1, 3, 3,6 et 8 % à la moyenne ; 3 ont des tailles de 152 cm., 153 cm., 155 cm. supérieures de 1, 2 et 2 % à la moyenne ; 2 ont des tailles moyennes de 149 et 151 cm.

Donc, nos tuberculeuses pulmonaires n'ont pas des tailles trop élevées : au contraire, elles sont assez souvent petites. Mais, le plus souvent la réduction de taille ne dépasse pas les limites des variations physiologiques ; comme je l'ai établi dans une étude sur *la taille dans l'hypotrophie staturale et le nanisme simples*, parue dans *Paris médical* du 7 novembre 1927, seule une réduction staturale d'au moins 6 % témoigne d'une croissance anormale.

Nous conclurons que la croissance staturale, dans la majeure partie des cas, n'a pas d'influence sur l'apparition de la tuberculose pulmonaire pendant la période pubertaire.

L'apparition de la menstruation a-t-elle une influence sur le début de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Certains le pensent. Daremberg a écrit : « La menstruation peut être l'occasion de l'instauration de la phtisie. » Il n'est pas rare, au moment où les règles vont apparaître ou pendant l'année qui suit l'établissement des règles, souvent au début de la période menstruelle, de voir survenir des hémoptysies.

M. Coulaud, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 11 février 1921, a constaté chez des tuberculeuses que la menstruation peut entraîner un retard ou un affaiblissement de la cuti-réaction à la tuberculine ; ce phénomène témoignerait d'une anergie tuberculinique.

Il conviendrait de poursuivre des recherches semblables chez les filles à la période pubertaire. Chez d'eux de nos malades la cuti-réaction à la tuberculine s'est comportée de la même façon pendant la période menstruelle qu'avant ou après.

Reprenons les observations des filles présentées samedi dernier.

Suzanne, à 11 ans, a des adénopathies tuberculeuses du cou ; elle a ses premières règles à 12 ans et demi ; sa tuberculose pulmonaire débute quatre mois plus tard, à 12 ans et 10 mois ; en même temps s'installe une aménorrhée qui dure un mois.

Yvonne a ses premières règles à 13 ans et demi ; sa tuberculose pulmonaire débute vers la même époque. Elle n'a pas d'aménorrhée.

Andrée est réglée à 12 ans ; à 14 ans, se manifestent les premiers symptômes de tuberculose et trois mois après, s'installe l'aménorrhée.

Marguerite a ses premières règles à 11 ans ; à 12 ans et demi, s'installe de l'aménorrhée, qui persiste ; à 13 ans et demi, débute la tuberculose pulmonaire.

On peut donc observer des relations diverses entre la menstruation et les débuts de la tuberculose pulmonaire.

Des faits que je viens d'exposer on peut tirer des *conclusions*, d'ailleurs peu précises :

1° L'évolution pubertaire régulière ne paraît pas favoriser le développement de la tuberculose pulmonaire ;

2° Une évolution pubertaire irrégulière peut intervenir.

Il peut en être ainsi, par exemple, pour les filles qui présentent une croissance anormale, qui ont une stature trop élevée, sont macroskèles, ont un thorax étriqué, qui réalisent le tableau clinique de la *dystrophie des adolescents* du professeur Hutinel : ces filles deviennent assez souvent tuberculeuses.

Il peut en être de même pour les filles ayant des ménorragies ou des métrorragies qui les fatiguent et les épuisent. Il ne faudrait cependant pas trop étendre le rôle de ces pertes sanguines et les causes qui les provoquent interviennent pour leur part. En tous cas, quand j'ai étudié les *ménorragies* et les *métrorrhagies de la puberté* dans une leçon reproduite par *La Clinique* de mai 1926, je n'ai pas été frappé d'une prédisposition à la tuberculose des filles qui en souffrent.

Il convient d'attribuer un rôle important aux facteurs habituels des évolutions tuberculeuses, à la mauvaise hygiène, à l'alimentation insuffisante et mal comprise, à la fatigue.

Ces facteurs agissent d'autant mieux pendant l'évolution pubertaire que celle-ci entraîne un état d'équilibre instable.

M. Louis Guinon, dans *La Pratique des maladies des enfants*, de Cruchet, en 1911, a pu écrire, à juste titre, en parlant de l'influence de la croissance et de l'instabilité qu'elle entraîne :

« Chez les sujets normaux bien nourris, élevés avec une bonne hygiène, cet état d'instabilité cesse assez vite, et l'épanouissement de l'organisme s'accomplit en sécurité... Si l'enfant est mal nourri, s'il travaille trop et dans un endroit mal aéré, la croissance alors évolue mal et devient une cause de faiblesse ; en accaparant les matériaux de la nutrition qui sont nécessaires à la réparation des tissus, elle fait le lit de la tuberculose.

« Joignons à cela, pour les filles, l'influence congestionnante et déprimante des premières menstruations, et l'on comprendra facilement comment l'enfant est menacée par la tuberculose, dans les deux sièges de prédilection à cet âge, les poumons et le péritoine. »

***

Recherchons maintenant si la PÉRIODE PUBERTAIRE A UNE INFLUENCE SUR LES CARACTÈRES ET L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Nombre d'auteurs répondent par l'affirmative et donnent à l'appui de leur opinion des arguments de valeur.

C'est souvent au moment des premières menstruations qu'apparaissent les premières hémoptysies et la fièvre.

La tuberculose pulmonaire est souvent remarquable par une évolution caséo-ulcéreuse rapide, qui lui donne les allures de la *phtisie galopante*. Ou bien, assez souvent, elle revêt des *formes torpides* ; on constate des lésions importantes des poumons, dont on ne soupçonnait pas l'existence ; comme si l'enfant, suivant l'expression de Triboulet, était *consentant*, ne se défendait pas.

Toutefois il faut remarquer que la tuberculose pulmonaire n'a pas toujours une telle gravité. Il arrive que les hémoptysies menstruelles soient l'indice d'une tuberculose qui peut être abortive. M. Guinon écrit dans le livre que je citais tout à l'heure : « Mais il serait excessif de pousser le tableau au noir : aux cas nombreux dans lesquels la croissance joue un rôle néfaste, il faut opposer ceux où l'adolescence et la puberté, par la transformation profonde qu'elles apportent dans l'organisme, ont parfois les plus heureux effets sur la nutrition et la tuberculose... Les faits se voient dans les deux sexes, mais sont plus frappants chez les filles, parce que la transformation plus rapide coïncide avec les premières règles ».

Il convient naturellement de faire des réserves sur cette interprétation ; mais les faits n'en sont pas moins réels.

Chez les filles, à la période pubertaire, la tuberculose pulmonaire ne revêt pas des modalités qui leur soient exclusives ; elle peut réaliser les diverses formes cliniques. Le type le plus caractéristique et un des plus commun est la forme tuberculeuse caséo-ulcéreuse à marche rapide.

Voyons tout d'abord les MODALITÉS DU DÉBUT :

Reprenons les filles que vous avez vues samedi dernier :

Suzanne, à 11 ans, a des adénites tuberculeuses du cou qui suppurent et se fistulisent, puis s'améliorent par un séjour prolongé à Berck-sur-Mer. A 12 ans et demi elle a ses premières règles, qui reviennent tous les quinze jours et durent deux ou trois jours. A 12 ans et dix mois elle est prise d'anorexie, de fatigue, d'essoufflement d'effort, de sueurs nocturnes, elle maigrit : sa mère déclare qu'elle a perdu 5 kg. en deux mois : elle tousse, sans expectorer, et devient fiévreuse ; les règles se suppriment. Un mois après le début, le 20 avril 1925, elle entre à la salle Parrot à l'âge de 12 ans et 11 mois.

Le soir de l'entrée, la température est de 38°5 : le lendemain elle est de 37°6 le surlendemain de 37°.

La taille est moyenne, le poids est supérieur de 11 % à la moyenne de l'âge et le rapport P T de 8 % : l'embonpoint est donc très suffisant. Les seins, les poils pubiens et axillaires sont bien développés. Au cou, on trouve les cicatrices des adénites anciennes. A l'examen du thorax on constate : à droite, en avant, sous la clavicule jusqu'à la deuxième côte, de la matité, une respiration soufflante avec expiration prolongée, des râles sous-crépitants nombreux, du retentissement de la voix et de la toux ; en arrière, dans les régions sus-épineuse et sous-épineuse, une matité qui se dégrade de haut en bas, un souffle à caractère cavitaire, des craquements, du retentissement de la toux et de la voix, une exagération de la transsonnance thoracique ; dans le tiers inférieur, de la matité, un souffle tubo-pleurétique, quelques sous-crépitants secs et des râles humides, de la pectoriloquie aphone.

La radiographie montre, sur presque toute la hauteur de la plage pulmonaire droite, une opacité marquée, surtout au-dessus de la scissure interlobaire, et des foyers disséminés plus sombres.

Le poumon gauche paraît indemne.

La cutiréaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H⁸) est négatif.

L'enfant ne crache pas.

On porte le diagnostic d'infiltration tuberculeuse du poumon droit à évolution rapide.

Les jours suivants, la température s'élève graduellement, par de grandes oscillations, à 38°, 39° et 39°8.

L'enfant maigrit : elle perd 1.400 grammes en deux jours : Le premier mai, elle pèse 41 kg. 850 ; le 3 mai, 40 kgr. 400.

Le 6 mai, nous instituons le pneumothorax thérapeutique.

Yvonne a toujours été bien portante : sa croissance s'est effectuée régulièrement. A l'âge de 11 ans, elle aurait eu une hémoptysie.

En août 1926, à 13 ans et demi, elle a ses règles. Vers le même âge, elle commence à pâlir, s'affaiblit, perd l'appétit, a des sueurs nocturnes, une toux sèche. La température n'est pas prise. Les règles persistent, irrégulières, quelquefois tous les quinze jours ; elles durent cinq jours, sont d'abondance moyenne. Finalement se produit une hémoptysie et l'enfant entre à l'hôpital le 28 septembre 1927, à l'âge de 14 ans 7 mois.

Le début semble dater d'un an. On note une apyrexie complète.

La taille est de 4 %, le poids de 7 % et le rapport P T de 2 % au-dessus de la moyenne. Les seins, les poils pubiens et axillaires sont bien développés.

Nous trouvons à gauche du thorax, dans la région sus-épineuse, de la submatité, un souffle expiratoire assez doux, des râles humides à la toux. La radioscopie et la radiographie décèlent, dans la région supérieure, une opacité diffuse, des petits nodules sombres, centrés par des parties claires, qui font penser à l'existence de cavernules.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H⁸) négatif, le Hecht légèrement positif.

L'enfant a ses règles du 28 septembre au 5 octobre ; pendant leur durée la température reste normale et la cutiréaction à la tuberculine est positive.

Le pneumothorax est institué le 30 septembre.

Andrée n'a jamais présenté de manifestations pouvant faire penser à la tuberculose. Depuis l'âge de 12 ans, elle a des menstruations régulières, durant huit jours. A 14 ans, au début de juin 1927, surviennent une laryngite et des adénites sous-maxillaires qui durent une quinzaine de jours. Puis apparaissent de la fièvre, qui monte le soir à 38° et 39°, des sueurs nocturnes, une expectoration abondante où l'on trouve quelques bacilles de Koch, de l'anorexie. L'amaigrissement est rapide ; il aurait été de 6 kgr. En août, les règles se suppriment.

L'enfant entre ici le 19 septembre 1927, à l'âge de 14 ans 4 mois. Elle est malade depuis trois mois. Le soir de son entrée, la température est de 39°3, le lendemain de 37°9-37°5. La taille est élevée, de 4 % au-dessus de la moyenne, le poids est conforme à son âge ; elle est maigre et le rapport P T est de 6 % au-dessous de la moyenne. Le développement pubertaire est bon.

Nous constatons, à droite, sur toute la hauteur du thorax, de la submatité ; dans l'espace inter-scapulo-vertébral, une respiration soufflante ; en haut, en avant et en arrière, quelques craquements. La radioscopie et la radiographie montrent un champ pulmonaire droit d'aspect pommelé et, à la partie supérieure, quelques taches claires faisant penser à l'existence de petites cavernes.

Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch.

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; le Bordet-Wassermann (H⁷) et le Hecht sont négatifs.

Après l'entrée, la température se maintient à 37°7-37°8 le matin, 38°2-38°3, le soir ; le 25 septembre, elle monte à 38°7. L'enfant maigrit. Le 25 septembre, le poids, qui était de 41 kgr. 200, tombe à 40 kgr. 800.

Nous pratiquons, le 28 septembre, le pneumothorax.

Notre quatrième malade, Marguerite a toujours été bien portante. Elle est réglée normalement à partir de l'âge de 11 ans, A 12 ans et demi, ses règles disparaissent. A 13 ans et demi, en septembre 1927, elle commence à tousser et à maigrir. A la fin de novembre, elle expectore des crachats purulents, verdâtres et on constate de la fièvre : 38°-38°5.

L'enfant entre le 26 décembre 1927, à 13 ans 9 mois. Elle est malade depuis trois mois.

Le jour de l'entrée, sa température est de 38°7-38°5, le lendemain de 37°4-37°6.

Sa taille est de 7 % son poids, de 10 % et le rapport du poids à la taille de 4 % au-dessus de la moyenne des filles de son âge. Le développement pubertaire est avancé.

A l'examen du thorax, nous trouvons des signes de tuberculose bilatérale : à droite en avant, sous la clavicule, jusqu'à la deuxième côte, de la submatité, de la résistance, une inspiration humée ; en arrière, dans la région sus-épineuse et la moitié supérieure de la région sous épineuse, les mêmes signes de percussion, une respiration faible, une expiration prolongée et soufflante, surtout, dans l'espace inter-scapulo-vertébral, un peu de broncho-égophonie, une transsonnance dure, sèche, un peu éclatante : à gauche en avant, le long du cœur, des râles sous-crépitants secs, et, en arrière, les mêmes signes qu'à droite.

La radiographie montre : du côté droit, une adénopathie médiastine volumineuse, avec périadénite, et, du côté gauche, quelques ganglions trachéo-bronchiques. Les champs pulmonaires sont parsemés de taches sombres, plus ou moins irrégulières.

L'enfant ne crache pas.

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; le Bordet-Wassermann (H⁸) et le Hecht sont négatifs.

En présence de la bilatéralité des lésions, nous n'instituons pas le pneumothorax.

Depuis l'entrée, la température est généralement fébrile : 38°, 38°5, rarement 39°. le soir.

Le poids a augmenté de 1.600 grammes en vingt jours : il était. le 15 janvier, de 45 kgr. 600. Les symptômes pulmonaires se sont peu modifiés.

La malade a été emmenée par ses parents le 17 janvier.

Ces observations nous montrent des MODALITÉS FRÉQUENTES DU DÉBUT de la tuberculose pulmonaire chez les filles pendant la période pubertaire.

On assiste à l'apparition de phénomènes généraux ; perte de l'appétit, fatigue, amaigrissement, sueurs nocturnes, état fébrile. L'enfant tousse ou non, expectore ou non ; dans les crachats on trouve ou on ne trouve pas de bacilles de Koch.

L'état s'aggrave graduellement. Quand on examine la malade au bout d'un, deux ou trois mois, on trouve généralement des signes déjà accusés de tuberculose pulmonaire.

Cependant le début peut être plus lent ; chez Yvonne, le début paraît remonter à une année.

L'*hémoptysie précoce* est un symptôme assez fréquent. Elle coïncide assez souvent avec les règles. Rarement elle est abondante et répétée. Elle peut être le seul symptôme de tuberculose ; il faut toujours se méfier quand, en dehors de certaines causes spéciales, une fille à la période pubertaire crache du sang, même quand l'examen du poumon ne révèle aucun symptôme.

Un symptôme fréquent est la *suppression des règles*. Elle survient soit en même temps que le début clinique, soit quelque temps après, Elle est généralement considérée comme un phénomène fâcheux. Certains auteurs, par contre, comme M. Guinon, la tiennent pour « un phénomène favorable et de défense : l'organisme, écrit-il, se repose et évite à l'enfant déjà trop frêle la fatigue et les réactions congestives de l'état menstruel. » Il faut se garder de généraliser cette interprétation.

On observe assez souvent à cet âge, comme chez les femmes, des réactions fébriles au moment de la période menstruelle : ces réactions présentent des types assez divers et sont souvent discrètes. Parfois, à l'occasion de la période menstruelle, on voit la fièvre apparaître, puis persister, en même temps que les lésions pulmonaires s'aggravent.

La *fièvre* peut être un symptôme précoce, comme chez Andrée. Mais certaines malades, comme Yvonne, restent apyrétiques. Quand il y a apyrexie, il faut rechercher avec soin la *réaction de promenade*, qui est si utile pour diagnostiquer une tuberculose initiale.

L'*amaigrissement* est habituel, mais il n'est pas toujours apparent. Certaines filles, comme Suzanne, ont un embonpoint exagéré et conservent un poids supérieur à celui qui correspond aux moyennes de leur âge et de leur taille. Il en est qui gardent les apparences de la santé malgré une tuberculose déjà avancée ; elles ont des *formes florides*.

On rencontre d'ailleurs d'*autres modalités de début*. J'en ai rapporté des exemples dans des leçons sur le *diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire à début lent* et sur *l'évolution de la tuberculose pulmonaire dans la grande enfance*, publiés dans mon livre de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*.

Une forme assez commune est la suivante.

L'enfant se met à tousser. On trouve ou non des signes de tuberculose ganglio-pulmonaire. Un jour apparaît de la fièvre et l'état général s'aggrave. En un point du thorax, surtout dans les régions axillaire ou postéro-inférieure, ou encore en avant vers le mamelon, on trouve une matité plus ou moins accentuée, un souffle doux à timbre pleurétique, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone et, à la radioscopie, de l'opacité : on diagnostique un syndrome de congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire : assez souvent on pense à une pleurésie. Mais bientôt le syndrome se modifie : des râles humides et même cavitaires apparaissent, en même temps que les signes de condensation du parenchyme s'accentuent, témoignant d'une tuberculose caséo-ulcéreuse.

On rencontre encore d'autres modalités. Le début de la tuberculose pulmonaire est alors masqué par des *syndromes cliniques divers* : *syndromes anémiques* ou *chlorotiques*, *dyspepsie gastro-intestinale*, *syndrome colique fétide*, *syndrome névropathique*. Quand on les rencontre, il faut penser à une tuberculose possible et elle n'est pas toujours facile à dépister. Parfois c'est une *albuminurie de position* qui retient l'attention.

Les filles que j'ai présentées ne peuvent nous servir pour étudier l'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CONFIRMÉE, car elles ont été traitées par le pneumothorax, qui a modifié grandement le tableau clinique.

Je pourrais rappeler des observations relatées dans les leçons que j'ai citées tout à l'heure. Je préfère vous en relater une autre.

Une fille est née le 24 février 1910. La mère est morte de tuberculose, en 1923. Son père est bien portant. A 3 ans, elle a une congestion pulmonaire ; puis elle ne présente plus rien de notable jusqu'à 14 ans. A cette époque, elle a une angine de Vincent et, plus tard, une méningite cérébro-spinale. Depuis, sa santé reste médiocre, et au début de mars 1925, elle commence à tousser et à maigrir. Le 23 mars, elle entre à l'hôpital.

Elle a 15 ans 1 mois. Elle a une taille moyenne de 151 cm. et est très maigre ; son poids de 30 kgr. est de 31 % inférieur à la moyenne : le rapport du poids à la taille, de 198, est inférieur de 39 %. Ses seins sont formés, ses poils pubiens et axillaires suffisamment fournis, mais elle n'est pas réglée.

La fièvre est modérée : 38°-38°5.

A l'examen du thorax, nous trouvons : en avant, sous la clavicule gauche, quelques râles humides ; en arrière, des deux côtés, dans la région scapulaire, de la submatité, de l'exagération des vibrations ; à gauche, un léger souffle expiratoire et des râles sous-crépitants ; à droite, un léger retentissement de la toux, quelques petits râles secs à la partie interne.

Sur la radiographie, on voit, à gauche, une diminution de la transparence du champ pulmonaire ; en haut et à la partie moyenne, l'aspect de l'infiltration tuberculeuse et, dans la région sous-clavière, une tache arrondie ayant l'apparence d'une caverne. A droite, le sommet est voilé, le diaphragme abaissé et immobile.

L'enfant n'a pas de dyspnée.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann faiblement positif (H°) le Hecht négatif.

La fièvre s'élève et dépasse 40° L'enfant perd du poids. Elle pesait, le jour de l'entrée, 30 kgr. ; le 3 mai, elle ne pèse que 27 kgr. 400, soit 37 % de moins que la moyenne.

Les symptômes pulmonaires s'aggravent, l'enfant se cachectise, la fièvre prend le caractère hectique.

Finalement, l'enfant meurt le 14 mai 1925, après deux mois et demi de maladie.

Ce type clinique est celui de la *tuberculose ulcéro-caséeuse à marche rapide*, de la *phtisie galopante*. Il est remarquable par l'insidiosité du début, l'extension et la fonte des tissus, la cachexie, l'évolution fatale en deux, quatre ou six mois.

Cette évolution est fréquente à la période pubertaire, mais elle n'est pas spéciale à cette période ; elle se rencontre aussi chez les filles de 8 à 12 ans et chez les garçons.

Elle n'est pas d'ailleurs la seule forme rencontrée à l'âge que nous étudions. On observe des malades chez qui l'évolution est plus lente. En voici un exemple.

Une fille naît le 27 juillet 1909. Elle est réglée à 14 ans 4 mois, en novembre 1923. Il n'y a pas de tuberculose dans la famille.

Elle est pensionnaire dans un établissement d'éducation.

Elle nous est amenée, le 29 avril 1924, par la maîtresse

de pension, parce que depuis un mois elle maigrit, sans tousser ni présenter de troubles digestifs.

Elle est âgée de 14 ans 9 mois, de taille moyenne (151 cm.). Son poids de 39 kgr. 800 et le rapport P/T de 267 sont de 6 % et de 5 % au-dessous des moyennes.

Elle présente une petite fièvre (37°8-37°9 le soir). A l'examen du thorax, on ne trouve rien de notable. Mais à la radioscopie, l'hémithorax droit présente, dans la région parahilaire, une zone grise vraisemblablement due à l'extension parenchymateuse d'une tuberculose des ganglions du hile.

La cutiréaction à la tuberculine est positive ; le Bordet-Wassermann (H⁸) et le Hecht sont négatifs.

La température est irrégulière, généralement peu fébrile (38° le soir), avec des poussées à 38°5 ou 39°. Elle n'est pas influencée par le repos au lit.

Le poids augmente jusqu'à 43 kg. 400 le 27 juillet ; ce poids correspond aux 15 ans de la malade.

En mai, on constate à droite, en avant, une respiration un peu plus faible et une inspiration un peu plus humée qu'à gauche ; en arrière, une légère submatité dans les régions inter-scapulo-vertébrale et sous-épineuse, s'étendant en bande jusque dans l'aisselle ; à ce niveau, la respiration est faible et, au hile, elle est soufflante.

Les crachats contiennent quelques bacilles de Koch.

Le 16 juin, l'enfant a une hémoptysie moyenne, sans fièvre. Pendant trois jours persistent des crachats hémoptoïques.

La malade sort de l'hôpital le 1er août, après son séjour de 3 mois et demi. Son état est peu aggravé.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. La malade a une forme particulière de tuberculose pulmonaire assez fréquente à son âge. Mon ancien chef de clinique, M. Paraf, a attiré l'attention sur elle dans les *Annales de médecine* de novembre 1923. Chez des filles de 8 à 13 ans, qui sont malades depuis peu de temps, depuis trois à quatre mois au plus, on trouve des manifestations tuberculeuses, quelquefois très avancées, pouvant déjà être arrivées au stade cavitaire. Le siège des lésions est très spécial.

Les signes physiques se rencontrent, en avant et en arrière, dans la région périhilaire, et se prolongent en dehors, en zone suspendue à la hauteur de la scissure interlobaire. On trouve de la matité, du souffle ou une expiration soufflante, assez douce, voilée, des râles divers, variables, bulleux ou secs. La radioscopie et la radiographie montrent, dans la région périhilaire, une extension parenchymateuse plus ou moins étendue, avec des ombres en mie de pain. Il semble qu'il s'agisse d'une propagation d'une tuberculose des ganglions du hile.

Cette tuberculose a tantôt une évolution relativement lente, comme chez notre malande, tantôt une évolution rapide et aboutit en peu de temps au stade de la caséification et des cavernes.

***

Telles sont les quelques considérations que je voulais vous exposer sur les caractères cliniques de la tuberculose des filles pendant la période pubertaire. Je n'ai pas épuisé un sujet qui comporterait bien d'autres développements.

De cet exposé on peut retenir les points suivants :

1° Chez les filles à la période pubertaire, c'est-à-dire de 12 à 15 ans, la tuberculose pulmonaire est très fréquente. Une évolution pubertaire normale, quand l'hygiène est bonne, ne paraît pas exercer une influence favorisante sur l'apparition de la tuberculose pulmonaire. Mais si la puberté est troublée, si son évolution n'est plus physiologique, s'il intervient des conditions défectueuses de l'hygiène, une mauvaise alimentation, un travail fatigant à l'école, à l'atelier ou à l'usine, les filles sont peut-être plus prédisposées à cette période qu'à d'autres à présenter des tuberculoses pulmonaires évolutives. L'importance des conditions hygiéniques, si grande à tous les âges, l'est particulièrement à cette période de la vie.

2° A cette période de la vie, les tuberculoses pulmonaires à évolution rapide sont particulièrement communes, et, en particulier, cette forme décrite sous le nom de phtisie galopante ; il semble que la puberté réalise un terrain favorable à cette modalité anatomo-clinique. Mais il ne faudrait pas croire que cette forme soit la seule qu'on observe. On peut rencontrer des formes à évolution plus lente des tuberculoses qui n'évoluent pas et qui s'arrêtent.

Cette réserve faite, retenons la fréquence avec laquelle la tuberculose pulmonaire évolue, brûle les étapes et comporte un pronostic grave à brève échéance. Cette notion doit guider le médecin quand il discute le traitement à instituer. Comme je vous le montrerai samedi prochain, le pneumothorax thérapeutique peut arrêter l'évolution et améliorer grandement le pronostic.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tumeurs des os,

Par L. PLISSON
Professeur au Val-de-Grâce.

1) Généralités :

Nécessité d'un diagnostic exact, clinique, histologique radiographique.

2) Tumeurs bénignes :

Ostéomes, lipomes, fibromes. Tumeurs à myéloplaxes.

3) Tumeurs malignes :

Primitives, ostéosarcomes ;
Secondaires.

4) Kystes des os :

Kystes osseux essentiels et ostéite fibreuse ou fibro-kystique, kystes hydatiques des os.

I. Généralités.

Les tumeurs des os constituent un des chapitres les plus complexes de la pathologie. Et, cependant, le traitement de ces affections oblige le clinicien à formuler un diagnostic très exact pour en déduire des indications thérapeutiques logiques, un pronostic opératoire et vital sans surprises.

Vous ne devrez jamais arrêter un diagnostic de tumeur osseuse sans avoir associé étroitement les trois moyens d'investigation moderne de ces lésions qui sont : *l'examen clinique minutieux*, non seulement de l'os malade, mais de l'organisme tout entier, *l'examen histo-pathologique* pratiqué par biopsie, et enfin, *l'examen radiologique*.

N'oubliez pas que les examens anatomo-pathologique et radiographique ne sont que les compléments de la clinique. Vous vous exposeriez à de graves erreurs en ne comparant pas votre impression clinique aux examens de laboratoire.

Au point de vue clinique, n'attendez pas que le développement de la lésion crève les yeux par faire un diagnostic comportant une thérapeutique active et trop souvent encore appliquée trop tard. Ne négligez pas de faire un examen très complet de votre malade, examinez tout le squelette, tous les viscères, faites systématiquement les recherches biologiques classiques ; séro-réaction de la tuberculose, de la syphilis, réaction de Weinberg et cuti-réaction susceptible de vous orienter vers le diagnostic d'un kyste hydatique ; examen du sang dont les modifications mêmes légères de la formule leucocytaire peuvent vous orienter vers le diagnostic d'une lésion osseuse

systématisée (myélome) et sur laquelle toute action chirurgicale locale serait absurde puisque la lésion n'est pas limitée à celle qu'on découvre, mais qu'il y a aussi des lésions hépatiques, spléniques; et que d'autres foyers sont susceptibles d'apparaître n'importe où dans la moelle osseuse.

Quand vous pratiquerez une *biopsie*, suivez bien les indications formulées par M. le professeur Lecène qui recommande de joindre à l'envoi de la pièce une observation clinique précise, un schéma indiquant le point où a été prélevé le fragment. Faute de quoi, l'examen d'un simple fragment de tumeur pourrait, s'il était pratiqué isolément, faire conclure à une erreur de diagnostic grave.

Enfin, pratiquez toujours *un examen radiographique* attentif. Prenez des clichés de face et de profil en utilisant toutes les ressources de l'appareillage moderne.

Ne vous contentez pas non plus de lire les radiographies sans le secours de l'examen clinique préalable.

Vous ne ferez jamais assez de lectures de clichés et de comparaisons avec l'observation clinique et les résultats de l'examen histologique. Les chirurgiens les plus avertis s'y sont trompés, et de ce fait, ont fait des erreurs de pronostic et de traitement, soit en pratiquant des opérations conservatrices sur des lésions qui auraient nécessité une éradication précoce et large, soit inversement en sacrifiant un membre ou un segment important d'os qui aurait pu être conservé.

Tous les livres de pathologie décrivent une grande variété de tumeurs osseuses en les rangeant au point de vue clinique dans les deux grandes catégorie des *tumeurs bénignes* et des *tumeurs malignes*.

Mais parmi ces tumeurs bénignes et malignes, on trouve des formes très différentes.

Une exostose ostéogénique, type de la tumeur essentiellement bénigne, peut, surtout si elle est coiffée de cartilage, dégénerer et se transformer en ostéochondrome à allure maligne.

Une tumeur à myéloplaxe, avec certaines apparences de malignité, est cependant au point de vue absolu, une tumeur bénigne puisque extirpée complètement, elle ne récidive pas , et puisque surtout, elle ne détermine pas de généralisations ni de métastases.

Certaines tumeurs malignes primitives évoluent avec une gravité exceptionnelle : tels sont par exemple les sarcomes vrais ou la forme décrite par les Américains sous le nom de sarcomes à cellules géantes, forme extrêmement maligne et qu'il ne faut pas confondre avec les tumeurs à myéloplaxes, improprement appelés sarcomes à myéloplaxes, terme que le professeur Lecène voudrait voir disparaître de la nosologie car il prête à confusion.

Certaines métastases osseuses de tumeurs primitives du corps thyroïde, du rein, quoique d'essence essentiellement malignes ont cependant quelquefois au point de vue clinique une évolution qui, si elle est fatale, n'en permet pas moins de les traiter par des méthodes conservatrices laissant une survie appréciable au malade.

Il faut donc que vous montriez dans l'examen d'un malade atteint de tumeur osseuse un sens clinique très avisé.

Pratiquement, *au point de vue pronostic et thérapeutique*, vous diviserez les tumeurs osseuses en deux grandes variétés, *les tumeurs bénignes*, les *tumeurs malignes*.

Ne vous fiez pas uniquement à la biopsie et à l'anatomie pathologique pour affirmer la bénignité et la malignité d'une tumeur osseuse.

Il y a bien longtemps déjà que Gangolphe avait enseigné que *la pierre de touche de la malignité probable d'une tumeur osseuse n'est pas dans la biopsie* ; il n'y a pas, comme le dit fort bien Quenu, de corrélation absolue entre la nature histologique et l'évolution clinique de l'ostéo-sarcome, et, suivant la formule de Kirmisson, il n'y a pas de tumeurs osseuses bénignes ou malignes d'après leur structure biologique, mais seulement d'après leur évolution clinique bénigne ou maligne. Chaque sarcome, dit Wirchow « a une période plus locale, partant plus innocente pendant laquelle il se prête à l'opération, mais « tout sarcome finit par se généraliser et par présenter « les caractères de la malignité. »

On a cru pendant longtemps que les ostéo-sarcomes d'origine interne ou myélogène, étaient moins malins que les sarcomes d'origine externe, périostique. Cette notion d'après Gangolphe n'a pas de valeur absolue.

De même, pour cet auteur, la nature télangiectasique d'une tumeur osseuse n'est pas forcément un signe de magnité.

En réalité, c'est à l'ensemble des signes cliniques, radiologiques et histologiques que le clinicien demandera de répondre si une tumeur osseuse est bénigne ou maligne.

Et, je pense qu'il faut ranger dans les tumeurs bénignes celles qui ne récidivent pas sur place après ablation et surtout qui ne se généralisent pas ; qu'il faut au contraire tenir pour malignes celles qui sont susceptibles de repousser sur place et surtout qui ont pour caractère essentiel de déterminer des métastases dont les plus fréquentes sont, vous le savez, dans le poumon et dans le foie.

II. Tumeurs bénignes.

Parmi les plus fréquentes, vous trouverez les exostoses ostéogéniques, les chondromes ; vous observerez plus rarement les fibromes, les lipomes.

Il faut enfin ranger parmi les tumeurs bénignes, les tumeurs à myéloplaxes et les lésions osseuses si mal connues dans leur essence et qui sont représentées par l'ostéite fibreuse et l'ostéite kystique.

Les tumeurs bénignes sont justiciables en principe d'un traitement conservateur.

a) Les *exostoses ostéogéniques* ou *symptomatiques* (périostoses) doivent être traitées par l'ablation.

En ce qui concerne les périostoses, on fera bien d'attendre que l'évolution périostique soit terminée avant d'entreprendre l'extirpation chirurgicale et de la faire précéder par un traitement radiothérapique de maturation comme pour les ostéomes musculaires.

b) Les *fibromes* ont une évolution variable, souvent rapide, ils peuvent dégénérer. En conséquence, leur ablation précoce s'impose.

c) Les *chondromes*, soit qu'ils aient une origine périostique, soit une origine centrale, sont des tumeurs à évolution cliniquement bénigne s'ils sont purs, mais après ablation, ils peuvent récidiver. Si la tumeur augmente rapidement de volume, méfiez-vous de la possibilité d'une forme maligne.

En raison de ces faits, il faut pratiquer, en cas de chondrome l'ablation large par évidement, la résection, l'amputation ou la désarticulation, suivant la forme considérée et cela le plus précocement possible car selon l'expression de Wirchow, « le beau rêve de l'enchondrome considéré comme type de tumeur bénigne doit s'évanouir ».

d) Les *lipomes* d'origine osseuse sont très rares, leur extirpation nécessite quelquefois, en raison de leur volume, des résections étendues.

e) Les *tumeurs à myéloplaxes* sont des tumeurs osseuses d origine conjonctive, mais d'après Lecène ce ne sont pas des ostéosarcomes. Ce terme d'ostéosarcome à myéloplaxe sous lequel on les désigne encore, et qui éveille dans tous les esprits le sentiment d'une malignité bien moindre, crée une confusion regrettable, surtout avec les sarcomes extrêmement malins à marche foudroyante décrite par les Américains sous le nom de « sarcomes à cellules géantes. »

Ces tumeurs à myéloplaxes à allure clinique quelquefois impressionnante, qui prennent volontiers le caractère pulsatile des tumeurs décrites par les anciens auteurs sous le nom *d'anévrysme des os* récidivent quel

BIBLIOGRAPHIE

Le traumatisme de la naissance. Influence de la vie pré-natale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective, Etude psychiatrique, par le Dr OTTO RANK. Traduit de l'allemand par le Dr S. JANKÉLÉVITCH. Un volume in-8 de la Bibliothèque Scientifique : 20 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce livre est le développement hardi des théories de Freud par le plus célèbre de ses disciples.

Ceux qui sont familiarisés avec l'investigation psychanalytique ne seront pas surpris d'apprendre que cette investigation qui, dans ses détails et dans l'ensemble, commence à la surface psychique, finit, à mesure qu'elle pénètre dans les profondeurs de plus en plus cachées et de moins en moins accessibles de l'âme, par s'arrêter devant un point qui constitue, en même temps que la limite qu'il lui est interdit de franchir, sa base et sa justification. Après avoir exploré dans tous les sens et dans toutes les directions l'inconscient, ses contenus psychiques et les mécanismes compliqués qui président à la transformation de l'inconscient en conscient, on se trouve en présence, tant chez l'homme normal que chez les sujets anormaux, de la source dernière de l'inconscient psychique, et on constate que cette source est située dans la région du psycho-physique et peut être définie ou décrite dans des termes biologiques : c'est ce que nous appelons le *traumatisme de la naissance*, phénomène en appprence purement corporel, que nos expériences autorisent à envisager cependant comme une source d'effets psychiques d'une importance incalculable pour l'évolution de l'humanité, en nous faisant voir dans ce traumatisme le dernier substratum biologique concevable de la vie psychique, le noyau même de l'inconscient. C'est, on le sait, en partant de ce noyau que Freud a pu édifier la première psychologie vraiment compréhensive et scientifique ; et les considérations que son disciple, le Dr Otto Rank développe dans ce travail se justifient et ne sont intelligibles que pour autant qu'on tient compte des données que la psychanalyse nous a fournies concernant la structure et le fonctionnement de notre appareil psychique.

Après avoir montré qu'il est possible de donner une base biologique à l'inconscient, c'est-à-dire au psychique proprement dit, découvert et exploré par Freud, il essaye de présenter dans un tableau synthétique toute l'évolution de l'humanité, en la mettant précisément en rapport avec ce mécanisme biologique de l'inconscient qu'est le traumatisme de la naissance. Il nous révèle toute sa signification, telle que l'a fait ressortir la psychanalyse, et nous fait assister aux tentatives sans cesse renouvelées de le surmonter auxquelles se livre l'individu au cours de son existence, nous démontre avec quelle facilité les contenus manifestes les plus élevés des productions spirituelles de l'homme se laissent rattacher aux couches biologiques les plus profondes de l'inconscient.

Traité de psychologie, par Georges DWELSHAUVERS. Un volume in-8 de la Bibliothèque Scientifique : 40 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le *Traité de Psychologie* comprend six parties : la Ie est une méthodologie : détermination du fait psychique, méthodes actuellement employées. Cette dernière question donne à l'auteur l'occasion de tracer un tableau d'ensemble, complet et suggestif, de la science psychologique à l'heure présente.

La IIe partie synthétise en quelques lois directrices les divers aspects de la vie mentale, ramenée à trois caractères essentiels : le rationnel, l'automatisme et le vécu avec son dynamisme inconscient.

Les lois générales clairement établies, nous passons à la IIIe partie, à l'étude des structures élémentaires de la vie mentale : états affectifs simples, mouvements, sensations. Contrairement à la tradition, l'auteur ne part pas de la sensation, mais de la réaction affective et des mouvements, fondements des premières structures psychiques.

La IVe partie nous conduit à des structures un peu plus élevées, qui fusionnent les précédentes : ce sont les images, les associations l'espace et le temps. Chacune de ces notions est étudiée à la lumière des recherches les plus récentes.

La Ve partie nous initie à des formes structurales de plus en plus élevées : mémoire, attention, imagination créatrice et langage. On trouve ici un exposé détaillé du problème des aphasies ainsi que des questions qui concernent l'expression de la pensée.

Enfin la VIe partie est consacrée à la pensée, à la volonté, aux sentiments supérieurs, à la personnalité, aux caractères, à la mesure de l'intelligence et au problème nouveau et important des corrélations fonctionnelles.

Très documenté et riche de nombreux faits ainsi que d'importantes recherches dues à l'auteur et dont plusieurs sont inédites, le *Traité de Psychologie* présente en même temps une parfaite unité, grâce aux lois directives établies au début et permettant de rattacher les problèmes entre eux.

Acta medica latina, paraissant à la fin de chaque mois, sur 64 pages in-8, formant un volume annuel d'environ 800 pages.

Chaque fascicule contient :

1° un *Mémoire* original, rédigé dans une des langues latines et suivi de son résumé dans les autres langues, et qui constitue de préférence la mise au point d'une question étudiée avec prédilection par l'auteur ;

2° une *Revue analytique* des principales publications médicales latines, chaque analyse étant rédigée dans la langue originelle et suivie de sa traduction française ;

3° un *Répertoire bibliographique*, aussi complet que possible, de toutes les publications médicales latines, suivi d'une table alphabétique des matières traitées dans ces publications.

Rédaction : Dr L. M. PIERRA, administration : 23, rue du Cherche-Midi, Paris. Abonnements : France et Belgique, 50 fr. français. — Autres pays : 60 fr. français. Le fascicule : 6 fr.

quefois sur place, sont susceptibles de créer des lésions locales étendues qui pourront nécessiter un sacrifice anatomique important, mais elles ne font pas de métastases.

Et c'est à ce point de vue qu'il faut les considérer et les traiter comme des tumeurs bénignes.

Leur aspect radiographique qu'il faut bien se mettre dans l'œil, diffère du reste essentiellement de celui des ostéosarcomes vrais.

Développés en général dans une épiphyse, ces tumeurs repoussent l'os à la périphérie sans le détruire ; leur limite est parfaitement visible ; à leur pourtour régulier, l'os a conservé sa structure normale ; il est comme soufflé, mais la coque périphérique n'est crevée nulle part. En particulier, les cartilages d'encroûtement articulaire sont parfaitement conservés. Dans l'intérieur de la tumeur, on voit encore des travées osseuses conservées, donnant l'aspect de nids d'abeille.

Mais, cet aspect n'est pas toujours aussi schématique, et dans bien des cas, il faut la plus grande attention et la plus grande expérience pour affirmer qu'il s'agit bien d'une tumeur à myéloplaxes ou au contraire d'un ostéosarcome.

C'est dans ces cas que l'observation l'allure clinique et la biopsie sont de la plus grande utilité.

La biopsie montre l'aspect caractéristique de la tumeur à myéloplaxes, avec des grandes cellules contenant 80, 100, 150 noyaux dans le stroma plus ou moins fibreux.

L'évolution clinique de ces lésions est en général bien plus lente que celle des ostéosarcomes malins. Elles se développent lentement, à bas bruit, sans douleurs vives, sans atteindre l'état général. Ce n'est souvent qu'à la suite d'une fracture spontanée que les malades qui avaient jusque-là toléré leur tumeur se confient au chirurgien.

Mais dans quelques cas aussi la tumeur prend un développement local rapide. Si elle revêt la forme vasculaire, elle peut être animée de battements, présenter un souffle systolique, de l'expansion, une circulation superficielle abondante, de la douleur locale.

Cependant, la tumeur dépasse rarement les limites de la corticale osseuse qui, amincie, donne le signe de la crépitation parcheminée.

Cette apparence de malignité locale a dû faire commettre bien des erreurs de diagnostic et de traitement avant la vérification biopsique et radiographique : et c'est pourquoi on a tant discuté sur la valeur comparative du traitement conservateur et de l'exérèse radicale dans l'ostéosarcome alors qu'on y faisait entrer comme variété les tumeurs *à myéloplaxes*.

Quoi qu'il en soit, quand le diagnostic ferme de tumeur à myéloplaxe est posé, *c'est au traitement conservateur qu'il faut se ranger, à la condition expresse que la conservation anatomique du membre soit compatible avec une conservation fonctionnelle* satisfaisante.

L'opération consistera en un large évidement osseux permettant d'enlever toutes les parties suspectes.

Le chirurgien enlèvera facilement à la curette des masses rouges, mollasses, ressemblant à des caillots sanguins organisés, à du placenta, suivant la comparaison du professeur Lecène, et il ne s'arrêtera qu'après avoir bien nettoyé la cavité et rencontré des parois osseuses à aspect normal.

Dans les formes vasculaires, un suintement sanguin important peut gêner beaucoup l'opération. Il cesse en général après que les masses néoplasiques ont été enlevées.

La cavité ainsi créée est souvent très vaste. Pour que la malade guérisse et garde un membre valide, il faut *qu'elle se comble, qu'elle ne s'infecte pas et que la lésion ne récidive pas localement*.

Le seul moyen d'empêcher l'infection secondaire c'est la fermeture immédiate sans drainage.

Le tamponnement le mieux fait, le plus soigné, n'évitera pas l'infection à peu près fatale de la cavité par les microbes de la peau : et, en admettant que cette infection puisse être évitée ou rester très atténuée, il faudrait un temps très long pour assurer le comblement à l'air libre d'une aussi vaste cavité.

Certains chirurgiens se contentent de fermer les plans superficiels sur la cavité qui se remplit de sang, comptant que la cicatrisation se fera sur caillot humide suivant l'expression du professeur Lejars, et à condition qu'il n'y ait aucune infection.

Cette méthode a donné incontestablement des succès, mais elle n'est pas à l'abri de tout reproche. Tout d'abord certains auteurs ne seraient pas éloignés de croire que la persistance de ce caillot dans la cavité évidée peut être le point de départ d'une récidive car ce caillot opératoire jouerait peut-être le rôle, encore hypothétique du reste, qui serait attribué à un hématome intra osseux post-traumatique comme point d'appel de la localisation et de l'organisation néoplasique.

D'autre part, le comblement naturel de cette vaste cavité paraît toujours assez aléatoire.

C'est pourquoi, actuellement, on tend de plus en plus *à combler la cavité opératoire avec des greffes ostéo-périostiques* taillées à la manière de Delagénière.

Faut-il les placer tout de suite après l'opération, ou au contraire dans un temps ultérieur ? C'est affaire de cas d'espèces. Si l'on craint la formation d'un vaste hématome susceptible de s'infecter, peut-être vaut-il mieux suturer les parties molles sur la cavité, puis quand l'hémostase spontanée est faite par organisation du caillot, réouvrir la cavité et y placer des greffes.

Si, au contraire, on a l'impression que la cavité n'est pas très suintante, que le tamponnement pratiqué pendant quelques minutes a arrêté toute hémorragie en nappe importante, peut-être faut-il mieux placer les greffes tout de suite et refermer hermétiquement pardessus.

Cette chirurgie conservatrice devra être poussée à l'extrême quand il s'agit du membre supérieur.

Mais, s'il s'agit du membre inférieur, si les limites de la lésion dépassent la possibilité logique de conservation fonctionnelle malgré que la lésion soit considérée histopathologiquement comme bénigne, son étendue, les dégâts causés nécessiteront quelquefois une amputation dont le résultat final sera supérieur fonctionnellement à une conservation anatomique aléatoire et nécessitant un traitement post-opératoire de très longue durée.

III. — Tumeurs malignes.

Suivant la classification clinique les tumeurs osseuses malignes sont celles qui sont susceptibles de généralisation.

On les divise en deux grandes classes :

Les tumeurs osseuses primitives,

Les métastases osseuses de tumeurs nées à distance, soit dans le squelette lui-même, soit dans les viscères.

A — *Tumeurs osseuses malignes primitives*.

Je ne vous citerai que pour mémoire les *épithéliomas* primitifs des os qui sont constitués par des tumeurs épithéliales dont le point de départ est trouvé dans ces débris épithéliaux restés inclus dans l'os au moment de son développement.

Telles sont les *tumeurs kystiques maxillaires* qui en général ne sont pas primitivement malignes, mais qui peuvent prendre une certaine malignité locale. On les a décrites sous le nom de *cancers térébrants des maxillaires.*

Leur développement nécessite donc une intervention chirurgicale active (ablation conservatrice de l'os où ils sont inclus quand la tumeur est bien limitée ; résection du maxillaire en cas d'atteinte progressive et diffuse de l'os). Dans ce dernier cas, il est prudent de se rendre un

compte très exact de l'état des ganglions tributaires des lymphatiques de la région et de les extirper s'ils sont douteux.

Je vous cite seulement comme mémoire les *endothéliomes* développés aux dépens de l'endothélium vasculaire des os, et les myxomes qui sont (suivant la formule de Poncet) au lipome ce qu'est l'ostéosarcome par rapport à l'ostéome.

Les myxomes, moins malins que les endothéliomes évoluent assez lentement, mais récidivent fréquemment sur place après ablation. Ils nécessitent donc des ablations larges. Les endothéliomes sont plus malins et se comportent comme des ostéo sarcomes.

Les *ostéosarcomes* avec toutes leurs variétés (centraux médullaires, périostiques), suivant l'origine ; globo-cellulaires, fuso-cellulaires, encéphaloïdes, fibro-sarcomes, lipo-sarcomes, chondro sarcomes, sarcomes ostéoïdes, ossifiants, télangiectasiques, suivant la constitution histologique et l'évolution, sont des tumeurs malignes du type conjonctif extrêmement fréquentes et dont la gravité, l'évolution clinique fatale, commandent une thérapeutique précoce et active sans qu'on soit en mesure de dire, à beaucoup près, qu'elle donne des résultats éloignés satisfaisants.

Ces tumeurs à développement local rapide, ne sont trop souvent observées par le chirurgien que lorsqu'elles ont acquis un volume considérable : elles se présentent alors sous forme d'une masse volumineuse, déformant le membre. A ce moment, l'impotence fonctionnelle est considérable, les douleurs vives, la chaleur locale accentuée au point de faire suspecter une lésion infectieuse, la circulation veineuse superficielle énorme ; l'examen de l'état général déjà très mauvais fait découvrir un amaigrissement rapide, une anémie profonde.

A ce moment déjà, si les noyaux de métastase ne sont pas visibles ou décelables par l'examen clinique, il n'en existe pas moins la plupart du temps des greffes cancéreuses à distance, encore silencieuses, dans le rein, le foie, les poumons ; et elles ne tarderont pas à emporter le malade par les complications qu'elles provoqueront à moins que la lésion locale progressant, faisant issue à travers la peau (sans que celle-ci soit elle-même envahie comme dans l'épithélioma) le malade ne meurt profondément intoxiqué et infecté par cette masse cancéreuse, malodorante, suintante et suppurante, et susceptible d'être le point de départ d'une infection secondaire surajoutée (lymphangite, érysipèle, etc., etc.)

La structure histologique de ces ostéosarcomes qui montre l'inexistence de vaisseaux propres, mais la seule présence de lacs sanguins creusés dans la substance même de la tumeur, explique l'absence de métastases ganglionnaires et la possibilité de la précocité des métastases viscérales par voie sanguine.

Et j'ajoute que cette notion de métastase si fréquente et si précoce de l'ostéosarcome est un des points qui assombrissent le plus le pronostic de ces lésions et qui rend si aléatoire le traitement chirurgical local même très précoce et très mutilant des ostéosarcomes même quand leur localisation à l'extrémité d'un membre serait de nature à faire espérer un résultat durable en rapport avec l'importance du sacrifice consenti par le malade.

En présence d'une tumeur osseuse qualifiée maligne que doit-on faire ? opération radicale ou conservatrice ?

Posons d'abord deux principes :

Le premier, c'est que les malades cachectiques, atteints de généralisations ganglionnaires, porteurs de grosses tumeurs à la racine des membres, ou dans les régions où leur extirpation serait très délabrante, tirent bien peu de bénéfice en général d'une intervention qui souvent active le dénouement fatal, mais, qui, dans certains cas peut leur donner pendant quelque temps l'illusion de la guérison.

En deuxième lieu, quelle que soit la tumeur, les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'intervention (quelle qu'elle soit) est plus précoce.

Dans les ostéosarcomes, certains chirurgiens restent fidèles à l'amputation faite en partie supposée saine, loin du foyer néoplasique. D'autres chirurgiens après Gangolphe pensent que certains ostéosarcomes peuvent être traités par *des opérations larges conservatrices*, qui ne guérissent pas tous les malades, mais qui dans l'ensemble donnent d'aussi bons résultats que les opérations mutilantes.

Gangolphe écrivait que les opérations radicales avaient donné à son époque 80 à 90 % de mort immédiate ou de récidive (Polosson et Bérard).

Ces résultats, si peu encourageants, sont peut-être dûs à ce fait qu'une intervention aussi mutilante n'est acceptée que trop tard par les malades, alors qu'une simple intervention plus conservatrice pratiquée de très bonne heure aurait été susceptible de sauver à la fois l'existence et le membre du malade (Gandolphe).

En pratique, il apparaît donc que *l'opération conservatrice faite de très bonne heure* sera peut-être susceptible de donner les mêmes résultats durables qu'une intervention radicale qui dans la pratique ne sera jamais acceptée que plus tard... que trop tard pourrait-on dire.

Au contraire, une intervention plus *tardive même radicale est toujours aléatoire*, à plus forte raison une opération conservatrice.

« Faire, disait Gangolphe, la résection d'un os atteint de sarcome malin, c'est suivre la même pratique qu'en chirurgie générale. Fait-on autre chose neuf fois sur dix dans les cancers de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, de l'utérus ? Evidemment non, et personne ne contestera la légitimité de ces opérations.

Bien entendu, ces opérations devront être larges, passer en plein tissu sain : le chirurgien ne sera pas préoccupé par les réparations qu'il aura ensuite à faire.

S'il s'agit du membre supérieur, la résection la plus large se justifie par la possibilité de la conservation fonctionnelle de la main.

Au membre inférieur au contraire, il serait absurde de pratiquer une opération conservatrice pour garder un membre inutilisable.

En réalité, ce que nous savons sur la précocité des métastases dans l'ostéosarcome nous permet de poser les règles de pratique suivante :

1) S'il s'agit d'un ostéosarsome situé à l'extrémité d'un membre, s'il n'y a plus de place pour le doute dans le diagnostic le devoir du chirurgien est de proposer l'opération et d'insister pour l'amputation pratiquée assez loin de la lésion pour être sûr de passer en tissu sain, mais en tenant compte de l'appareillage fonctionnel ultérieur. Il sera toujours rationnel de passer au-dessus de l'articulation immédiatement sus-jacente à l'os atteint.

2) Quand le sarcome siège vers le milieu du membre (au voisinage du genou ou du coude) la prudence voudrait aussi qu'on proposat l'amputation le plus tôt possible. Mais, souvent les malades ne s'y résoudront pas.

3) A plus forte raison, quand il s'agit d'un ostéosarcome de la racine d'un membre (épaule, hanche). Dans ces cas, le chirurgien aura le plus grand mal à faire adopter (surtout au début) par son malade une exérèse qui lui paraît hors de proportion avec sa lésion. Ce serait pourtant la meilleure chance qu'il aurait d'une survie prolongée.

Mais, comme ce sacrifice est longtemps différé et accepté seulement quand les lésions sont devenues telles qu'il devient inutile, le mieux est peut-être alors de proposer, le plus tôt possible une opération conservatrice large qui sera toujours acceptée par le malade. Ce sont ces cas cliniques qui semblent donner raison à la théorie de Gangolphe qui préfère une opération conservatrice large, précoce, à une mutilation plus grave quand la lésion est plus avancée.

Greffes après résection pour tumeurs malignes.

L'attention sur cette méthode opératoire a été attirée par les travaux de Gangolphe.

Quand'il s'agit de tumeurs bénignes (tumeurs à myéloplaxes, kystes), la question se limite au comblement d'une simple cavité osseuse, par les procédés aujourd'hui classiques.

L'intérêt de la méthode porte surtout sur la possibilité de pratiquer des greffes massives, après ablation complète d'une tumeur maligne osseuse ayant nécessité le sacrifice d'une portion d'os considérable. La restauration peut être diaphysaire, épiphysaire ou diaphyso-épiphysaire. Le transplant utilisé a été en général le péroné. Quelques auteurs ont employé une portion de tibia. Au point de vue anatomique, beaucoup de cas, à la longue, ont laissé à désirer par une absence de soudure du greffon. Cependant, les résultats fonctionnels ont été toujours assez satisfaisants, l'opération ayant laissé au malade un membre utile.

Radio et radiumthérapie.

A défaut d'opérabilité de volumineux ostéosarcomes de la racine des membres, vous pourrez toujours donner aux malades l'illusion d'un traitement actif par la radio ou la radiumthérapie.

Ces méthodes ne sont pas capables de guérir la tumeur locale et surtout d'arrêter l'évolution des métastases. Peut-être même les accélère-t-elles.

Mais, sous l'action thérapeutique des rayons et des radiations, la tumeur principale peut fondre dans des proportions considérables, les douleurs s'atténuer : le malade peut croire à la guérison prochaine jusqu'à ce qu'il soit emporté rapidement par une complication viscérale à distance.

B) Tumeurs malignes secondaires.

On réserve cette dénomination aux tumeurs osseuses se développant dans les os, mais ayant la constitution des tumeurs primitives viscérales dont elles ne sont qu'un mode de généralisation par métastase.

C'est par exemple le noyau métastatique développé dans une vertèbre à la suite d'un cancer du sein et qui n'apparaît souvent que de longues années après qu'on a cru la guérison définitive ; c'est la fracture spontanée donnant la signature du développement d'un noyau secondaire dans le fémur, d'une tumeur de l'utérus ou de l'estomac en apparence guérie chirurgicalement sans récidive locale.

Il est bien évident que des tumeurs secondaires osseuses métastatiques ne comportent pas de traitement chirurgical actif.

Les unes (vertèbres, bassin) sont d'ailleurs inextirpables. Le seraient-elles, il serait illogique de le faire puisqu'elles sont la signature d'une généralisation qui implique le développement d'autres noyaux ailleurs.

Il est cependant une catégorie un peu particulière de tumeurs osseuses métastatiques secondaires sur lesquelles le professeur Lecène a attiré l'attention et qu'il appelle *tumeurs secondaires primitives.*

Elles sont constituées par une métastase osseuse d'une tumeur primitive lointaine (corps thyroïde, supernéphrome) et qui évolue à bas bruit sans se manifester par aucun symptôme, de sorte que la métastase osseuse dont elle est la cause se présente comme la première manifestation clinique de la néoplasie. Et, on reconnaît seulement sa nature métatastique à l'examen histopathologique qui en décèle la nature le plus souvent épithéliale.

Dans ce cas, on est autorisé dans une certaine mesure à opérer cette tumeur secondaire, car quelquefois le développement de la tumeur principale ou d'autres métastases sera assez lent pour permettre une survie appréciable, quoique précaire, après cette opération portant sur le noyau de métastase. C'est ainsi que le professeur Lecène a observé un cas de tumeur secondaire de la tête humérale, constituée par un hypernéphrome typique absolument latent, opérée par résection du 1/3 supérieur de l'humérus, qui après plus d'un an n'avait fait qu'une petite récidive locale et sans que la tumeur primitive ne se soit encore révélée par aucun symptôme.

IV. Kystes des os.

On pourrait à la rigueur étudier les kystes des os avec les tumeurs bénignes. Mais leurs caractères si particuliers incitent plutôt à les étudier dans un chapitre spécial par lequel nous terminerons cette étude.

Les os peuvent présenter des tumeurs kystiques ou des cavités kystiques d'origine très variée.

Kystes reliquats d'abcès tuberculeux, d'ostéomyélite, kystes ostéo-malaciques, kystes dus à l'évolution des germes dentaires dans les maxillaires ; dégénérescence kystique des tumeurs, etc., etc.

A côté de ces lésions symptomatiques de l'évolution d'une autre lésion osseuse, existent des kystes qui évoluent pour leur propre compte.

Parmi ceux-ci deux catégories nous intéressent plus particulièrement :

Les kystes dits essentiels.

Les kystes hydatiques.

Kystes osseux essentiels et ostéite fibreuse ou fibro-kystique

Nous voulons parler ici de la classe assez bien tranchée des kystes osseux, solitaires, bénins (kystes essentiels) et des ostéites fibro-kystiques localisées, et que Rœderer a groupés au Congrès d'Orthopédie de 1923, en raison de leurs caractères cliniques radiologiques et anatomo-pathologiques, et qui restent du domaine de la thérapeutique chirurgicale opératoire par opposition avec l'ostéite fibreuse généralisée ou maladie de Recklinghausen sur laquelle toute tentative opératoire serait absurde.

Ces kystes ou ces ostéites fibreuses localisées évoluent dans l'enfance ou dans l'adolescence sans qu'on sache encore s'ils ont une origine traumatique (transformation d'hématomes intra-osseux) ou inflammatoire (en raison de leur développement de préférence dans les épiphyses fertiles, loin du coude près du genou) ou s'ils sont le résultat de troubles endocriniens (Mouchet et Lecène).

Leur symptomatologie est des plus frustes : Un léger épaississement des extrémités osseuses, de vagues douleurs rhumatoïdes, aucune réaction locale. Souvent, c'est à l'occasion d'une fracture spontanée que la lésion sera reconnue : fracture qui se répare du reste assez bien au point que Broca pensait que les cals dits soufflés ne seraient pas autre chose que la résultante de la consolidation de ces sortes de fractures dont l'origine serait passée inaperçue.

Les lésions reconnues doivent être opérées, justement en raison de leur extension locale progressive qui peut amener une fracture qu'il vaut mieux prévenir.

La nature bénigne de l'affection commande naturellement des opérations conservatrices.

Mais l'emploi de la méthode conservatrice a pour corollaire impérieux, l'assurance d'un diagnostic ferme de façon à ne pas laisser évoluer secondairement une tumeur maligne méconnue.

Or, le diagnostic n'est pas toujours aisé à faire entre une ostéite kystique et une lésion plus maligne (sarcome chondrome, tumeur à myéloplaxes, ostéite, fibro-kystique déformante de Reklinghausen, maladie de Mickulicz, etc.)

On se basera surtout sur l'évolution, la radiographie, les indications fournies par la biopsie.

A l'examen radiographique, les kystes essentiels se présentent sous forme de cavités osseuses régulières, ovoïdes, triangulaires, losangiques, se profilant sous forme d'une tache claire entourée d'une ligne sombre, représentant la corticale amincie. Le périoste et les cartilages de conjugaison sont toujours intacts.

A l'examen microscopique d'un fragment prélevé par biopsie, on voit une destruction du tissu osseux sans

tendance à la régénération et une transformation fibreuse de la moelle osseuse.

Tout kyste essentiel reconnu, doit être traité chirurgicalement par l'*évidement osseux* pratiqué par la voie anatomique normale, *suivi de comblement de la cavité*, par des greffes ostéopériostiques (Mouchet). Pas de drainage, fermeture complète de la plaie.

Rapidement la cavité se comble et l'os reprend sa solidité.

Traitement des kystes hydatiques des os

Les kystes hydatiques des os sont des lésions toujours graves en raison de leur diffusion, de la latence de leurs symptômes, de la difficulté de leur traitement.

Les kystes à forme multiloculaire, se développent de préférence dans les parties des os richement vascularisés ; os courts tels que les vertèbres, ou plats (crâne, bassin) canal médullaire des grandes diaphyses, épiphyses des os longs, et en particulier l'extrémité supérieure du tibia.

Souvent dans les os longs, la fracture spontanée sera le premier signe révélateur.

Dans les os plats, on pourra assister à l'apparition d'une tumeur à développement progressif.

La radiographie, la ponction exploratrice, l'incision exploratrice, seront souvent les meilleurs moyens de porter un diagnostic.

Dès que le diagnostic est fait, il faut opérer, car en raison de la diffusion des lésions, plus l'intervention est tardive et moins le malade a de chances de guérir par une opération non mutilante.

Quand les lésions sont développées dans le rachis, dans le bassin, elles sont malheureusement encore trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

L'intervention consiste à évider tout le foyer osseux contenant des hydatides, qui nagent le plus souvent dans un liquide puriforme verdâtre, au milieu de séquestres irréguliers, raboteux, vermoulus, poreux, petits et infiltrés de nombreux vésicules.

Le foyer osseux ayant été bien nettoyé et mis à plat, il convient par prudence de le formoler suivant la méthode de Devé en l'imbibant pendant quelques minutes de formol à 1 %.

Gangolphe conseillait même d'y passer le fer rouge non pas tant pour tuer les hydatides que pour provoquer une réaction inflammatoire salutaire.

La cavité osseuse ainsi créée sera traitée comme une cavité osseuse ordinaire.

Dans bien des cas, la diffusion des lésions nécessitera l'amputation du membre ; et s'il s'agit d'une lésion vertébrale cranienne ou coxale, l'opération la plus large sera impuissante à supprimer tous les foyers dont l'évolution continuera jusqu'à la mort du sujet, provoquée soit par des lésions de la moelle du cerveau, ou par des suppurations profuses.

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

Une médication hémostatique d'urgence : le Strictoforme

Par le Dr FRAENKEL

Le traitement d'urgence des hémorragies « médicales » est un des problèmes qui se posent le plus fréquemment pour le médecin. De la décision thérapeutique qu'il prendra, la vie du malade dépend souvent d'une manière immédiate. La question est donc toujours grave : elle est en même temps complexe ; il faut décider d'abord si l'intervention chirurgicale, immédiate ou tardive, est indiquée ; lorsqu'elle n'est pas possible, en raison de la localisation de l'hémorragie, de l'état du malade, ou de toute autre circonstance, la thérapeutique médicale nous offre elle-même des armes de différentes natures : faut-il agir sur la crase sanguine, en augmentant la coagulabilité par l'introduction de substances qui la favorisent (chlorure de calcium, gélatine) ? Faut-il agir sur la vasomotricité, soit en s'efforçant d'abaisser la tension sanguine générale, et de diminuer ainsi la tendance du sang à s'échapper des vaisseaux, à l'imitation de l'effet de la syncope, qui, lorsqu'elle n'est pas mortelle, arrête souvent les grandes hémorragies (émétine, ipéca), soit au contraire en provoquant une constriction des fibres lisses à l'aide de substances telles que l'ergot de seigle, l'extrait hypophysaire ou l'extrait surrénal ? C'est ici qu'intervient le sens clinique du praticien : il examinera la cause de l'hémorragie, il verra si elle résulte d'une lésion des parois vasculaires, d'une modification tensionnelle, d'une perturbation humorale, si elle est menaçante ou au contraire favorable, s'il faut intervenir localement ou agir sur tout l'organisme. Il évitera les thérapeutiques dangereuses ou inopportunes, telles que l'émétine chez les cardiaques, les enfants ou les vieillards, ou l'adrénaline, lorsque la vaso-dilatation secondaire qu'elle ne manque pas de produire peut faire courir au malade un nouveau danger.

Devant une question aussi vaste et complexe, il n'est certes pas dans notre intention de proposer aux médecins une règle de conduite nouvelle et *ne varietur* : nous n'avons pas voulu davantage faire le procès des médications hémostatiques existantes à ce jour ; nous désirons simplement rappeler ici certaines de leurs lacunes, quelques-uns de leurs inconvénients et de leurs dangers. Il ne s'agit pas toujours uniquement, par exemple, d'arrêter momentanément une hémorragie ; il faut encore en prévenir le retour ; la répétition d'hémorragies même modérées est un danger aussi grand, bien qu'à plus longue échéance, que la perte de sang soudaine. Or, un grand nombre de médications auxquelles nous avons fait allusion plus haut ne peuvent être continuées indéfinimenent sans inconvénients : l'émétine, nous l'avons déjà rappelé, est un dépresseur cardiaque redoutable ; l'ergot de seigle, l'adrénaline sont toxiques : l'action de cette dernière est aussi passagère que brutale. Les préparations galéniques de l'ergot de seigle sont, d'ailleurs, d'une remarquable inconstance, tant au point de vue de la toxicité qu'à celui de l'action pharmacodynamique : l'ergotoxine, qu'elles renferment toujours, et qui cause, suivant Barger et Dale, les phénomènes gangréneux de l'ergotisme, se trouve en proportions très variables ; la posologie est par suite très imprécise.

Aussi a-t-on enregistré avec satisfaction la venue d'une nouvelle substance hémostatique, dont les propriétés originales semblent remplir d'importantes lacunes ; il s'agit d'un principe vaso-constricteur nouveau, découvert dans le genêt à balai par MM. H. Busquet et Ch. Vischniac en 1922. (Voir *Bull. des sciences pharmacologiques* n° 8-9, août-sept. 1923). Ce principe titré physiologiquement et par suite toujours égal à lui-même, comme l'ont montré les recherches expérimentales, agit sur le système artériel comme sur le système veineux. Il ne se confond ni avec la spartéine, ni avec la scoparine et pour l'obtenir il faut se conformer strictement au mode de préparation indiqué par les auteurs. Ses effets sur le tonus vasculaire ne peuvent être comparés qu'à ceux de l'extrait surrénal : l'injection intra-veineuse de cette préparation donne, chez le chien chloralosé, des réactions exactement comparables à celles que provoque l'injection d'adrénaline. L'action sur la rate, comparable à celle de l'adrénaline (contraction du parenchyme splénique, se traduisant *in vivo* par une polyglobulie rapide et durable), souligne la parenté pharmacodynamique des deux substances (1).

(1) BINET (L.), CARDOT (H) et FOURNIER (Mlle B.) — Spléno-contraction et polyglobulie par l'adrénaline et l'extrait de genêt. (*C. R. Soc. de Biol.*, 4 mars 1927, 96 p. 521.)

Ces résultats expérimentaux suggéraient tout naturellement l'idée d'utiliser ce principe en thérapeutique. De là, l'origine de la préparation galénique de genêt désignée sous le nom de strictoforme. Si les essais cliniques avaient montré que l'extrait de genêt était capable de remplacer l'adrénaline, ce médicament tiré d'une plante indigène et plus facile à préparer constituerait déjà une acquisition d'un grand intérêt. Mais la pratique démontra que le strictoforme, en dehors de certaines propriétés de l'adrénaline, possède des qualités particulières, remarquables, et qui méritent au plus haut degré de retenir l'attention.

Comme l'adrénaline, en effet, le strictoforme est un vaso-constricteur *local* énergique : un tampon d'ouate imbibé de cette solution et introduit dans la narine arrête généralement l'épistaxis ; mais, comme chacun sait, la vaso constriction intense due à l'adrénaline est suivie à bref délai d'une vaso-dilatation secondaire très marquée, grâce à laquelle, le plus souvent, l'épistaxis reprend de plus belle ; or, avec le strictoforme, cette réaction tardive est relativement très peu marquée, de sorte que la reprise de l'hémorragie est beaucoup plus rare. La coagulation survenue à la faveur de la vaso-constriction primitive suffit à juguler définitivement le saignement, d'où ce grand intérêt de son application en oto-rhino-laryngologie. Telle est une première différence. La seconde, beaucoup plus importante encore au point de vue pratique, est celle-ci : *Le strictoforme exerce intégralement son action hémostatique lorsqu'il est administré par la voie buccale.* On peut dire qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de substance thérapeutique douée de propriétés semblables ou même analogues. L'adrénaline, en effet, est absorbée par le tube digestif (thèse de Paychère, Paris, 1922) mais n'exerce, aux doses thérapeutiques, aucun effet appréciable sur la pression artérielle. On ne saurait agir utilement sur une hémorragie en faisant prendre des gouttes d'adrénaline par la bouche, dût-on atteindre des doses toxiques. Avec le strictoforme, au contraire, l'ingestion est pleinement efficace, comme le montrent les observations ci-dessous :

Chez un tuberculeux ancien, porteur d'un pneumothorax artificiel, une hémoptysie datant de 12 heures a été diminuée, puis arrêtée en 2 jours. Dose de strictoforme : 75 gouttes le premier jour, 60 gouttes le second jour, en 4 prises de 30 ou de 15 gouttes.

Une femme de 26 ans, atteinte d'ulcus gastrique, présentant du mélæna depuis plusieurs jours, est prise soudain d'un vomissement noirâtre ; état presque syncopal. Strictoforme : 85 gouttes (25, 15, 15, 15, 15) le premier jour, 60 gouttes le second jour. Pas d'autre traitement médicamenteux. L'hématémèse ne s'est pas reproduite.

Une femme de 50 ans, atteinte de cirrhose atrophique du foie et de gastrite éthylique, est prise brusquement, un soir, de vomissements de sang noir. Strictoforme : 80 gouttes par jour en 4 fois ; glace et repos. 4 jours après, nouveau vomissement mêlé de sang, à la suite d'un écart de régime ; régime liquide et strictoforme à la même dose pendant une semine ; plus d'hématémèse.

Une femme de 28 ans fait un avortement spontané de 2 mois environ, avec expulsion du placenta complet 4 heures après l'expulsion fœtale. Une hémorragie se produit, d'abord très abondante, puis plus modérée, rythmée par les contractions utérines. 40 gouttes de strictoforme à deux reprises, à une demi-heure d'intervalle ; l'hémorragie diminue peu à peu ; en moins d'une heure, elle cesse définitivement.

Une femme de 62 ans, atteinte d'un épithélioma ulcéré de la lèvre supérieure et qui a présenté, le mois précédent, une hémorragie abondante ayant duré huit jours, présente à nouveau un abondant écoulement sanguin nécessitant 4 ou 5 pansements par jour. Strictoforme : 75 gouttes par jour en trois fois. Amélioration dès la première heure, arrêt complet de l'hémorragie le lendemain ; aspect exsangue des bourgeons néoplasiques.

Ces observations, prises parmi beaucoup d'autres analogues, se rapportent à des cas cliniques très courants ; tout médecin est à même de les vérifier et, tout en enregistrant d'intéressants résultats thérapeutiques, il pourra se convaincre de ce fait presque paradoxal à notre époque d'hypodermie : une préparation destinée à l'usage interne agissant avec la rapidité et l'énergie qui sont généralement l'apanage des médications parentérales.

On se demandera alors si une substance pourvue d'une aussi remarquable activité ne peut, dans certains cas, exercer une action nocive ; le strictoforme n'est-il pas toxique, la marge de ses doses thérapeutiques n'est-elle pas, comme pour l'ergot, incertaine ou dangereusement étroite ? L'expérimentation sur l'animal et les essais cliniques permettent de répondre avec certitude : le principe vaso-constricteur du genêt est d'une toxicité pratiquement nulle. Il ne possède avec l'adrénaline que des analogies d'action cardio-vasculaire, mais au point de vue toxicologique, comme au point de vue chimique ; ils semblent totalement différents. Dans des cas de métrorragies d'origine endocrinienne, d'hémoptysie tuberculeuse, on a pu donner 200 gouttes par jour de cette préparation sans provoquer aucun phénomène d'intolérance.

Les résultats que nous venons de relater brièvement permettent de considérer le strictoforme comme une *médication d'urgence* au premier chef. Le médecin, appelé auprès du malade qui saigne, peut lui apporter un secours immédiat et durable à la fois, en lui donnant dans un verre 60 ou 80 gouttes qui lui permettront d'attendre le flacon du pharmacien. Le chirurgien, l'oto-rhino-laryngologiste peuvent de la même manière prévenir ou enrayer la malencontreuse hémorragie. La dose quotidienne, répartie en plusieurs fois, exerce un effet plus prolongé que ne saurait le faire une préparation injectable, qui s'élimine en quelques heures, et qui, pour des raisons fort compréhensibles, ne pourrait pas toujours être réinjectée à plusieurs reprises dans la journée.

Nous avons voulu attirer l'attention des médecins sur une substance thérapeutique pourvue de deux qualités qu'on rencontre rarement ensemble : l'extrême activité et l'innocuité parfaite. Elle est d'un emploi particulièrement simple : 75 à 100 gouttes et plus par jour, en plusieurs fois, dans un peu d'eau. Nous avons essayé de montrer l'intérêt de son emploi dans le traitement médical des syndromes hémorragiques. Nous nous bornerons à rappeler que l'action veino-constrictive du strictoforme permet d'obtenir avec cette substance des résultats remarquables dans les syndromes d'hypotonie du système veineux (varices, hémorroïdes, phlébites, périphlébites). Dans les états d'hypotension artérielle secondaires à des infections ou à des maladies chroniques, le strictoforme, administré de même par la voie buccale, détermine un relèvement de la pression artérielle décelable au sphygmomanomètre, et qui s'accompagne d'une amélioration fonctionnelle manifeste. Ce sont là les indications principales du traitement prolongé par le strictoforme. Nous avons tenu, pour conclure, à les mentionner à nouveau, afin de donner au lecteur une vue d'ensemble des services que cette préparation est susceptible de rendre dans la pratique médicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1928.

La sympathectomie dans les artérites oblitérantes. — **M. Hartmann.** — M. Leriche n'a pas parlé de la sympathectomie. M. Hartmann fait remarquer qu'on la fait toujours sur la fémorale superficielle ; les résultats médiocres obtenus viennent peut-être de cela et il propose de la faire sur la fémorale primitive. Il l'a faite chez un sujet atteint de gangrène sénile et l'a fait faire dans un cas de maladie de Bürger, en évitant l'amputation des deux cas.

Fracture des apophyses transverses lombaires. — *M. Lance* rap-

porte une observation de **M. Villemin** (de Nancy) où il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute du premier étage, se fracture les quatre premières apophyses transverses lombaires gauches. Trois ans après, il souffre encore de violentes douleurs paroxystiques avec difficulté considérable de la marche.

Il s'agit en somme d'une lésion assez fréquente. Comme étiologie, on retrouve tantôt un choc direct, tantôt une contraction musculaire. La fracture semble produite par une contraction brusque en position demi-fléchie. La symptomatologie est simple avec impossibilité d'inclinaison latérale du côté sain et douleurs fixes à quelques centimètres de la ligne médiane. Le diagnostic peut en être difficile avec un défaut de fusion de l'apophyse transverse et du corps vertébral. Le pronostic est très variable. Le traitement consiste en un repos absolu au lit ou en un corset plâtré. Cétte lésion peut laisser des séquelles : sciatique ou névralgies rebelles dues à des compressions par cals volumineux.

Calcul vésical chez un enfant de 18 mois. — **M. Mathieu** rapporte une observation de **M. Lecercle** (de Damas) où le diagnostic a été fait par la radiographie.

Le traitement a été la cystostomie en laissant la vessie ouverte pendant quelques jours. Il faut remarquer que les calculs vésicaux sont très fréquents en Syrie.

M. Legueu fait remarquer les difficultés qu'il y a chez l'enfant à mettre une sonde à demeure. Il a eu recours dans quelques cas à une taille intra-péritonéale permettant la suture vésicale sans sonde à demeure.

La myomectomie. — **M. Chifoliau** apporte quatre observations de grossesse après myomectomie. Les reproches adressés à la myomectomie sont nombreux : si la muqueuse est ouverte, les accidents septiques peuvent être graves et enfin les récidives sont assez fréquentes.

Suites éloignées de l'urétéro-pyélo-néostomie. — **M. P. Bazy** rappelle qu'il a publié en 1910 les résultats obtenus sur un jeune homme et qu'il avait apporté la preuve de la perméabilité de la bouche.

Une femme a été opérée par l'auteur en 1904 qui lui a fait une urétéro-pyélo-néostomie pour une hydronéphrose intermittente. Depuis, cette malade a été opérée de néphrectomie pour infection avec grosse déficience rénale, et M. Bazy a reçu la pièce opératoire ; l'examen histologique du rein montre que celui-ci est normal, et la bouche anastomotique est conservée.

M. Legueu dit que cette opération est basée sur une théorie mécanique de l'hydronéphrose ; or nous savons aujourd'hui que cette maladie est un trouble neuro-musculaire du bassinet.

M. Ombrédanne a fait une anastomose urétéro-pyélique pour une hydronéphrose par non-abouchement de l'uretère. Le résultat immédiat a été excellent, le résultat tardif mauvais.

Fissuration longitudinale du ménisque interne du genou. — **M. Dujarier** rapports deux observations de **M. Braine** où le traitement a consisté en une extirpation totale du ménisque. Résultats fonctionnels parfaits. A l'occasion de ce rapport M. Dujarier a retrouvé ses observations : sur 10 cas, 8 fois il s'agissait d'une fissuration longitudinale, 2 fois seulement d'une rupture transversale. L'auteur pense qu'il suffit d'enlever seulement la partie libre de l'anse de l'eau sans toucher à la partie fixe. Dans deux cas seulement, il existe après l'opération un peu de laxité articulaire.

M. Alglave insiste sur les commodités que peut donner la voie trans-rotulienne transversale.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 février 1928 (*Suite*).

Endocardite végétante apparue plus de deux ans après une pneumonie. Méningite suppurée à pneumocoques. Embolies. Mort après six mois : présence à peu près exclusive de streptocoques dans les végétations ; ces streptocoques dérivent, sans doute, des pneumocoques (Mutation) — **MM. Arnold Netter** et **Marius Salanier.** — Un enfant de 4 ans et demi est pris en janvier 1913, au cours d'une pneumonie, de dilatation aiguë du cœur impliquant une atteinte de cette organe. Il quitte l'hôpital guéri et reste plus de deux ans dans un état de santé satisfaisant. Au début de septembre 1915, il est pris de fièvre, s'affaiblit ; à son entrée, le 30 septembre, on constate, à la pointe du cœur, un souffle systolique intense indiquant l'existence d'une lésion organique. Il n'a pas eu et ne présentera jamais de rhumatisme. Le 6 octobre, apparaît une méningite suppurée à pnenmocoques qui se termine d'une façon favorable. Au cours de son séjour a l'hôpital qui se prolonge plus de cinq mois, la fièvre persiste présentant par moments de grandes oscillations. Une hémiplagie gauche (11 novembre) des lésions cutanées (26 janvier) traduisent la production d'embolies. L'enfant succombe le 1er mars 1916. On constate une grosse endocardite végétante murale implantée sur la paroi postérolatérale de l'oreillette gauche se prolongeant sur la petite valve mitrale dont le bord libre est indemne. La grande valvule mitrale, la tricuspide, les sigmoïdes aortiques et pulmonaires sont normales. L'endocarde est épaissi. On trouva des embolies à l'origine des deux sylviennes, des infarctus de la rate et des reins. Dans le frottis des végétations on voit quelques pneumocoques en capsules, mais surtout des streptocoques. Ceux-ci sont seuls isolés dans les cultures. La nature pneumococcique initiale de l'endocardite prolongée dont l'origine remonte sans doute à la pneumonie de janvier 1913 n'est pas douteuse, mais comment faut-il interpréter la prédominance à l'autopsie de streptocoques rappelant ceux qui sont presque toujours constatés dans les endocardites lentes et que l'on a considérés comme leurs agents spécifiques ?

Nous ne pensons pas qu'il se soit agi d'une infection surajoutée. Nous croyons que les streptocoques proviennent de la transformation des pneumocoques et que notre observation apporte un argument précieux à une thèse défendue dès 1910 par **Edward Rosenow** et qui a été soutenue, plus récemment en Allemagne par **Erich Wolff** (en 1923) et par **Mongon Roth** (en 1925), en Angleterre par **Arkwright** et **Griffith**, aux Etats-Unis par **Reiman** : celle de la transformation possible du pneumocoque en streptocoque et réciproquement.

Ces auteurs ont réalisé cos modifications en faisant intervenir divers facteurs : cultures dans des milieux additionnés de bile, d'optochine, de sérum immunisant ; passage par les animaux, etc.

Si cette modification des pneumocoques est due à l'intervention de substances immunisantes, cette intervention doit, sans aucun doute, être admise ehez notre petit malade.

Nous pensons, d'ailleurs, donner la preuve que les modifications étaient déjà intervenues cinq mois avant le décès. Les pneumocoques dans le pus de la méningite étaient plus rares, moins viables que dans le pus de méningites à pneumocoques habituelles ; ils étaient aussi moins virulents comme en fait foi la guérison rapide, alors que ces méningites sont presque toujours mortelles.

Fièvre ondulante d'origine bovine. — **MM. Ledoux, Archer** et **Clerc** (de Besançon) communiquent une observation de fièvre ondulante présentant les caractères cliniques de la fièvre de Malte et dont l'origine bovine paraît certaine. Le malade a été contaminé par des vaches atteintes d'avortement épizootique. Son sérum agglutinait à 1/2000 le bacille de Bang et le melitensis. Mais ni par les caractères cliniques, ni par les recherches biologiques (chauffage du sérum, saturation des agglutinines, intradermo-réaction à la mélitine et à l'abortine) il n'a été possible de préciser s'il s'agissait d'une septicémie à bacille de Bang ou à melitensis. Quoi qu'il en soit, ce fait qui s'ajoute aux rares cas français connus et aux cas italiens plus nombreux semble prouver qu'une fièvre ondulante peut être contractée au contact des bovins atteints d'avortement épizootique.

Angine de poitrine par insuffisance cardiaque fonctionnelle d'origine goutteuse. — **M. Doumer** (de Lille) rapporte un cas d'angine avec insuffisance ventriculaire gauche chez un malade uricémique. Par le régime, les signes d'insuffisance cardiaque ont disparu ainsi que la légère hypertension dont le malade était porteur.

René Giroux.

Communiqué. — Le Dr ROUSSEL, directeur des laboratoires de l'Hémostyl, avertit ses confrères qu'il n'a rien de commun avec le Dr G. ROUSSEL qui a donné son nom à un antiseptique gynécologique (Gynepsine du Dr ROUSSEL).

Premier congrès international d'oto-rhino-laryngologie. (Copenhague, 30 juillet, 1er août 1928). — Il est rappelé que l'inscription au 1er Congrès international d'oto-rhino-laryngologie de Copenhague cessera le 1er mai prochain ainsi que l'envoi du titre des communications ou des présentations. Prière d'adresser l'un et l'autre à M. le Dr BLEGVAD, 3 Nytorv, Copenhague K, en même temps qu'un mandat international de 30 couronnes Danoises au nom du Dr JORGEN MOLLER, 13 Vestre Boulevard, Copenhague K.

D'autre part à l'occasion du congrès trois croisières ont été organisées :

1° Celle du Cap Nord avant le Congrès. Départ de Paris le 11 juillet, Copenhague, la Croisière, le Cap Nord, le Soleil de minuit et les Fjords, Balholm, Oslo, Stockholm, Copenhague (du 30 juillet au 2 août) Hambourg, Paris (le 4 août). Prix total de l'excursion à partir de 7.760 francs.

2° Celle du Spitzberg après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août), Stockholm, Upsala, Trondhjem, Cap Nord, le Spitzberg, le Soleil de minuit, la Banquise polaire, les Fjords, Bergen, Newcastle, Londres, Paris le 27 août. Prix total de l'excursion à partir de 12.400 francs.

3° Celles des Fjords du Sud après le Congrès. Départ de Paris le 27 juillet, Hambourg, Copenhague (30 juillet-2 août) Stockholm, Upsalo, Oslo, Bergen, Sognefiord, Narofjord, Geirangerfjord, Nordfjord, Bergen, Newcastle, Paris le 18 août. Prix total de l'excursion à partir de 7.190 francs.

S'inscrire pour ces croisières avant le 20 mars, dernier délai, à l'agence Bennett 4, rue Scribe, Paris.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. Justin Godart a fait connaître, mercredi 22 février, à la commission sénatoriale de l'hygiène les grandes lignes du projet de loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Le texte de la Chambre ne prévoit cette déclaration qu'en cas de décès ou de changement de domicile du malade.

La commission nationale de l'hygiène a chargé son rapporteur de rédiger un texte instituant la déclaration obligatoire *pour tous les cas de tuberculose manifestement contagieuse*.

Il n'y a qu'un emblème médical : c'est le Caducée. — Un incident assez curieux a été soulevé à l'Université de Nancy par le choix de l'insigne adopté par les étudiants en médecine. Ceux-ci avaient arboré, comme leurs camarades des autres facultés, une rosette distinctive. Mais ils avaient eu la malencontreuse idée, — je pense d'ailleurs, que l'idée appartenait plutôt à un fournisseur, — de décorer cette rosette d'une tête de mort. Cela fit scandale au point que la chose fut discutée à la Société de médecine de Nancy, où le professeur Maurice Perrin présenta un rapport. L'insigne macabre fut véhémentement blâmé par les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux. On fit ressortir qu'il était desobligeant pour les malades de voir que le « macchabée » est la principale préoccupation des stagiaires qui seront les médecins de demain. On estima que cette exhibition était au moins incorrecte dans les services hospitaliers, et que cet emblème ne pouvait convenir qu'aux étudiants en philosophie, pour marquer leur détachement des choses de la chair, ou de préférence aux croque-morts. Pour conclure, la Société des médecins rappelle aux étudiants qu'il n'y a qu'un emblème médical : c'est le caducée.

(*La Vie universitaire* Dr LOCARD.)

L'Appui maternel. — L'Appui maternel, fondé par Mme Brindeau à la Clinique Tarnier, il y a cinq ans, a tenu, mardi dernier, son Assemblée générale à la Faculté de médecine sous la présidence de M. le Professeur Roger.

On entendit des rapports qui témoignent du développement considérable de cette œuvre ainsi que le rappela Mme Gustave Bloch, chargée du rapport moral pendant l'année 1927, le but de l'œuvre est avant tout d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant : son action commence à la consultation prénatale et s'étend non seulement à l'enfant qui va naître, mais encore à ses frères et sœurs dont elle s'efforce de préserver la santé ; en 1927, 43 enfants de moins de 3 ans ont été pris par l'œuvre, à sa charge, pendant le séjour de la mère à l'hôpital : on souhaiterait que d'abondantes ressources permettent de multiplier cet effort.

Depuis 5 ans tous les enfants auxquels l'Appui maternel a évité l'abandon, ont été gardés définitivement par leur mère.

8 enfants ont été adoptés par les amis personnels de l'œuvre, et 3 par l'œuvre d'adoption.

24.090 consultations furent données en 1926, 29.634 en 1927.

La fiche médicale est complétée, pour chaque femme, par une fiche sociale qui la suit discrètement et dans tous les services où elle doit passer : 4.335 fiches ont déjà été établies.

On applaudit également le rapport de Mme Ben-Simon, sur les consultations de nourrissons qui passèrent de 6.127, en 1926 et 7.563, en 1923.

Plusieurs centres de nourrissons et de placement des enfants ont été créés.

Mme Max Lévy nous signala que le centre de Longiué abrita 40 enfants en 1927 ; 9 enfants ont été placés au centre de Palaiseau, 22 dans des œuvres diverses, et 15 ont été mis en nourrice aux environs de Paris et sont surveillés par l'œuvre.

Ces diverses extensions des services de l'Appui maternel, et l'ascension de chacune d'elles témoignent des efforts réalisés par un dévouement de tous les instants.

Ces efforts sont malheureusement conditionnés par des considérations pécuniaires.

Mme Robert Zung eut la charge du rapport financier. Celui-ci est, disons-le de suite, très favorable : les recettes se sont élevées à près de 150.000 fr. et les dépenses à 87.000 environ ; le projet de budget de 1928 prevoit que les dépenses s'élèveront à 95.000 fr. C'est beaucoup si l'on tient compte des débuts modestes de l'œuvre c'est insuffisant si l'on tient compte de la multiplicité des soins à donner et des misères qu'il faudrait aller chercher et toutes secourir.

Quoiqu'il en soit, l'Appui maternel est une œuvre que l'on ne saurait trop louer, qu'il faut désirer, chaque année plus puissante, et si ce rapide et insuffisant compte rendu faisait naître quelques nouveaux et généreux concours, il aurait réalisé le désir de tous ceux qui connaissent cette œuvre et la veulent chaque our plus puissante. — A. F.

Hôpital Hospice de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 22 mars 1928, à 9 heures du matin, à l'hôpital,

Les candidats devront se faire inscrire au Bureau de la direction de l'hôpital, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

Quatrième Congrès de la F. A. E. — Le 4e Congrès de la Fédération des associations d'externes et anciens externes des hôpitaux de France, aura lieu les 17 et 18 mars 1928, à Bordeaux.

Ces deux jours seront consacrés à la discussion de rapports, à la visite de la ville et des hôpitaux et aux réceptions et banquets (soirée de gala au Grand-Théâtre de Bordeaux, etc.)

Le 19 mars, organisation d'une excursion hors de Bordeaux, etc.

Les rapports suivants seront discutés : 1° Unification des concours d'internat et d'externat, par Max Girou, de Bordeaux ; 2° La protection du titre d'externe (nouvelle jurisprudence), par J. Besançon, de Paris ; 3° Les études médicales et leur modification éventuelle, par Behagne et J. Lepennetier, de Paris ; 4° Les accidents professionnels et les maladies contractées en service hospitalier, par MM. Baudouin et Fortineau, de Nantes.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Max Girou, président du 4e Congrès de la F. A. E., 23, rue de Lachassaigne, Bordeaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Les Drs Bensaude, Le Noir et Félix Ramond feront du 23 avril au 13 mai une série de conférences de gastro-entérologie avec travaux pratiques.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques se faire inscrire à l'hôpital Saint-Antoine. Droit d'inscription : 250 francs.

Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé à la fin du cours. Le prix du voyage à Vichy sera fixé ultérieurement.

Nécrologie. — M. Félix Maufredi, médecin principal en retraite, decédé à Marseille. — Dr Odin, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

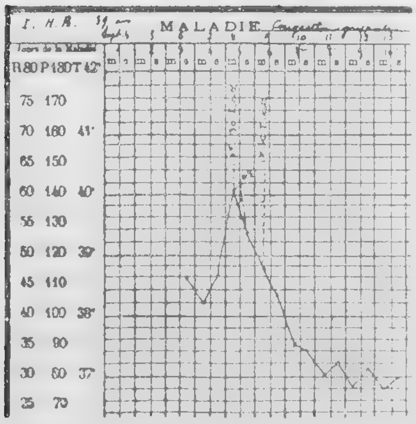
Revue des cours et conférences. Le n° 3 fr. 50, Boivin, éditeur, 3, rue St-Sulpice. Paris.

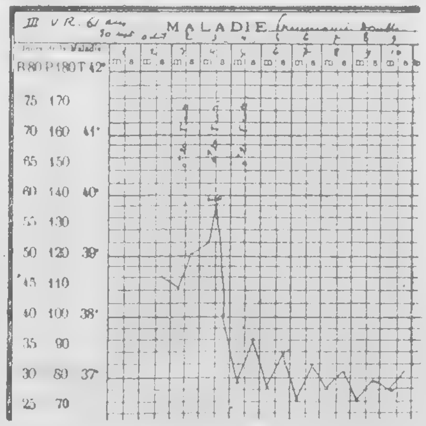
Sommaire du n° du 15 février 1928 ; E. Le Roye : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence. — F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (I) : Introduction. — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (I). — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (II). — E. Haumant : La Yougoslavie au XIXe siècle : Alexandre Obrénovitch. — Th. Gérold : Les instruments de musique au moyen âge (II). — N. Dorga : Les voyageurs français dans l'Orient européen (IX) : XIVe siècle.

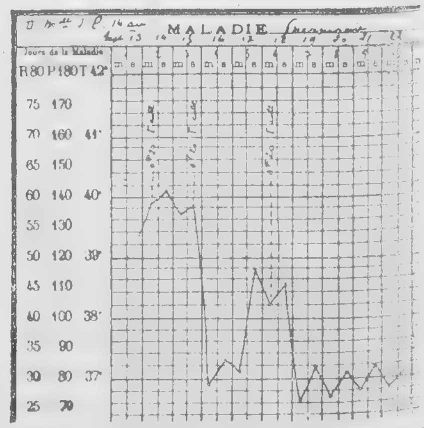
Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques par le Docteur Gabriel Bidou. Preface du Professeur Georges Guillain. 1 vol. Prix : 20 fr. Le livre pour tous, 37, avenue de Saint-Ouen. Paris.

Cet ouvrage, luxueusement édité et orné de nombreuses gravures, résume un ensemble de travaux originaux de physiologie humaine et d'ingéniosité mécanique. Il met à la portée de ceux qui s'intéressent é cette question si passionnante de la Récupération des Impotents, la solution des problèmes mathématiques qui se présentent à chaque moment de l'appareillage.

Des divers traitements de l'agitation au cours de l'excitation maniaque. (Dr Ch. Bapt, Thèse Toulouse, 1927). — Après une étude très serrée de tous les traitements de l'agitation l'auteur conclut que, chez les agités maniaques aigus, le somnifène fait passer sous silence la période qui correspondrait au summum de leur agitation ; il en diminue la violence au réveil, il permet des nuits calmes, une surveillance moins rigoureuse, il rend possible l'absorption des aliments en cas de refus, l'administration de médicaments, le traitement des plaies et des fractures ; il prépare et hâte la venue de la convalescence. Chez les agités maniaques chroniques, il tempère, durant une période assez longue, la vive excitation et augmente, par cela même, leur sociabilité. Ce sont là des avantages considérables que permet seule la maniabilité extrême de ce médicament qu'on peut administrer par voie buccale (gouttes) par voie intramusculaire et par voie endoveineuse, c'est grâce à ce dernier mode d'administration que dans les cas graves et urgents, on peut obtenir des succès inespérés. Faut-il rappeler l'emploi du somnifène dans le delirium tremens, dans le tétanos, dans l'état de mal épileptique et dans toutes les manifestations nerveuses paroxystiques ; sans doute d'autres médicaments peuvent être utilisés avec succès chez ces malades, les bromures, le sédobrol, le sulfate de quinine, le camphre, la valériane, les opiacés, le pantopon, la morphine, les divers barbituriques, l'allonal, le chloral, l'hyoscine, l'hyosciamine, l'atropine, la scopolamine, etc..., mais ces produits vraiment actifs qui ont fait leurs preuves en thérapeutique, ne donnent pas de résultats comparables à ceux que l'on obtient avec le somnifène qui, par ailleurs, se montre l'hypnotique de choix du médecin praticien.







Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 10. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 10 MARS 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Notes obtenues. Epreuve écrite : MM. Aurousseau 28, Bernard 28, Brouet 22, Chabrut 24, Gaume 22, Gueulette 23, Huet 22, Reinhold 21, Soupault 28, Thalheimer 23, Welti 26.

Consultation écrite : MM. Aurousseau 16, Bernard 18, Brouet 16, Chabrut 10, Gaume 17, Gueulette 13, Huet 18, Reinhold 11, Soupault 18, Thalheimer 18, Welti 17.

Epreuve clinique : MM. Aurousseau 10, Bernard 9, Brouet 8, Chabrut 8, Gaume 8, Gueulette 9, Huet 10, Reinhold 5, Soupault 10, Thalheimer 8, Welti 9.

Epreuve sur titres : MM. Aurousseau 2, Bernard 4, Brouet 2, Chabrut 2, Gaume 2, Gueulette 4, Huet 2, Reinhold 2, Soupaul 4, Thalheimer 4, Welti 4.

A la suite de ce concours sont déclarés admissibles : MM. Soupault 60 points, Bernard 59, Welti 56, Aurousseau 56, Thalheimer 53 et Huet 52.

Concours des médecins des hôpitaux. — Séance écrite du 27 février. — Questions données : Les bronchectasies. Endocardite infectieuse maligne à forme prolongée.

Concours de l'internat en pharmacie. — Composition du jury : MM. Bridel, Poirot, David, Couroux et Lévêque.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Composition du jury MM. les Drs Guilly, Fargin-Fayolle, Rousseau-Decelle, Coustaing Herscher et Cadenat.

Candidats : MM. les Drs Boissier, Crocqueter, Mlle Pommay, MM. Vilensky, Nurville, Fribourg, Lattès, Cabrol et Ridard.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 1er mars. — M. Bubeau. L'action de l'hypophyse sur la délivrance. — M. Bertrand. Contribution à l'étude des lipomes rétro-péritonéaux.

2 mars. — M. Digonnet. Etude sur les blennorragies.

Lundi 5 mars. — M. Eymeri. Actions caustiques en stomatologie. — M. Allain. Le mal de Flaubert.

Jeudi 8 mars. — M. Gayet. Le fonctionnement endocrinien du pancréas. — M. Calmels. Rôle du streptococcus dans les pleuropneumopathies.

Faculté de médecine de Nancy. — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Nancy en date du 16 décembre 1927 tendant à la transformation du titre de la charge de cours de clinique chirurgicale élémentaire en celui de clinique complémentaire de gynécologie et celui de la charge de cours théorique de neurologie en celui de clinique complémentaire de neurologie.

M. A Binet, agrégé libre, est chargé du cours de clinique gynécologique.

M. L. Cornil, agrégé est chargé du cours de clinique neurologique.

M. P. Parisot, professeur de médecine légale, est nommé assesseur du doyen.

M. Richon, professeur de pathologie interne et propédeutique, est nommé professeur de clinique médicale.

M. Hamant, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Jeandelize, agrégé, est nommé professeur d'ophtalmologie.

M. Merklen est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Florentin est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

M. Fourrier est nommé préparateur stagiaire des travaux pratiques d'hygiène.

Académie des sciences. — M. le professeur Louis Mangin (du Muséum) a été élu vice-président, président de droit pour 1929, en remplacement de M. Henneguy, décédé.

Lyon. — Mardi 6 mars, a eu lieu à l'Hôtel-Dieu la leçon inaugurale de M. le professeur Paviot, successeur de M. le professeur Bard dans la chaire de clinique médicale. Le sujet de cette leçon inaugurale était « La clinique devant les moyens d'investigation de laboratoire ».

Le concours pour la nomination de deux aides d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Clavel et Bérard, internes des hôpitaux.

Condamnation d'exportateurs et commissionnaires en spécialités pharmaceutiques pour infraction à la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie. — Des commissionnaires et exportateurs qui expédiaient en gros en divers pays étrangers des spécialités pharmaceutiques étaient poursuivis devant la dixième Chambre correctionnelle à la requête du syndicat des fabricants de spécialités pharmaceutiques et du Syndicat des pharmaciens de la Seine pour exercice illégal de la pharmacie.

Le tribunal a jugé que la loi du 21 Germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie établit un monopole en faveur des pharmaciens pour la vente des spécialités. Il a condamné les commissionnaires et exportateurs poursuivis à 500 fr. d'amende, allouant des dommages-intérêts aux syndicats parties civiles.

Vacance d'emplois d'agrégé. — Un emploi d'agrégé de la faculté de Lille (anatomie) est déclaré vacant.

Un emploi d'agrégé de médecine est déclaré vacant à la faculté de Lyon.

Sont déclarés vacants, les emplois d'agrégé ci-dessous désignés près la faculté de Bordeaux :

Médecine 1 ; ophtalmologie 1 ; dermatologie et syphiligraphie 1.

Chaires d'hydrologie. — Sont nommés professeurs d'hydrologie thérapeutique et climatologie dans les facultés ci-après désignées (chaires nouvelles) : MM. Villaret, agrégé, faculté de médecine de l'université de Paris ; Piéry, agrégé libre, faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon ; Giraud, agrégé, faculté de médecine de l'université de Montpellier.

Société médicale de climatologie et d'hygiène du littoral Méditerranéen (24, rue Verdi, Nice). — Actuellement, la Société organise deux voyages par an : l'un à Noël, qui est un grand voyage international ; et l'autre, à Pâques, plus restreint, plus économique, spécialement destiné aux professeurs et étudiants des facultés, ainsi qu'aux médecins praticiens, qui ne disposent pas d'un temps et de ressources assez grands, pour participer au Voyage de Noël.

Les services ouverts dans les asiles suburbains du département de la Seine. — La Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine ayant été sollicitée d'étudier la création de services ouverts dans les asiles suburbains, M. Henri Michel, président à la Cour d'appel déposa un rapport nettement défavorable.

Avant de statuer sur ce rapport une délégation chargée d'aller visiter à l'asile de Fleury-les-Aubrais un service de cette nature dont on lui avait vanté à plusieurs reprises les mérites.

Nous trouvons dans le procès-verbal de la Commission, un rapport fort intéressant sur cette enquête dû à l'un de ses membres M. Eugène Raiga. En voici les extraits les plus caractéristiques :

Après lui avoir indiqué le but de notre visite, M. le Dr Mézie, avec un geste de surprise, nous a dès l'abord déclaré, a notre plus grande confusion, qu'aucun service libre de psychopathes n'existait à l'asile de Fleury-les-Aubrais. Nous avions peine à l'en croire ; que ne nous avait-on pas dit sur le merveilleux fonctionnement de ce service ! Nous dûmes cependant nous incliner quand il nous expliqua que sans doute, son prédécesseur M. le Dr Raynaud avait bien pris l'initiative, il y a quelques années, de recevoir à l'asile des malades libres, dans certains pavillons, à proximité de ceux affectés aux malades soumis au régime de la loi de 1838, mais que le Ministère était intervenu pour interdire cette pratique, estimant qu'elle était illégale. »

Et le distingué rapporteur, après diverses considérations, conclut ainsi :

« . . . Ce serait bouleverser la législation des aliénés que de tenter, dans les Asiles suburbains de la Seine, de créer des services dits « ouverts », attendu que la loi s'y oppose et que le Ministère ne manquerait pas comme à Fleury-les-Aubrais, d'en ordonner la fermeture, car l'interprétation et l'application de la loi doit sans doute, être la même sur les bords de la Seine que sur les bords de la Loire. »

A la suite de cette enquête, la Commission adopta à l'unanimité les conclusions du rapport de M. Henri Michel.

Pas-de-Calais. — Un concours sur titres est ouvert en vue de nommer un médecin spécialisé en tuberculose, pour l'une des circonscriptions du Pas-de-Calais comprenant les bassins miniers de Lens et de Bruay.

Les candidats doivent être français, âgés de moins de cinquante ans et avoir fait de la tuberculose une etude spéciale.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs, susceptible d'augmentation de 2.000 francs tous les deux ans, jusqu'à 40.000 francs. Ils devront s'engager à ne pas faire de clientèle pendant une période de cinq ans dans le département. Toutefois, après entente avec le Syndicat médical, ils pourront être appelés en consultation par les médecins de la région. Les frais de déplacement seront de 10.000 francs par an.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, où devront être envoyés les dossiers des candidats.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur M. Fernand Bezançon.) — *Six conférences sur Quelques Problèmes Actuels de nutrition* par M. Mathieu-Pierre Weill, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. — Du lundi 19 mars au vendredi 30 mars, auront lieu, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine six conférences sur Quelques problèmes actuels de nutrition.

Programme du cours. — Lundi 19 mars : Le problème du diabète. Le métabolisme des hydrates de carbone. Les origines du sucre sanguin. Sa destinée. Glycosuries et hyperglycémies. Foie, pancréas, glandes vasculaires sanguines, système nerveux.

Mercredi 21 mars : L'acidose diabétique et les états d'acidose. Equilibre acido-basique. Acidoses compensées et décompensées. Acidoses et cétoses diabétiques et non-diabétiques. Valeur séméiologique de l'état d'acidose.

Vendredi 23 mars : Le traitement du diabète. Hydrates de carbone, albumines, graisses. L'équilibre du régime. Mesure de la toléranee hydro-carbonée. Le calcul du régime pondéral. Les médications hypoglycémiantes. Le traitement du coma diabétique.

Lundi 26 mars : La pléthore. Conception de la pléthore. Métabolisme de l'eau et rétentions tissulaires. Métabolisme de base et de sommet. Suralimentation et glandes endocrines. Traitement.

Mercredi 28 mars : Le problème de la goutte. Le métabolisme urique chez les goutteux. Les hyperuricémies. Albunémie, cholestérinémie, oxalémie. Rétentions et précipitations. Déductions hygiéno diététiques et médicamenteuses.

Vendredi 30 mars : La déficience rénale. La sécrétion rénale. L'analyse des urines, l'analyse du sang. Uricémie, azotémie, créatinémie, acidose. Les éliminations provoquées. L'hypertension artérielle.

Le cours est libre. Le service est ouvert pendant cette période à tous les médecins français et étrangers, étudiants en médecine, qui désirent assister au cours.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. (Professeur : M. Bezançon.) — *Programme du 2e semestre.* — Du 2 au 16 mars : Fin des leçons sur l'asthme. par le pr f Fernand Bezançon. Vendredi 2 et vendredi 9 mars : Traitement de l'asthme

Du 19 au 28 mars : Six conférences sur quelques problèmes actuels de nutrition, par M. Mathieu-Pierre Weill, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. Lundi 19 mars : Le problème du diabète ; mercredi 21 mars : Le traitement du diabète ; vendredi 23 mars : Les états d'acidose ; lundi 26 mars : La pléthore ; mercredi 28 mars : Le problème de la goutte ; mercredi 30 mars : La déficience rénale.

Du 2 au 30 mai : Douze conférences sur les suppurations

broncho-pulmonaires et infections putrides, par le Pr F. Bezançon, MM. G. Picot, chirurgien des hôpitaux, R. Moreau, Etienne Bernard, médecins des hôpitaux, André Jacquelin, R. Azoulay, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine, E. Etchecoin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. — Mercredi 2 mai : Pr Bezançon. La courbe fébrile dans les suppurations broncho-pulmonaires. Vendredi 4 mai : M. Etienne Bernard : Les vomiques des suppurations broncho-pulmonaires. Lundi 7 mai : M. R. Azoulay. Les hémoptysies dans les suppurations pulmonaires. Mercredi 9 mai : M. E. Etchecoin. La bactériologie des infections putrides du poumon. Vendredi 11 mai : Pr Bezançon. Les formes cliniques de la dilatation des bronches. Lundi 14 mai : M. Azoulay. Le lipiodo diagnostic. Mercredi 16 mai : Pr F. Bezançon. Le traitement de la dilatation des bronches. Vendredi 18 mai : M. E. Bernard. L'amibiase pulmonaire. Lundi 21 mai : M. André Jacquelin. Les abcès à pyogène du poumon. Mercredi 23 mai : R. Moreau Les formes à rechutes et chroniques de la gangrène pulmonaire. Vendredi 25 mai : Pr F. Bezançon. Le traitement médical de la gangrène pulmonaire. Mercredi 30 mai : M. Picot : Le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires.

Du 4 au 29 juin : Douze leçons sur la tuberculose pulmonaire, par le prof. F. Bezançon, MM. P. Braun, André Jacquelin, Robert Azoulay, Tribout. — Lundi 4 juin : Pr F. Bezançon : Le problème de la tuberculose pulmonaire. Mercredi 6 juin : M. P. Braun : La notion de contagion. La tuberculose familiale ; Vendredi 8 juin : Prof. F. Bezançon : La période préphtisique. La notion de tramite ; lundi 11 juin : M. André Jacquelin : Le facies tuberculeux et les renseignements donnés par la morphologie. Mercredi 13 juin : M. R. Azoulay. Les hémoptysies des tuberculeux. Vendredi 15 juin : M. F. Tribout. Le hile pulmonaire et les ombres broncho-vasculaires à l'état normal. Lundi 18 juin : M. Destouches. Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire. Mercredi 20 juin : Prof. F. Bezançon. Tuberculose pulmonaire, et tuberculose externe. Vendredi 22 juin : M. P. Braun : Les formes dites pneumoniques. Lundi 25 juin : Prof. F. Bezançon. La chimiothérapie antituberculeuse. Mercredi 27 juin : M. P. Braun. Les indications comparées du pneumothorax, de la phrénecotomie et de la thoracoplastie. Vendredi 29 juin : Prof. F. Bezançon : La cure d'air et les stations d'altitude.

Les leçons auront lieu, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique. Les cours sont libres.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, enseignement des stagiaires par MM. Weissmann-Netter, Pollet, Celice, Caylat, chefs de clinique. Les mardi, jeudi et samedi, à 18 heures 1/2, visite dans les salles, la visite du mardi étant réservée au service des tuberculeux. Le service est ouvert à tous les médecins français et étrangers, étudiants en médecine qui désirent assister au cours.

Elections législatives. — M. le médecin inspecteur général Fournial, ancien directeur du S. S. du G. M. P. est candidat aux élections législatives dans l'arrondissement de Draguignan.

Médaille du professeur Truc (de Montpellier). — A l'occasion de sa retraite universitaire, les élèves et les amis du professeur Truc ont décidé de lui offrir sa médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Dropsy.

Les souscriptions sont reçues par M. le Dr Velter, trésorier du Comité, 38, avenue du Président-Wilson, c/c. n° 1146-21, Paris.

Un exemplaire de la médaille sera remis à tous les souscripteurs de 100 francs.

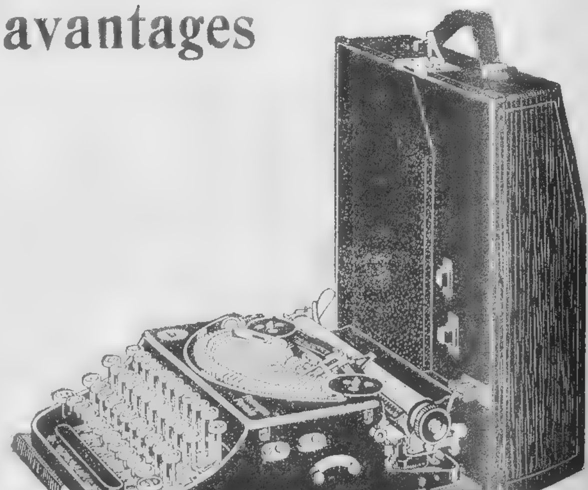
Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. — *Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.* — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bône (Algérie).

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an, sans indemnité d'aucune sorte.

Les candidats ont un délai de trois mois, à compter du 15 février 1928 pour adresser au Gouverneur général de l'Algérie leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus. L'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Nécrologie. — M. Jean-Baptiste Couvreuse, étudiant en médecine de 3e année, à l'école de médecine de Limoges, vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée en service.



TRAVAUX ORIGINAUX

Utilisation des réflexes vaso-moteurs en thérapeutique gynécologique

Par Henri VIGNES.

Les mécanismes vaso-moteurs, si importants dans la zone pelvienne, peuvent être déclanchés ou inhibés par des excitations qui se produisent localement ou à distance, et qui déterminent des réflexes : 1° une excitation trop vive des zones réflexogènes perturbera le fonctionnement des vaso-moteurs pelviens et, dans certains cas, ce trouble fonctionnel persistera, alors que le stimulus aura déjà cessé ; 2° dans d'autres circonstances, une excitation bien calculée, agissant sur une zone donnée, améliorera certains états morbides.

C'est sur la connaissance de ces derniers réflexes, réflexes salutaires s'il en fût, que se fondent la plupart des thérapeutiques employées en gynécologie : massage, révulsion, hydrothérapie, spoliations sanguines, certaines applications d'électrothérapie. Certes, ces pratiques comportent une part considérable d'empirisme ; elles mettent en branle des réflexes que nous ne connaissons pas avec précision ; leurs effets thérapeutiques ne sont pas constants ; nous ne savons pas toujours prévoir à l'avance si une malade sera améliorée par une application chaude ou par une application froide. Pourtant nous possédons un certain nombre de *faits* où telle manœuvre, portant sur telle zone, a déterminé tel effet. Si cet effet n'est pas constant, c'est sans doute que des facteurs méconnus sont intervenus en sens contraire ; la notion que de tels facteurs existent ne doit pas nous faire sous-estimer la valeur de faits fréquemment observés.

C'est dans cet esprit que je voudrais entreprendre ici un catalogue synthétique de ces réflexes, en reconnaissant, d'ailleurs, qu'il s'agit d'un travail très provisoire de première approximation.

Grosso modo, nous pourrons décrire :

1° des réflexes vasculo-vasculaires locaux, tels que, par eux, un changement local des conditions circulatoires modifie le tonus vasculaire de la région ;

2° des réflexes vasculo-vasculaires à distance, tels que l'anémie d'une région détermine l'hyperémie d'une autre région ;

3° des réflexes sensitivo-vasculaires, tels qu'une excitation sensitive se répercute sur un groupe de vaisseaux.

Réflexe vasculo-vasculaire local par spoliation sanguine (1). — Des scarifications ou une application de sangsues sur le col (2) exercent une action déplétive (3) locale, qui est facile d'imaginer (4) et qui se prolonge pendant plusieurs heures quand on a employé ces sangsues.

On a objecté qu'une telle saignée locale n'a qu'un effet momentané. Or, l'expérience a montré que les effets thérapeutiques étaient durables. Nous sommes, alors, amené à supposer que la déplétion vasculaire a influé sur les centres vaso-moteurs locaux ou éloignés, et nous pouvons nous imaginer qu'il y a eu une véritable rééducation des vaso-moteurs (1). Nous retrouverons à diverses reprises cette notion de rééducation en étudiant les médications qui agissent sur le système circulatoire pelvien.

On peut, donc, envisager un « dégorgement », une « décongestion » comme étant la conséquence directe de la spoliation. N'existe-t-il que cet effet mécanique ? Cela est peu probable, car, s'il en était ainsi, les scarifications devraient faire aussi bien que les sangsues. Or, il semble bien que ces dernières soient plus actives. Il nous faut, donc, envisager comme probable une action biologique des sangsues.

Or, on le sait, le sang qui s'écoule après l'application des sangsues est incoagulable, et au voisinage de la morsure, il y a hémophilie locale. On a même pu observer à la suite d'application de sangsues, des hémorragies à distance. On est donc en droit de conclure qu'il y a pénétration de la substance anticoagulante (2) que contiennent les têtes de sangsues, dans la plaie, au voisinage de la plaie et, même à distance.

Cette pénétration d'une substance favorable à la circulation et sa diffusion à la zone traitée (dans l'espèce, zone des vaisseaux innervés par le nerf pelvien), agit sans doute sur toute cette zone. Je me demande même si elle ne combat pas certains états physico-chimiques dont j'ai parlé comme complication de la congestion et qu'on pourrait imaginer comme une transformation des sols du plasma en gels partiels (3).

Scanzoni signale des éruptions urticariennes après application de sangsues sur le col et rien qu'après les applications sur cette région : il y a là un fait qui appelle la réflexion ; *peut-être*, les substances hirudiniques entrent-elles en combinaison avec les sécrétions génitales ou avec des substances vagotropes pour déterminer ce phénomène et éventuellement d'autres effets thérapeutiques.

Nous ne nous étendrons pas pour le moment, sur d'autres effets des sangsues (4) que nous retrouverons en étudiant les réflexes vasculo-vasculaires à distance.

Réflexe vasculo-vasculaire local par action calorique. — *Une application locale d'eau froide* soustrait de la chaleur dans la zone intéressée ; elle vide de leur sang les territoires refroidis qui deviennent moins sensibles ; puis, quand elle cesse d'agir, elle fait place à une vaso-dilatation. Cet effet secondaire est utilisé en cas d'aménorrhée au moyen de douches froides sur le museau de tanche, d'injection froide ou de bain de siège froid, ce dernier étant moins brutal.

Une action plus prolongée, chez certains sujets, sidère le système nerveux vaso-moteur au stade constrictif et on a employé ces applications froides prolongées, en désespoir de cause, dans certaines métrorragies mal coercibles, dans les congestions rebelles et dans les prolapsus utérins au début.

Il arrive fréquemment, d'ailleurs, que ces applications exercent une stimulation trop vive et soient mal supportées, par ce qu'elles déterminent des malaises désagréables et parce qu'elles laissent des sensations névralgiformes.

Une application locale d'eau chaude (38° et plus) détermine une vaso-constriction locale fugace qui est suivie d'une vaso-

(1) H. VIGNES. Les spoliations sanguines en pratique gynécologique *Bull. gén. de thérap.*

(2) Des réflexions analogues peuvent être faites quant aux *applications de voisinage* soit, à l'hypogastre, soit à la racine des cuisses, soit autour de la vulve et dans toutes les régions irriguées par les vaisseaux hypogastriques ou par des vaisseaux anastomosés avec eux. « L'action anémiante, dit Dujardin-Beaumetz, retentit plus ou moins loin suivant la valeur de la soustraction du sang . . Je persiste à penser que ce retentissement peut atteindre une zone assez étendue ».

(3) On a beaucoup insisté sur ce que la saignée doit être copieuse. Si elle est insuffisante il y a afflux de sang, d'où tension et crampes. D'ailleurs, de façon constante, les sangsues qui, appliquées sur le col, sont indolores (à la différence des applications cutanées) déterminent au début de leur action, une sensation de tension et, ultérieurement, quand l'écoulement est plus avancé, une sensation de déplétion.

(4) « Quel moyen, je vous le demande, disait Scanzoni, peut provoquer une action plus prompte et plus active qu'une évacuation sanguine faite sur l'organe hyperémié ? »

(1) La décongestion, même momentanée, passait, aux yeux de nos anciens pour préparer l'action d'autres moyens thérapeutiques : ceux d'entre nous qui ont le souvenir des mémorables recherches de Wright sur le traitement des plaies de guerre sont amenés à faire un rapprochement entre l'action décongestionnante des sangsues et l'action désengorgeante des pansements hyperchlorurés, qui, combattant l'infiltration de voisinage, permettaient, ainsi, l'arrivée de la lymphe bactéricide jusqu'au foyer infectieux.

(2) Cette substance, lorsqu'elle est fraîche, peut être injectée dans les veines en quantité suffisante pour rendre le sang incoagulable, sans aucun danger pour l'animal ainsi que l'a montré MARSHALL (*Journ. of Pharmacology*, 1915, tome VII, p. 157). Les préparations commerciales sont toxiques par présence de bases de la putréfaction (25 mmg. par kilo de chien) ; elles tuent par diarrhée, vomissements et lésion hémorragique des viscères.

(3) H. VIGNES. — Qu'est-ce que la congestion utérine (*Progrès médical*, 16 octobre 1926).

(4) Les applications thérapeutiques de sangsues sont la dysménorrhée par congestion utérine, la dysménorrhée membraneuse (Trousseau), certains petits accidents catalysmatiques qui se produisent lors d'une ovulation défectueuse et qui sont remarquablement améliorés par les applications locales ou de voisinage des sangsues. J'ai observé des succès étonnants dans certains gonflements aigus cataméniaux de l'utérus : or, il n'est pas absurde de comparer ce gonflement au glaucome aigu, que les sangsues améliorent, parfois, de façon saisissante.

dilatation plus durable et plus accentuée que celle de l'eau froide.

La douche utérine chaude, l'injection chaude stimulent les organes dans certains cas d'aménorrhée et d'insuffisance ovarienne et hâtent la résorption de divers infiltrats (1). Elles agissent aussi comme hémostatiques contre certaines métrorragies, en applications brèves et répétées plusieurs fois par jour.

Les effets du chauffage diathermique sont analogues.

Injection chaude et diathermie peuvent, si elles sont employées à tort, déterminer des incidents et des accidents divers: tel médecin qui s'obstine malgré des petits signes d'intolérance peut déterminer des troubles graves.

Des réflexes vasculo-vasculaires à distance par action mécanique sont mis en jeu au cours de la gymnastique gynécologique. Thure Brandt, Stapfer et leurs disciples ont beaucoup insisté sur la valeur de ces manœuvres.

1o La *gymnastique décongestive* consiste en mouvements d'abduction des cuisses et se fonde sur ce que l'abduction dériverait le sang du bassin vers les masses musculaires pelvitrochantérienne ; la déplétion des vaisseaux utérins et juxtautérins, qui se réalise ainsi momentanément, aurait pour effet de réveiller la contractilité de ces vaisseaux, en sorte que le résultat aurait chance d'être durable.

La malade sera couchée, ses talons joints et rapprochés le plus possible des fesses et elle soulèvera le dos, en sorte qu'elle touche au lit par sa tête, ses épaules et ses talons (2). Dans un premier temps, elle écarte les genoux et le médecin résiste. Dans un deuxième temps, le médecin rapproche les genoux et la malade résiste à ce rapprochement.

On fera exécuter trois à cinq mouvements de ce genre : un trop grand nombre aurait pour effet un excès de vaso-constriction qui amènerait l'aménorrhée (3).

2o La *gymnastique congestive* consiste en cicumductions passives de la cuisse.

La malade est soit confortablement assise, soit couchée sur le dos, avec les épaules surélevées. Le médecin saisit d'une main le pied, de l'autre le jarret qui est plié et il fait exécuter des circumductions de dedans en dehors par cercles très grands.

On peut également créer de la congestion en augmentant la tension abdominale par aplatissement du ventre et écartement de la symphyse pubienne d'avec l'appendice xiphoïde : pour cela la malade se renverse en arrière et porte ses bras en haut et en arrière, jusqu'à imminence de chute en arrière.

Ces mouvements congestifs seraient moins constants dans leurs effets que le décongestif : ils agissent que dans le moment où, spontanément, se produit une vague congestive (4).

Les **réflexes vasculo-vasculaires à distance par applications caloriques** sont mis en œuvre au cours de la balnéation. On peut dire qu'il existe un balancement réflexe entre la circulation profonde et la circulation superficielle ; ce balancement a été étudié par Morat ; c'est par un véritable réflexe vasculo-vasculaire qu'il se réalise.

Une *application froide générale* produit une vaso-constriction périphérique et, par balancement, une hyperémie interne avec hypertension. Puis il se produit une réaction inverse. Si la stimulation est modérée, il résulte de cette gymnastique vaso-motrice un meilleur tonus vasculaire de tout l'organisme, et, en particulier, pour ce qui nous intéresse, des vaso-moteurs pelviens. Si la stimulation est trop prolongée, trop vive, la réaction est tardive et les résultats sont nuls ; si la sensibilité du sujet est trop exaltée, la réaction peut dépasser le but.

Cet effet est utilisé dans l'aménorrhée sous forme de douches fraîches ou de bains de rivières.

Une *application chaude* (38o) générale produit une vasodilatation périphérique avec hypotension, tachycardie, vagotonie et sédation générale. Cette excitation du parasympathique et la sédation du sympathique favorisent la venue des règles ; un tel effet est utilisé dans l'aménorrhée et dans les cas où la dysménorrhée se caractérise par un établissement difficile du flux menstruel : dans ce cas, les bains très chaude font alors merveille.

Dans d'autres cas, la vaso-dilatation périphérique du bain chaud peut dériver le sang accumulé dans un organe profond ou malade.

D'autres pratiques que le bain ou la douche utilisent l'action du froid et du chaud sur les organes génitaux : vessie de glace, cataplasme, chauffage lumineux (1), diathermie que nous étudierons ailleurs, rayons infra-rouges qui pénètrent à plusieurs centimètres, qui exercent des effets thermiques de vasodilatation dans les couches superficielles de l'organisme et dont l'emploi détermine une augmentation des globules rouges, une leucopénie, de l'hypotension, une sédation des algies et de quelques prurits.

Les **réflexes sensisitivo-vasculaires peuvent se fonder sur la sensibilité au tact**, ainsi agissent certains massages et la percussion modérée par l'eau tiède ; ainsi agit une injection tiède qui distend, doucement, les culs-de-sac.

Répétée quatre fois par jour à la dose de deux ou quatre litres, l'injection tiède a donné de bons résultats à Siredey dans la congestion pelvienne.

La douche tiède agit de même : « elle rompt, dit Ch. Fiessinger, chez le malade l'habitude de ses sensations coutumières, en fouettant le système nerveux d'une série d'excitations qui ramèneront le retour à l'équilibre normal ».

Les réflexes sensitivo-vasculaires peuvent aussi se fonder sur la sensibilité à la douleur : c'est ainsi qu'agissent certains procédés révulsifs. Mais il faut bien savoir qu'il y a lieu d'invoquer ici deux mécanismes connexes : d'une part, des réflexes vasculo-vasculaires, déclanchés par les effets locaux des révulsifs sur les vaso-moteurs superficiels

---

(1) Leur effet le plus communément cherché est de hâter la résorption des infiltrats péri-utérins et péritubaires. Mais pour ce, ainsi que le conseille Richelot, l'injection, doit être prolongée : c'est 60, 80, 100 litres d'eau à 48o qu'il faut faire passer en une séance. Cette pratique est souvent excellente : elle est toujours fatigante et parfois même très fatigante. Elle a, enfin, l'inconvénient d'être parfois mal supportée par des muqueuses qui restent, de ce fait, en un perpétuel état d'hyperémie et d'hypersécrétion. En tout état de cause, elle ne doit pas être indéfiniment prolongée.

(2) Cette position a pour effet de dériver encore une certaine quantité de sang vers les masses dorso-lombaires.

(3) *Application thérapeutique* : la congestion utérine et la subinvolution peuvent être améliorées par la gymnastique décongestionnante associée au massage (voir plus loin). C'est ainsi que l'on guérit certains cas de métrorrhagies, de ménorragies, de pesanteurs hypogastriques, périnéales ou sacrées, de tiraillements inguinaux, d'œdèmes pelviens, de leucorrhée, d'algies, des crises douloureuses de congestion pelvienne, avec pollakiurie. Stapfer conseille de commencer le traitement à partir du quatorzième jour au cas de règles avancées et, dès la fin des règles, s'il s'agit de règles profuses. Il recommande d'ajouter à cette thérapeutique l'usage quotidien mais modéré de la bicyclette.

La rétroversion récente et le prolapsus récent sur utérus mal involué bénéficient de la gymnastique décongestionnante et, ultérieurement, du massage.

(4) *Applications thérapeutiques* : l'aplasie utérine, l'aménorrhée, les insuffisances menstruelles sont quelquefois améliorées par la gymnastique congestionnante, qui devra être employée, lors d'une période de congestion locale, correspondant, suivant les femmes au molimem prémentruel ou à la période menstruelle. Il n'y a rien à attendre de ces traitements si cette congestion n'existe pas. Les résultats sont moins constants que ceux de la gymnastique décongestive.

Dans les deux procédés, congestionnant et décongestionnant, on pratiquera toujours, en fin de séance, des mouvements de gymnastique respiratoire et de gymnastique abdominale.

(1) Le chauffage lumineux ajoute aux effets de la chaleur les bienfaits (à dose homéopathique) de la photothérapie. *Lumière rouge* (32 bougies, 110 volts, verre rouge coloré dans la masse, réflecteurs à 30 cm. de la peau ; application faite en chambre obscure) ; vaso-dilatation, puis diffusion de la chaleur à tout l'organisme. Au bout d'une demi-heure, il y a décongestion nette des organes sous-jacents (poumon, foie, appareil utéro-ovarien) ou des zones de cellulite.

Lumière bleue (même ampoule, en verre bleu cobalt) ; en quelques minutes, la peau et le tissu sous-cutané gonflent, par une vaso-dilatation cutanée, plus intense que celle de la lumière rouge, moindre que celle de la blanche. Puis, on observe une suppression des hyperesthésies.

La lumière blanche (verre dépoli) détermine une vaso-dilatation superficielle intense, une rétraction de la peau et de l'hypoderme ; et une réduction des ganglions lymphatiques sous-cutanés, engorgés. (D'après ALQUIER.)

et, d'autre part, ces associations sensitivo-vasculaires que nous étudions présentement (1).

C'est ici qu'il nous faut exposer les réflexes de Tournier : Tournier, le thérapeute lyonnais, préconise une méthode qui « fait mal » pour éveiller les réflexes salutaires dans le système nerveux pelvien. Il exerce, lorsqu'il rencontre des zones douloureuses pelviennes, de l'élongation, de la compression ou du massage sur ces zones ; fait surprenant, à la douleur ainsi provoquée, succède, après quelques minutes, une sédation brusque, complète, qui n'a rien de commun avec l'épuisement nerveux, rien de commun avec ce que donne une excitation intempestive d'un nerf sensitif cérébrospinal.

On trouve souvent, par l'examen minutieux auquel se livre Tournier, des zones de sensibilité anormale dans le cul-de-sac de Douglas, sur les ligaments utéro-sacrés, sur les ovaires, sur le col utérin : l' « insistance » sur ces zones amène une sédation secondaire de la douleur et, en même temps, la palpation du ventre indique des modifications de la tension intestinale ; la pression artérielle et surtout la maxima baissent cependant que la malade se sent mieux.

Le **massage gynécologique**, **à la façon de Brandt, procède à la fois des réflexes vasculo-vasculaires et des réflexes sensitivo-vasculaires par sensibilité tactile**. — Une excitation modérée (2) du tégument abdominal modifie la circulation abdominale par l'intermédiaire des vaisseaux sous-cutanées et la circulation abdominale, ainsi améliorée corrige la circulation pelvienne (3).

Lorsqu'on masse le ventre par des frictions circulaires légères, on fait contracter, puis dilater les vaisseaux mésentériques, on régularise ainsi la circulation abdominale, et le mieux-être tend à persister, tant dans l'abdomen que dans le bassin.

Si la friction est trop énergique, l'abdomen reste en vasodilatation d'où hypotension, d'où malaise, ainsi que l'a montré Stapfer et son élève Romano.

La vibration qui est la pratique la plus constamment utile du massage gynécologique ne vise pas les organes génitaux, mais les alentours de l'ombilic, c'est-à-dire qu'elle cherche à agir sur la circulation abdominale. Cette façon de faire n'est d'ailleurs qu'une application d'un principe commun à tous les procédés massothérapiques, c'est à savoir qu'il fait meilleur travailler au voisinage de l'organe malade, que sur l'organe lui-même.

Pendant que l'index gauche, introduit dans le vagin cale l'utérus, la main droite exerce sur la paroi abdominale une trémulation très fine, tantôt avec la paume, tantôt avec les phalanges. On va ainsi « visiter », les fosses iliaques, les aînes, la région ombilicale.

Les trémulations exercées par la main abdominale peuvent être exercées, aussi, par des vibrations mécaniques.

Accessoirement, un peu plus tard, on pratiquera des frictions circulaires : l'index gauche sera introduit dans le vagin, la main droite sera posée sur la paroi abdominale ; autour du pouce comme pivot, les quatre autres doigts de cette main vont décrire des frictions circulaires sur la face postérieure de l'utérus, puis sur les annexes.

Ce sont là les deux principales manœuvres. Nous ne citerons qu'elles, renvoyant pour les autres aux livres de Stapfer.

Le traitement doit être quotidien pour obtenir une rééducation de la circulation qui soit définitive : la malade fait une cure de massage, comme elle ferait une cure dans une ville d'eaux. Mais cette cure, à la différence de celles que l'on fait dans une ville d'eaux, doit se prolonger assez longtemps : jusqu'à trois mois parfois.

Réflexes d'Abrams. — Toutes les actions réflexes que nous venons de passer en revue, peuvent se ramener à trois groupes, au point de vue topographique : 1° tantôt l'excitation et la réaction sont locales ; 2° tantôt l'excitation est superficielle et la réaction est profonde ; 3° tantôt on utilise un balancement entre deux systèmes vasculaires en connexion.

Il nous faut, maintenant, aborder des faits plus complexes où l'excitation d'une zone donnée produit des effets donnés dans une autre zone. De tels réflexes, connus de longue date par les empiriques et par les philosophes de la médecine, ont servi de fondement à toute une doctrine pathologique qu'a édifiée Abrams et qui contient une part de vérité.

Abrams part de la constatation des faits de synalgies et de sympathies morbides, telle que, par exemple, l'existence d'une zone cutanée douloureuse dans une affection viscérale. Il postule que ces associations sont constantes, qu'il en existe pour tous les systèmes organiques et qu'elles sont réversibles, c'est-à-dire qu'en agissant sur le lieu de la projection douloureuse superficielle, on peut réagir sur le foyer initial. Dans toute maladie viscérale, il y aurait réaction d'un centre médullaire cutané, voisin du centre propre au viscère etdouleur marquée ou masquée dans cette zone cutanée : ceci serait très net dans les zones cutanées innervées par les branches cutanées, en injectant sous la peau de la novocaïne, on observe parfois d'étonnantes sédations des phénomènes douloureux ; le fait n'est pas niable ; mais, Abrams le considère comme absolument général.

Abrams a proposé d'exciter la peau des régions superficielles synalgiques pour retentir, par l'intermédiaire de son centre sensitif, sur le centre sensitif de la région viscérale malade. On agit par percussion de quelques secondes ou par pression de quelques minutes : là encore, des faits indéniables ont été observés. Mais c'est faire tort à cette méthode thérapeutique de vouloir en généraliser les effets.

D'après Abrams et ses élèves, la dysménorrhée utérine s'accompagne d'une zone douloureuse au niveau de L^4 — les affections ovariennes retentissent sur L^3, — et la cellulite sur S^2, — la percussion de D^{12}, L^1, L^2 L^3, L^3 détermine une contraction utérine assez forte pour arrêter les métrorragies et pour combattre le prolapsus utérin, la percussion de C^7 excite le vague et réfrène la sécrétion thyroïdienne, tandis que la percussion de D^3 et D^4 a l'effet inverse, — la percussion de D^7 et D^8, par l'intermédiaire du petit splanchnique, augmente la sécrétion surrénale et la vaso-constriction abdominale.

C'est de la constatation de telles associations que dérivent certaines pratiques d'hydrothérapie (1) *et certaines applications de sangsues.* Dans certaines applications hydrothérapiques à distance des organes génitaux, on se propose d'agir sur un organe par une excitation à distance, faite, comme l'écrivait Beni-Barde, « sur les régions cutanées qui ont les correspondances les plus complètes avec l'organe dont la fonction est troublée ».

1° La douche froide sur la région lombaire se propose d'exciter le centre génito-spinal et le sympathique et de combattre, par ce moyen, les métrorragies. Le froid, prolongeant son action sur cette région pendant une ou deux heures par l'emploi du suc à glace de Chapman exerce une action emménagogue. Au contraire, les sacs à eau chaude du même auteur, appliqués sur les gouttières vertébrales ont une action hémostatique (2).

On peut agir sur la circulation abdominale par les douches épigastriques et hypogastriques à percussion faible ; elles ont, disait Beni-Barde, « des propriétés excito-motrices qui exer-

(1) « Duobus doloribus obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum ».

(2) *Le médecin ne doit jamais faire souffrir au cours d'un massage gynécologique* : s'il fait souffrir, c'est qu'il ne sait pas appliquer le traitement ou c'est que la malade n'est pas justiciable dudit traitement. Non seulement il ne faut pas que la malade souffre, mais même il convient qu'aussitôt après la séance, elle éprouve une sensation de mieux-être.

Enfin, de même que le massage doit être doux, de même il faut que la séance soit courte.

(3) « Nous pouvons imaginer que *le massage superficiel mettra en branle par les voies cutanéo-spino-sympathiques des réflexes tégumento-viscéraux ou tégumento-interstitiels, tandis que le massage plus profond, secondé par un doigt vaginal provoquera des réflexes à arc très court, entièrement sympathique, lesquels seront eux-mêmes à l'origine d'autres réflexesd'intrication complexe* ». (L. NELTTER, Le massage gynécologique, *Le Monde médical*, 15 octobre 1927.)

(1) H. VIGNES. — L'eau et les eaux en thérapeutique gynécologique (*Bull. gén. de thérap.*., octobre 1925).

(2) « Nous connaissons, disait Beni-Barde, des femmes aménorrhéiques, éprouvant même pendant l'été, un froid aux pieds insupportable qui, sous l'influence des sacs de glace lombaires, ont vu tout à la fois le rétablissement des fonctions menstruelles et des fonctions de calorification. »

cent une influence incontestable sur les viscères contenus dans l'abdomen et dans le bassin ». Richelot insistait beaucoup sur leur emploi en cas de congestion utérine, simultanément avec les grandes injections chaudes.

La douche plantaire froide et le bain de pied froid augmentent la contraction utérine et sont hémostatiques.

Le bain de pied chaud, la douche chaude à la face interne des cuisses, la douche lombaire augmentent l'hémorragie.

Des sangsues appliquées à la face interne des cuisses ou aux malléoles vers la date probable de l'apparition des règles, auraient d'heureux effets pour combattre l'aménorrhée, en particulier quand celle-ci est de cause émotive ou réflexe, s'il faut en croire Courty, Aran, Scanzoni, Gallard. Dalché recommande cette méthode surtout quand il existe « des poussées congestives qui tendent à diffuser sur tout l'organisme et n'arrivent pas à se localiser sur le bassin et les organes génitaux » (1).

Tous les moyens thérapeutiques que nous venons de passer en revue comptent des succès éclatants et des insuccès nets. Ils méritent que soit poussée l'étude de leur action physiologique et que, par une connaissance meilleure des troubles fonctionnels de l'appareil génital, nous apprenions à mieux connaître leurs indications.

(1) Cette question comporte beaucoup d'inconnues : ces mêmes applications à distance qui combattent l'aménorrhée en « attirant » le sang vers l'utérus, auraient guéri, aussi, certaines « fluxions » utérines, en « attirant le sang loin de l'utérus ». Courty faisait de l'application à distance le traitement de la fluxion, alors que la congestion relevait de l'application locale.

Influence de la constitution sur la puberté

Par Pierre DUHAIL.

L'apparition de la première menstruation chez la femme varie selon l'état physiologique et pathologique de chacune d'elles. Mais aussi la puberté est influencée par les questions de climat, de race, de situation sociale et d'hérédité familiale.

Tout le monde connaît en effet la précocité des femmes juives ; on sait aussi que les méridionales sont réglées plus tôt que les femmes du nord, que ces dernières n'atteignent leur complet développement que vers 20 ans tandis qu'à cet âge les femmes des pays chauds commencent déjà à se faner.

Les citadines sont en général réglées plus précocement que les paysannes : on voit même parfois des femmes travaillant aux champs ne pas avoir de périodes menstruelles pendant les durs travaux de l'été et n'être réglées que pendant les mois d'hiver.

L'hérédité familiale a aussi une action sur la date de la première menstruation : il faut voir là l'influence de tout le système endocrinien. Tandl, à ce propos, a constaté que les femmes à jambes courtes et à buste très développé étaient en général réglées précocement.

D'une manière générale, la première menstruation est tardive chez les fillettes hypoplasiques, chez les asthéniques, chez les hypo et les hyperthyroïdiennes, chez les épileptiques, chez celles enfin qui présentent des troubles du métabolisme. Près de la moitié des sujets atteints de fibrome utérin ne sont guère réglées avant 17 ans.

Lorsqu'on parle de puberté précoce, il va sans dire qu'il faut laisser de côté la menstruation des nouveau nés : ce n'est qu'une hémorragie génitale qui souvent suit un accouchement difficile et, d'habitude, un accouchement par le siège.

La puberté précoce ne s'applique qu'aux cas de maturité prématurée dont la cause tient à l'enfant même, et elle doit s'accompagner du développement ou de la modification des caractères sexuels secondaires.

Nous ne savons d'ailleurs que fort peu de choses sur les raisons qui déterminent si précocement cette première menstruation. Certains auteurs (Halban, Berblinger) la rapportent au système endocrinien. Très souvent on trouve chez ces enfants des tumeurs des glandes génitales, des surrénales ou de la glande pinéale. Lenz pense en pareil cas à une tumeur de l'hypophyse ; Kussmaul croit que l'hydrocéphalie doit jouer un rôle important.

On admet que les tumeurs surrénales et les tumeurs génitales ont sur les caractères sexuels des influences absolument identiques ou très voisines. Et, cependant, on sait que les tumeurs ovariennes déterminent chez l'enfant la menstruation précoce alors que, chez l'adulte, elles sont souvent cause d'aménorrhée.

Askanazy pense que le tissu embryonnaire des tumeurs de la glande pinéale a la propriété de rendre plus précoce le développement des caractères sexuels. Son opinion est basée sur les recherches de Starling. Celui-ci, en effet, a constaté qu'après injection de produits embryonnaires, les glandes mammaires et les glandes génitales s'accroissent rapidement : c'est donc la constitution du tissu embryonnaire de ces tumeurs qui importe.

D'autres auteurs pensent au contraire que, pour qu'il y ait puberté précoce, il faut un hypofonctionnement de la glande pinéale (Marburg, Berblinger). L'épiphyse en effet entraverait à l'état normal le développement des caractères sexuels ; qu'une tumeur détruise la glande et l'on va assister à tous les signes de la puberté prématurée. Peut-être est-ce à un mécanisme d'atrophie par compression qu'il faut ramener l'influence de l'hydrocéphalie dans l'apparition des symptômes de puberté précoce.

Cependant les recherches expérimentales ne sont pas très concluantes. Certains ont observé chez l'animal un développement très rapide des caractères sexuels après extirpation de la glande (Foa) ; d'autres ont obtenu des résultats identiques après ingestion de substance épiphysaire (Mac Cords).

On voit que nos connaissances sont encore très imprécises sur l'étiologie des cas de maturité précoce. Par contre les différentes formes de précocité sexuelle ont été longuement étudiées par Halban, qui les classe en trois groupes :

a) précocité isosexuelle, c'est-à-dire apparition plus ou moins complète des caractères sexuels dans les premières années de la vie ;

b) précocité hétéro-sexuelle : un enfant du sexe féminin possède des caractères sexuels du sexe masculin comme on ne les observe qu'à la puberté ou inversement.

c) précocité iso et hétéro-sexuelle : coexistence de caractères sexuels masculins et féminins normalement et précocement développés.

Dans le premier cas, il s'agit de puberté précoce non compliquée, l'individu est complètement mâle ou femelle. Dans les deux autres cas au contraire la puberté précoce est dite compliquée, l'enfant ayant des caractères hermaphrodites.

Il est à remarquer que la précocité est bien plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Sur 398 cas relevés par Mayer, il y a 327 fillettes pour 71 garçons seulement. Pour expliquer ce fait Knalbe, Laulaine et Kohn pensent que l'ovaire a des dispositions normales à l'hermaphrodisme. Borchardt l'explique par la fréquence des tumeurs surrénales chez la fillette, les garçons ayant plus communément des tumeurs de la glande pinéale (Berblinger).

On sait peu de choses sur l'avenir des sujets ayant eu une puberté précoce. Cependant Sacchi a observé dans un cas la régression des symptômes après suppression de la tumeur. Dans une observation d'un garçon de 9 ans atteint de tumeur maligne du testicule, on vit après castration disparaître certains signes intellectuels anormaux pour un enfant aussi jeune.

La puberté précoce entraîne aussi la conception précoce (Wehefritz) ; ainsi Reuben et Manning ont publié 83 cas de grossesse chez des fillettes de moins de 15 ans parmi lesquelles 28 étaient déjà réglées.


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


JEMALT
WANDER

On sait mal comment se produit la ménopause chez ces fillettes réglées prématurément. Cependant il n'est pas rare de voir ces sujets vieillir précocement et mourir de bonne heure. Leur destin éloigné en tous cas dépend de trois conditions : 1) la nature de la tumeur primitive lorsqu'il y en a une ; 2) l'ossification précoce des cartilages épiphysaires ; 3) le début prématuré de l'involution des organes.

L'ossification précoce des cartilages épiphysaires est la conséquence du développement prématuré des organes génitaux. La croissance dans ces conditions est vite achevée : on a dès lors des individus larges et trapus, à membres courts, à appétits sexuels exagérés.

Le développement psychique ne correspond pas toujours à celui du corps. Parfois le sujet conserve une intelligence d'enfant, parfois au contraire l'intelligence est particulièrement développée, et qui se voit souvent dans les tumeurs de la glande pinéale (Frankl), parfois enfin le développement intellectuel correspond à celui du corps : on peut alors selon Askanazy parler de précocité psycho-génitale.

Pour terminer, il paraît intéressant de signaler l'analogie qui existe au point de vue pathogénique entre la précocité sexuelle des enfants et la sécrétion lactée des femmes adultes non gravides. Chez ces femmes, en effet, on trouve fréquemment des tumeurs ovariennes bénignes ou malignes (Pfannenstiel). Mais alors que chez l'enfant ces tumeurs de l'ovaire déterminent la puberté précoce, chez l'adulte elles empêchent la menstruation. D'autre part la glande mammaire et l'ovaire sont antagonistes, la preuve en est dans l'aménorrhée physiologique de la lactation. Il faut donc admettre que chez l'adulte avec la tumeur ovarienne il y a hypofonctionnement des glandes génitales tandis que chez la fillette réglée précocement il y a hyperfonctionnement ovarien.

De l'emploi des rayons infra-rouges et de la diathermie en gynécologie,

Par M. ZALEWSKI.

Le progrès réalisé par l'introduction, dans la thérapeutique, des rayons infra-rouges (R. I. R.) et de la diathermie a permis d'obtenir souvent des résultats remarquables dans le traitement de certaines affections tant aiguës que chroniques de l'appareil génital de la femme. Et si la cure hydrominérale (Luxeuil, Plombières, etc.), si réputée, permet souvent de transformer l'évolution d'une maladie, d'éviter l'intervention chirurgicale quelquefois mutilante et irréparable, la physiothérapie moderne sous la forme de la chaleur pénétrante, facile à réaliser en toute saison et sans se déplacer, présente une arme puissante dans le traitement de certaines formes d'affections de l'appareil génital de la femme.

Envisageons tout d'abord le mode d'action de ces deux méthodes du traitement, qui tout en ayant des caractères physiques très différents présentent certains traits de ressemblance dans leur action sur l'organisme humain, à savoir :

Leur action analgésique.

L'augmentation de la température locale (pourtant différente dans son mécanisme pour l'un et pour l'autre).

L'augmentation de la circulation locale, l'augmentation des sécrétions.

L'augmentation de la vitalité des tissus (ce qui est un facteur d'une importance primordiale.)

Les infra-rouges sont très pénétrants. Un faisceau de leurs radiations projeté sur la face antérieure du corps humain peut être décelé à la face postérieure, une certaine proportion de ces radiations traversant par conséquent les tissus de l'organisme (Dufestel).

La chaleur apportée du dehors à l'organisme provoque une vaso-dilatation très marquée, elle élève la température locale, stimule la circulation et améliore la nutrition des tissus.

Comme pendant la fièvre, sous l'influence des infra-rouges on observe une augmentation des oxydations, destructions de toxines, formations d'anticorps et d'agglutinines.

Dans les affections inflammatoires, les infra-rouges ont une action résolutive très puissante. L'augmentation du courant sanguin provoque un véritable lavage de la région par suite de l'augmentation du courant sanguin.

En outre, les douleurs diminuent, les spasmes cessent, les contractures douloureuses disparaissent et les malades éprouvent souvent un soulagement dès la première application.

D'où l'indication de leur emploi dans le traitement des affections inflammatoires de l'appareil génital de la femme : *salpingites, salpingo-ovarites, métrites avec annexites, para-métrites, etc.*

Parmi les *troubles fonctionnels* de l'appareil génital de la femme, l'*oligoménorrhée*, l'*aménorrhée* dues à l'insuffisance ovarienne sont très heureusement influencées par les application des infra-rouges.

Nous avons obtenu avec Mme Trifonoff des résultats intéressants (1) en associant les applications des infra-rouges sur la région ovarienne avec des irradiations générales par l'ultra-violet dans le traitement de l'insuffisance ovarienne chez les jeunes personnes.

Les irradiations prolongées en favorisant la circulation et la nutrition des ovaires, possèdent une action stimulante et trophique et augmentent la sécrétion interne de la glande.

On réalise ainsi une véritable auto-opothérapie par les hormones sexuelles naturelles élaborées par la glande elle même.

Il ne faut pas négliger le rôle probant des oscillations des infra-rouges, rayons à grande longueur d'ondes, comme on le sait, qui tout en étant encore à l'étude, existent et dont le mécanisme d'action, espérons-le, sera mis en lumière.

La diathermie, ou mieux, selon Bordier « la d'arsonvalisation diathermique » peut être employé en gynécologie suivant la méthode de Roucayrol : deux plaques électrodes, dites indifférentes reliées en quantité et disposées sur le ventre et la région lombo fessière et une électrode dite active vaginale, dont certains modèles sont munis de thermomètres.

Cette électrode vaginale pendant une application, tout en restant froide, provoque l'augmentation de la température dans tous les organes du petit bassin jusqu'à 45°. Cependant il est préférable d'employer les appareils plus précis pour l'évaluation de la température des tissus, comme par exemple le pyromètre à correction automatique de A. Walter.

Ainsi, comme vient de conclure tout récemment H. Bordier (2), la chaleur diathermique n'est pas le résultat d'un effet Joule et que pour éviter tout danger aux malades, pendant l'application diathermique, il faut mesurer la température au niveau même des téguments recouverts par les électrodes et surtout par l'électrode de plus petite surface, ou électrode active.

L'effet produit par une application diathermique, selon la technique indiquée, se manifeste par :

Son action bactéricide, qui est due non seulement à l'élévation de la température mais encore aux oscillations de haute fréquence ;

Une sédation des phénomènes douloureux ;

Une leucocytose abondante.

L'hyperémie et l'augmentation de la circulation sanguine et lymphatique.

(1) M. ZALEWSKI et Mme TRIFONOFF. — Les rayons ultra-violets et et infra-rouges et les glandes à sécrétion interne (*Progrès Médical*, n° 46, 1927).

(2) H. BORDIER. — *Presse Médicale*, n° 11, 1928.

Les indications pour le traitement diathermique se trouvent dans les affections aiguës et chroniques telles que :

Vulvo-vaginites gonococciques aiguës, métrites, endométrites, métrites hémorragiques, salpingites et ovarites chroniques et refroidies, hypoplasie de l'appareil génital de la femme dysménorrhée et aménorrhée.

Dans le traitement des métrites cervicales chroniques rebelles, Mme Pagès (1) a obtenu de très bons résultats en employant la diathermo coagulation par la méthode bi-polaire, qui consiste à provoquer la coagulation des matières albuminoïdes des tissus. aboutissant à la formation de cicatrices très souples.

Cette coagulation n'est pas produite par le contact d'un corps chaud, la pointe métallique appliquée sur le col ulcéré et congestionné reste froide. L'élévation de la température se fait à l'intérieur même des tissus traversés par le courant. Cette intervention est complètement indolore et ne provoque aucune réaction du côté des annexes. même chez les malades atteintes en même temps de salpingite. On obtient ainsi la destruction de la muqueuse enflammée. qui est suivie par la formation d'une escarre. qui s'élimine au bout d'une dizaine de jours et donne ensuite des *cicatrices souples*.

Enfin dans ces métrites cervicales avec gros col mou, violacé, congestionné, suintant. accompagné de l'ectropion de la muqueuse à travers un orifice boursouflé, P. Flandrin et L. Schil (2) ont obtenu des guérisons cliniques en peu de temps en utilisant l'électro-coagulation bi-polaire, suivie d'effluvation.

Cette dernière donne souvent de bons résultats dans les formes récentes. avec congestion diffuse et exsudation adhérente. On utilise soit les électrodes à vide de Mac-Intry. soit l'électrode ozonothermique de Morgenstern, par la méthode uni polaire, l'électrode étant liée à la borne des résonateurs de H. F.

L'effluvation agit par la *chaleur développée, par l'action mécanique des étincelles* agissant particulièrement sur les glandes et provoquant une sécrétion abondante *par l'ozone* qui se dégage au niveau du contact avec les tissus et qui est un agent désinfectant très puissant.

Pendant l'effluvation on constate une augmentation considérable de l'exsudation. La durée des séances est de dix minutes environ. tous les deux jours. Pour le choix du mode de traitement à employer dans un cas particulier. nous croyons que le traitement associé donne les meilleurs résultats.

En effet H. Dausset (3) en analysant les résultats obtenus sur 600 cas, dans les métrites et annexites traitées par lui à l'Hôtel-Dieu. a noté dans 50 % des cas la disparition des symptômes (douleurs. masses) en appliquant la physiothérapie associée (diathermie. infra-rouges, lampe à arc) à la cure « dite de Luxeuil » ou « d'Alquier ».

Mais ces méthodes, bien que donnant des résultats excellents nécessitent, une installation compliquée et ne sont possibles que dans les services bien aménagés.

Dans le traitement des *vulvo-vaginites aiguës d'origine gonococcique*, nous avons obtenu la disparition rapide des pertes et des microbes spécifiques en associant la diathermie suivant le procédé de Roucayrol avec l'effluvation intra-cervicale. (Séance de 20 min. pour la diathermie, suivie de 10 min. d'effluvation intra cervicale tous les deux jours) comme le montrent les observations suivantes :

Obs. 1. — Mlle G., 23 ans. Après un rapport suspect, apparition de pertes jaune verdâtre, tachant les linges et existant depuis trois semaines. La muqueuse du vagin est tuméfiée et congestionnée. Bouchon muco-purulent à l'orifice du col. Le prélèvement a montré de nombreux gonocoques intra et extracellulaires. Pas de troubles urinaires. Après la 3e application les pertes ont perdu leur coloration jaune verdâtre, sont devenues moins épaisses. A la 6e séance on note la disparition de tuméfaction de la muqueuse vaginale. Quelques sécrétions muqueuses au col. Après douze séances, prélèvement qui n'a pas décelé la présence des gonocoques. Revue trois mois plus tard, Mlle G. n'a plus de pertes. Le prélèvement du col resta négatif.

Obs. 2. — Mme B., 30 ans. Mariée, un enfant de 6 ans. Après le retour d'un voyage prolongé de son mari (qui a présenté une urétrite subaiguë, lors de notre examen), a vu apparaître des pertes abondantes jaune verdâtre, provoquant des démangeaisons dans les plis inguinaux. La vulve est tuméfiée, œdème des petites lèvres. Bouchon muco-purulent à l'orifice du col qui est congestionné. Une petite érosion sur la lèvre postérieure. Le prélèvement a démontré la présence des gonocoques. Dix séances de diathermie ont fait changer les caractères des pertes, puis nous avons employé l'effluvation intra-cervicale bi-hebdomadaire, et une séance d'électro-coagulation superficielle sur l'érosion de la lèvre postérieure par le procédé de la diathermie sans fil (1.) Au bout de deux mois plus de pertes. Le col est normal, souple. Prélèvement négatif. Revue six mois plus tard, Mme B. se porte bien. Le mari étant guéri par un urologiste distingué.

Dans le traitement des salpingites et annexites aiguës il est préférable, selon nous, de s'abstenir des applications diathermiques. qui provoquent quelquefois (surtout si on fait des applications longues et intensives) l'apparition des douleurs dans le bas-ventre, portant un caractère spasmodique. comme le montre par exemple l'observation suivante :

Mme S., 28 ans, était atteinte il y a deux ans d'une salpingo-ovarite droite. Danseuse. Au mois de septembre 1927, une nouvelle infection gonococcique. (L'auteur a présenté à notre examen une orchi-épididymite gauche de date récente et une « goutte matinale » contenant de nombreux gonocoques). Quelques semaines après l'apparition des pertes typiques, pendant le traitement que nous avons commencé, elle accuse des douleurs spasmodiques dans le bas-ventre, irradiant dans le sacrum. A l'examen on peut noter un gros ovaire droit, sensible à la pression. empiétant dans le cul-de-sac latéral droit. Les douleurs s'accentuent avant la date d'apparition des règles à tel point que nous conseillons l'immobilisation au lit, glace au ventre, suppositoire à la belladone Ensuite la malade a présenté une poussée aiguë de salpingite droite, avec fièvre, réactions péritonéales, etc.

Il nous semble que c'est aux rayons infra-rouges qu'ils faut s'adresser dans des cas pareils. en réservant la diathermie et l'effluvation aux vulvo-salpingites et catarhes cervicaux aigus ou aux annexites subaiguës et chroniques refroidies, où on observe souvent l'influence très heureuse de la diathermie. Cette dernière associée aux infra-rouges sur la région ovarienne provoque une véritable fonte des masses inflammatoires annexielles et les fait disparaître ou soulage les malades dans un temps relativement court.

Les infra-rouges sont surtout actifs lorsqu'on fait des applications prolongées. de une heure par exemple. matin et soir. Il est facile d'instituer le traitement par les infra-rouges au domicile des malades, grâce aux petits modèles d'émetteurs des infra-rouges qu'on trouve en vente ou qu'on peut prendre même en location chez certains constructeurs. La technique de l'application est simple et peut être confiée aux malades elles-mêmes.

Les applications diathermiques pourront être faites tous les deux jours. 20 30 minutes. à la température de 44,5-45°.

Comme exemple du traitement de l'annexite par la diathermie associée aux infra-rouges nous pouvons citer le cas suivant :

Mme M., 30 ans. Veuve. Pas d'enfant. Souffre depuis trois

(1) Mme G. Pagès. — De la diathermo-coagulation dans le traitement des métrites cervicales chroniques. (Thèse. Paris 1927.)

(2) P. Flandrin et L. Schil. — Traitement des métrites cervicales par la haute fréquence. (*Presse Méd.*, 1926, n° 28.)

(3) M. Dausset. — *Bull. et mémoires de la Soc. de Méd. de Paris* 21 déc. 1927.

(1) Pour la technique voir le Traité de Th. Bordier. Diathermie et Diatheranthérapie. (Baillière, 1927, 2e éd.).

ans, à la suite d'une fausse couche, de douleurs dans le bas-ventre surtout au moment des règles (qui durent quatre, cinq jours, mais nécessitent souvent un repos au lit.) A été soignée par le traitement habituel : ovules, antiseptiques, pansements glycérinés, injections chaudes, etc.

Pas de pertes.

Trois fois par semaine à l'examen nous trouvons : utérus un peu gros, attiré à droite. Grosse masse de consistance élastique dans le cul-de-sac droit, un peu douloureux. Col souple, pas d'érosions, pas de pertes. Traitement par la diathermie associée aux infra-rouges appliqués sur le bas-ventre quotidiennement pendant une heure. Au bout d'un mois, disparition complète des masses, règles indolores. Revue trois mois plus tard, Mme M. se porte bien et ne présente rien du côté des annexes droites.

La diathermie a en outre une action manifeste sur les cicatrices post-opératoires et les adhérences, en les faisant plus souples et plus élastiques et abrègent ainsi le temps de convalescence post-opératoire.

Dans les annexites droites qui provoquent souvent à cause des adhérences un retentissement fâcheux sur les mouvements péristaltiques du côlon ascendant, une sensibilité dans la fosse iliaque droite, une stase intestinale droite, avec des douleurs, constipation et signes de l'auto intoxication intestinale, les applications diathermiques peuvent rendre de réels services, comme le montre l'observation suivante :

Mme S., 36 ans, souffre depuis longtemps de constipation et de douleurs dans le bas-ventre, surtout avant l'apparition des règles. Elle a une tension artérielle basse (10-5,5.) Migraines fréquentes. Folliculites et comédons nombreux. Un peu de pertes, s'accentuant surtout après les règles.

Pas de fausses couches. Un enfant de 10 ans. *A la palpation*, gros cæcum ptosé et peu mobile, sensible à la pression. Pas de douleur au Mac-Burney, mais la palpation profonde est sensible, provoque un peu de nausées, et s'irradie dans l'hypochondre gauche. *Au toucher* : gros ovaire droit, utérus un peu augmenté de volume, mobile, en antéflexion. La trompe droite est sensible. AU SPÉCULUM ; deux petites érosions sur la lèvre postérieure.

Nous instituons un traitement diathermique, associé à un régime approprié (vu la constipation de notre malade) aux ferments lactiques et thérapeutique intestinale habituelle. Au bout de cinq semaines la malade n'accuse plus de douleurs dans le bas-ventre. La constipation a disparu et la malade se présente tous les jours à la selle, sans user de laxatifs. Au toucher, l'ovaire droit est palpable, mais n'a pas de sensibilité spéciales. Les règles indolores.

Nous ne parlerons pas des adhérences douloureuses post-opératoires, par exemple après les salpingectomies, ou toute autre laparotomie où la diathermie associée aux infra-rouges rend tant de services aux malades qui sont les premières à les réclamer.

Ce bref exposé montre que les applications diathermiques, seules ou associées, doivent être largement employées dans le traitement des affections gynécologiques.

Rectification. — A propos de l'article paru dans le numéro du *Progrès Médical* du 3 septembre 1927 sur une interprétation médicale de la bataille de la Marne, 1° le Dr Bircher, d'Aaran, nous fait remarquer qu'il est de nationalité suisse et non allemande, contrairement à une indication tirée d'un journal étranger ; 2° le Dr Castets, d'Agen, nous signale que le général baron von Hausen était en incubation de fièvre typhoïde au début de septembre 1914. J. L.

Chirurgie d'autrefois et d'aujourd'hui, par le professeur agrégé RENÉ SIMON. Plaquette de luxe, tirée à très petit nombre d'exemplaires, numérotés, sur papier alfa bouffant, à la forme, illustrée de vieilles gravures, prix : 15 francs. Les Editions universitaires de Strasbourg, 12, place de l'Université, à Strasbourg. »

L'Au. nous fait passer en revue la chirurgie depuis l'époque néolithique jusqu'à nos jours, dans un style alerte et toujours très documenté, illustré de gravures sur bois, tirées d'ouvrages excessivement rares, tels l'homme aux blessures du « Buch der Cirurgia » de Hieronymus Brunschwig, paru à Strasbourg en 1497, ou la trépanation du « Feldtbuch der Wundartzney » de Hans von Gersdorff, paru également à Strasbourg en 1517.

CLINIQUE MEDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire des filles à la période pubertaire (1),

Par M. le Professeur **NOBÉCOURT**

Samedi dernier, nous avons vu que, chez les filles de 12 à 15 ans, pendant la période pubertaire, la tuberculose pulmonaire était fréquente, qu'elle revêtait des modalités diverses et notamment une *forme caséo-ulcéreuse à évolution rapide*, qui brûle les étapes et qu'on appelle communément la *phtisie galopante*.

Autrefois, les médecins étaient désarmés devant cette affection ; actuellement, le *pneumothorax thérapeutique* permet l'espoir d'en arrêter la marche.

Je vais étudier les observations des filles à qui nous avons appliqué ce traitement.

Nous avons fait le pneumothorax avec mes chefs de clinique, MM. Boulanger-Pilet et Lebée, à trois des cinq filles dont je vous ai parlé dans mes deux dernières leçons (2).

Suzanne entre le 30 avril 1925, à l'âge de 12 ans 11 mois. Elle est malade depuis un mois. Pendant les jours qui suivent l'entrée, la fièvre s'élève à 38°3-39°8, 38°-39°8, le poids diminue rapidement (1.400 gr. en deux jours.) Nous trouvons des signes cliniques et radiologiques d'infiltration tuberculeuse étendue du poumon droit. L'absence de crachats ne permet pas de rechercher le bacille de Koch. Il s'agit d'une tuberculose caséo-ulcéreuse à marche rapide, heureusement unilatérale.

On pratique le pneumothorax. On insuffle :

Le 6 mai..........	300 cmc. d'oxygène,
Le 8 mai..........	400 cmc. d'air,
Le 9 mai..........	500 cmc. d'air,
Le 18 mai..........	500 cmc. d'azote
Le 22 mai..........	600 cmc. d'azote
etc.	

Les radiographies, faites du 7 mai au 4 novembre, permettent de suivre la *constitution du pneumothorax* et la compression graduelle du poumon.

Le lobe inférieur reste longtemps adhérent dans sa partie interne au diaphragme. Le sommet est fixé par une bride fibreuse qui se perd derrière la clavicule ; peu à peu cette bride s'étire ; elle persiste encore sur la radiographie du 17 septembre et est disparue sur celle du 6 octobre. Le collapsus du poumon n'est complet que le 4 novembre, six mois après la première insufflation.

Entre temps, le 20 juin, le lendemain de la huitième insufflation de 600 cmc. d'azote, nous voyons sur la radiographie une petite quantité de liquide pleural.

On continue les insufflations jusqu'à la dix-neuvième, de 260 cc. d'azote, faite le 4 janvier 1926.

A ce moment le liquide devient abondant. Le 31 mars, une ponction retire de la plèvre un litre de liquide légèrement trouble ; on injecte 900 cmc. d'azote.

Le 13 avril, une seconde ponction retire 50 cmc. de liquide clair et on fait une vingt-et-unième insufflation de 1.050 cmc. d'azote.

(1) Leçon du 4 février 1928, recueillie par le Dr LAPORTE.

(2) Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles. — Evolution pubertaire et tuberculose pulmonaire chez les filles. *Le Progrès médical* n° 8 du 25 février et le n° 9 du 3 mars 1928.

Les insufflations sont continuées jusqu'au 2 juin, où on pratique la vingt-quatrième de 700 cmc. de gaz.

La *température*, qui est de 39° le soir avant le pneumothorax, tombe, après qu'il est institué, au-dessous de 39°. Elle se maintient autour de 38° jusqu'au 12 juin, puis est souvent au-dessous de 38°. Enfin, à partir du 1er juillet, huit semaines après le début du pneumothorax, elle devient apyrétique et le reste pendant un an, jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Le *poids* a diminué avant le pneumothorax et continue de diminuer quand il est réalisé. Le 8 mai, avant le pneumothorax, il est de 40 kg. 700; le 21 juin, sept semaines après le début, il est de 37 kil. 800 ; la perte est de 2 kg. 500. Puis il s'élève à partir de juillet et, le 20 septembre, il atteint 40 kgr. 900. Ensuite il retombe à 38 kg. 200, le 25 octobre. Enfin il augmente à partir de novembre ; le 1er mai 1926, il est de 48 kil. 700 ; l'enfant a augmenté de 10 kgr, 500 en six mois. Dans la suite, il reste à peu près stationnaire.

Je note que la reprise du poids a coïncidé avec une cure de rayons ultra-violets : quarante-trois séances du 13 octobre 1925 au 27 février 1926.

Pendant ce temps la taille augmente régulièrement.

Les *menstruations*, arrêtées depuis avril 1925, époque du début clinique de la tuberculose, reprennent le 23 novembre, après un arrêt de six mois, en même temps que le poids commence à augmenter. Depuis les règles sont assez fréquentes ; elles reviennent à intervalles de 13 à 21 jours, rarement à intervalles plus longs ; elles durent de 3 à 6 jours et ne provoquent pas d'élévation thermique.

L'enfant sort de l'hôpital le 5 juin 1926. Elle a 14 ans. Le poids et le rapport P/T sont de 15 % supérieurs aux moyennes de son âge. Quand nous avons commencé le pneumothorax, le 3 mai 1925, le poids était de 8 % et le rapport P/T de 5 % au-dessus des moyennes de l'âge.

L'enfant passe dix mois au sanatorium de Villepinte et rentre en avril 1927 chez sa mère. Elle vient régulièrement dans le service et on continue le pneumothorax.

En octobre, elle se met à tousser, a une petite fièvre (37°8, 38°, 38°2 le soir) et maigrit ; elle perd 3 kg, en cinq semaines.

Elle rentre à l'hôpital le 10 novembre.

Elle a 15 ans 5 mois. Sa taille de 152 cm. est moyenne, son poids est de 13 %, et le rapport P/T de 11 % audessus des moyennes.

Son état général est bon. Mais elle a toujours une petite fièvre vespérale à 38°. Le pneumothorax est régulier ; le poumon fait une petite saillie à la partie inférieure jusqu'au diaphragme et paraît sain. Du côté gauche, nous constatons, dans la région sus-épineuse, de la submatité et une respiration rude sans modification de la voix ; la radiographie révèle une grisaille légère du sommet avec aspect moucheté.

Le pneumothorax est continué.

En décembre, la température tombe à 37°-375 et les signes du sommet gauche s'atténuent.

L'enfant sort le 29 janvier. Elle a 15 ans 8 mois. Le poids est de + 12 % et le rapport P/T de 11 % audessus des moyennes. La température est normale. L'état général bon.

En résumé, Suzanne, a 12 ans et 10 mois, présente les signes d'une tuberculose caséo-ulcéreuse du poumon droit à marche rapide.

Le pneumothorax est commencé six semaines après les premiers symptômes. L'évolution tuberculeuse est arrêtée. Le pneumothorax date, à la sortie, de 2 ans et 4 mois ; il sera continué. Les résultats sont bons, mais il n'est pas encore permis de porter un jugement définitif.

Yvonne entre le 28 septembre 1927, à 14 ans 7 mois. Elle est malade depuis un an. Quelques jours avant son entrée elle a eu une hémoptysie. Elle est apyrétique. Nous trouvons des signes cliniques et radiologiques de condensation et de cavernules du sommet gauche. Le poumon droit paraît normal.

Le 30 septembre, on commence le pneumothorax.

Après la première insufflation, le poumon est décollé dans le tiers supéro-externe. Le 8 novembre, le poumon est collabé dans sa moitié supérieure, la base reste adhérente au diaphragme jusque dans sa partie externe.

Le 12 décembre, apparaît un peu de liquide pleural, qui disparaît le 22 décembre, après la huitième insufflation. A cette date le collapsus n'est pas encore réalisé.

La température reste normale même pendant les périodes menstruelles.

Le poids diminue un peu au début : de 45 kg. 500, le 28 septembre, il tombe à 44 kg., le 3 octobre. Puis il se met à augmenter lentement,

Il n'y a pas d'aménorrhée. Les *menstruations* sont plus ou moins irrégulières, et fréquentes, d'abondance moyenne,

Actuellement, Yvonne a 14 ans 11 mois. Elle a une taille assez élevée (159 cm.) Son poids (48 kil. 300) est de 18 % le P T (303) de 5 % au-dessus des moyennes de son âge. Au début du pneumothorax le poids était supérieur de 3 % et le P/T semblable à ces moyennes.

Le cœur déborde à droite le sternum de deux centimètres.

Le poumon droit est normal.

La plèvre gauche ne contient pas de liquide ; le poumon est collabé aux quatre cinquièmes et ne respire pas.

Donc, chez cette enfant, la tuberculose pulmonaire paraît avoir débuté vers 13 ans et demi. Au bout d'un an, nous constatons des signes de condensation pulmonaire du sommet gauche et pratiquons le pneumothorax. Celui-ci date aujourd'hui de quatre mois. L'état général est satisfaisant. Le traitement est trop récent pour qu'on puisse apprécier l'effet sur le poumon.

Andrée entre ici le 19 septembre 1927, à l'âge de 14 ans 4 mois. Elle est malade depuis trois mois. Nous trouvons des signes cliniques et radiologiques de broncho-pneumonie caséo-ulcéreuse du poumon droit, avec de petites cavernes. Les crachats contiennent des bacilles de Koch.

La fièvre, d'abord autour de 38°, s'élève, au bout de quelques jours, à 38°7 et 39°6, le soir.

Le 26 septembre, on commence le pneumothorax. On insuffle :

Le 26 septembre.....	150 cmc. d'oxygène
et	550 cmc. d'azote
Le 29 septembre.....	650 cmc. d'azote
Le 3 octobre........	675 cmc. d'azote
etc.	

Après la première insufflation, le collapsus pulmonaire est partiellement réalisé et on constate très nettement une caverne dans le lobe supérieur.

La compression est lente à obtenir. On voit une longue bride fixant le moignon au diaphragme et des brides fixant le sommet. Le 8 novembre, le collapsus n'est pas encore complet.

Le 29 novembre, on constate l'apparition d'une petite quantité de liquide dans la cavité pleurale. Le liquide

augmente. Le 12 janvier, une ponction exploratrice retire un liquide séreux, peu fibrineux.

La fièvre persiste, avec des irrégularités et de grandes oscillations; la température est généralement de 38°5-38°8 le soir. A partir du milieu d'octobre, trois semaines après le début du pneumothorax, la température tombe au-dessous de 38°. A partir du 1er décembre, deux mois après le début du pneumothorax, l'apyrexie s'installe.

Le poids diminue jusqu'en décembre : 41 kg. 200, le 20 septembre, 40 kg. 500 au milieu de décembre. Puis il commence à augmenter.

L'enfant reste aménorréique comme elle l'était avant le pneumothorax.

Actuellement elle a 14 ans et 8 mois. Elle est assez grande pour son âge (158 cm.), elle pèse 42 kil. 600, poids moyen, de son âge, mais a un rapport P/T inférieur de 4 % à la moyenne de son âge. Elle est maigre et pâle. L'épanchement liquide de la plèvre s'est presque entièrement substitué au gaz ; il remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate et comprime le poumon.

Somme toute, à l'entrée à l'hôpital, nous constatons une tuberculose caséo-ulcéreuse du poumon droit. Le pneumothorax est pratiqué. Au bout de quatre mois, l'amélioration est indéniable, mais il existe un voluminenx épanchement liquide de la plèvre.

De ces trois observations il me paraît intéressant de rapprocher celle d'une autre malade que nous avons suivie en 1925.

Fanny est née le 8 juillet 1911. Sa mère meurt de tuberculose pulmonaire, en 1922. Elle est soumise à des examens médicaux réguliers ; on ne trouve pas de lésions pulmonaires et, à deux reprises, les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch.

A 14 ans, au milieu d'août 1925, elle commence à tousser ; au début d'octobre, elle doit interrompre son métier de brodeuse à cause de la fatigue. Au début de novembre, l'état général devient mauvais et le médecin constate des lésions pulmonaires.

La malade entre à l'hôpital le 13 novembre 1925. Elle est âgée de 14 ans 4 mois ; sa taille de 145 cm. est inférieure à la moyenne de son âge ; le poids (41 kg.), le rapport P/T (282) sont conformes aux moyennes de l'âge. Il n'y a pas de fièvre : 37°5 le matin ; 37°8 le soir.

Nous constatons : à gauche, en avant, sous la clavicule, de la submatité, une respiration faible, un peu soufflante, et, près du sternum, des râles sous-crépitants secs ; en arrière, dans la région sous-épineuse, de la submatité, une respiration faible, une légère bronchophonie, des râles sous-crépitants disséminés, variables.

La radiographie montre une obscurité du champ pulmonaire gauche dans ses deux tiers inférieurs et deux zones plus sombres, dont le centre est clair, dont les contours sont mobiles à la toux, témoignant de l'existence de cavernes pulmonaires.

Deux examens des crachats ne décèlent pas de bacilles de Koch ; deux examens ultérieurs, pratiqués après homogénéisation, décèlent leur présence.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (Hs) négatif.

Jusqu'au début de décembre la température atteint presque toujours 37°8 le soir. Le poids augmente un peu et atteint 41 kg. 800 le 29 novembre. Les symptômes pulmonaires persistent.

Du 4 au 8 décembre surviennent les premières règles. Au début des règles la température s'élève graduellement à 38°2, 38°3, 38°7 le soir ; la fièvre persiste après leur terminaison. Les symptômes pulmonaires s'accentuent un peu mais le poids continue d'augmenter ; le 13 décembre, il est de 42 kil. 170.

Le pneumothorax est commencé le 16 décembre; on insuffle :

Le 16 décembre......	150 cmc.	d'oxygène
et	75 cmc.	d'azote
Le 17 décembre......	75 cmc.	d'oxygène
et	200 cmc.	d'azote
etc.		

La seizième insufflation est faite le 3 juin 1926 ; à ce moment l'enfant sort de l'hôpital.

La constitution du pneumothorax est lente ; pendant longtemps persistent des signes indiquant la présence du poumon au voisinage du médiastin.

Après la première insufflation, le sommet est décollé dans son tiers externe, la base est rattachée au diaphragme par une large adhérence, une bride unit le poumon à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du thorax ; le poumon est bosselé et contient deux cavernes dans sa portion moyenne et inférieure.

Peu à peu, les adhérences s'étirent. Le 2 mars, le poumon est encore insuffisamment collabé.

Entre temps, le 5 janvier 1926 est apparu du liquide pleural ; il reste peu abondant et disparaît le 2 mars.

Les soirs des deux premières insufflations la température est de 39°. Puis, pendant quelques jours elle reste autour de 38°. A partir du 22 décembre elle est de 37°-37°3.

A partir du 15 janvier 1926, après la sixième insufflation, c'est-à-dire un mois après la constitution du pneumothorax, elle tombe à 37°.

Le poids reste autour de 42 kil. jusqu'au 17 janvier, où débute l'apyrexie. Puis il augmente jusqu'à 43 kg. 500. A partir du 7 février, il reste entre 43 kg. 500 et 44 kg. En mai et juin, il diminue un peu sans descendre au-dessous de 43 kg.

La taille augmente d'un centimètre ; elle est de 147 cm. au dèbut de mai, à 14 ans 10 mois.

Les règles après une interruption de deux mois, se produisent normalement.

L'état général est bon.

L'enfant sort de l'hôpital le 23 juillet 1926. Elle a 15 ans. Il y a sept mois que le pneumothorax a été commencé. Sa taille est de 3 % au-dessous de la moyenne ; le poids est de 1 % et le rapport P/T de 4 % au-dessus des moyennes.

La malade est conduite au sanatorium de Bligny, où elle est encore le 20 décembre 1927. Le docteur Guinard, médecin-chef, nous écrit, à cette date, qu'elle a 16 ans et cinq mois, que son état pulmonaire paraît à peu près stabilisé, qu'il n'y a pas de bacilles dans les crachats et que l'état général est bon. Le pneumothorax date de deux ans et quatre mois.

Voici donc quatre filles atteintes de tuberculose pulmonaire caséo-ulcéreuse à marche rapide pendant la période pubertaire, qui ont été traitées par le pneumothorax.

La compression du poumon a été graduelle. Le collapsus complet a été assez long à obtenir ; pour les malades suivies depuis longtemps il n'a été complet qu'au bout de cinq ou six mois. La cause de cette lenteur a été des brides fibreuses qui fixaient certaines parties du poumon, soit à la paroi thoracique, soit au diaphragme. Il a fallu procéder prudemment, pour ne pas trop refouler la cloison médiastinale ; ce refoulement n'a pas eu d'inconvénients notables.

◆◆◆

Chez nos quatre malades, nous avons constaté l'apparition de liquide pleural, trois semaines, un ou deux mois après le début du pneumothorax. Chez deux malades, le liquide est resté peu abondant et s'est résorbé après un ou deux mois. Chez une autre, le liquide, longtemps peu abondant, a augmenté ; au bout d'un an, nous avons dû pratiquer une ponction et retirer un litre de liquide. Chez la malade que vous venez de voir, Andrée, le liquide a augmenté rapidement ; actuellement, deux mois après son apparition, il est abondant et remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. La présence d'un épanchement liquide n'a pas eu d'influence fâcheuse. Il est possible que, dans certains cas, elle facilite la production d'adhérences.

Le pneumothorax, chez nos quatre malades, a apporté des modifications favorables dans les phénomènes généraux.

La température s'est abaissée graduellement jusqu'à l'apyrexie qui s'est installée au bout d'un ou deux mois. La fille, qui était apyrétique avant, est restée apyrétique.

Le poids est resté stationnaire ou même a diminué pendant un ou deux mois. Puis, à un moment donné, il s'est mis à augmenter ; l'augmentation a été plus ou moins forte. Notons, dans un cas, l'influence favorable des rayons ultra-violets.

Quand la menstruation avait disparu, elle a reparu au bout de quatre ou six mois.

L'état général s'est amélioré.

Pour les deux malades, dont les pneumothorax datent de deux ans et demi environ, les résultats sont très bons. Ne disons pas encore qu'elles sont guéries. De l'avis général, le pneumothorax, doit en effet être maintenu pendant trois et même quatre ans.

Pour les deux autres, dont les pneumothorax datent de quatre mois, les effets sont bons ; il est trop tôt pour porter un pronostic.

***

Mais il ne faut pas citer que les cas favorables. Il en est d'autres où les résultats ne sont pas aussi heureux.

Voici, par exemple, l'observation d'une enfant que nous avons suivie l'année dernière.

Nivart est née le 10 septembre 1912. Ses parents sont bien portants. C'est une arménienne, qui a été chassée de son pays après les tribulations que vous savez. Elle est arrivée en France à la fin de 1924, après avoir beaucoup souffert.

Vers le mois d'avril 1922, à 12 ans et demi, elle commence à maigrir, a de la fièvre le soir et tousse.

Elle entre le 30 avril 1926. Elle a 13 ans et sept mois.

Sa taille est moyenne (149 cm.). Elle est maigre ; le poids (37 kg. 350) et le rapport P/T (250) sont de 4 % et 5 % au-dessous des moyennes. Les signes pubertaires sont caractérisés, mais l'enfant n'a jamais été réglée. Elle est anémiée, pâle. Elle présente une fièvre à grandes oscillations, s'élevant le soir à 38°5-38°6.

A l'examen du thorax, on trouve en arrière : à gauche, à la base, de la submatité, un souffle expiratoire doux, des frottements, des râles fins variables ; à droite, à la partie moyenne, des frottements fins et secs,

La radiographie montre, à gauche : au hile, un petit nodule calcifié ; un sommet gris, ne s'éclairant pas bien à la toux ; un sinus costo-diaphragmatique soudé.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann (H⁸) et le Hecht sont négatifs.

Après l'entrée à l'hôpital, la fièvre persiste avec des oscillations plus ou moins grandes, de 37° à 39° à certaines périodes, de 37° à 38°5 à d'autres.

Le poids de l'enfant, qui est bien nourrie, alors qu'elle était dans la misère, augmente, en un mois et demi, de 3 kg. 500 ; 13 juin, elle pèse 40 kg. 800. Mais la tuberculose continue de progresser. A la fin de mai, après un mois de séjour, on constate, en avant, sous la clavicule, de la matité, une inspiration soufflante, une expiration prolongée, quelques râles fins, de la broncho-égophonie, de la pectoriloquie aphone ; en arrière, depuis la base jusqu'à la pointe de l'omoplate, de la matité, un murmure vésiculaire faible, un souffle expiratoire, des râles muqueux, de la broncho-égophonie et de la pectoriloquie aphone.

La radiographie montre le même aspect que précédemment.

Les crachats contiennent de nombreux bacilles de Koch.

L'état du poumon gauche est, somme toute, difficile à préciser. Le poumon droit est normal.

En présence de l'état grave de l'enfant, nous pratiquons, le 18 juin, le pneumothorax. Jusqu'au 19 novembre, on fait dix-sept insufflations. La compression se réalise mal, car la plèvre est cloisonnée par des adhérences, qui délimitent des logettes où l'air s'amasse. Le collapsus reste incomplet. A un moment donné, il apparaît un peu de liquide pleural. On ne peut injecter que 400 ou 500 cmc. de gaz, à chaque séance.

En septembre, l'insufflation devient difficile. Le 19 novembre, après la dix-neuvième insufflation, on se résout à abandonner le pneumothorax, d'autant plus que des lésions sont apparues dans le poumon droit.

A ce moment, le sommet et la base sont complètement décollés, mais le tiers moyen est à peine comprimé.

A droite, le sommet du poumon est opaque, et le reste du champ pulmonaire est parsemé de granulations.

Après le début du pneumothorax, la fièvre persiste avec des oscillations atteignant 38°4-38°7 le soir. A partir du 29 juin la température n'atteint plus 38°. A partir du 6 juillet, l'apyrexie est presque complète. Mais, à partir du 27 août, la fièvre reprend et persiste avec de grandes oscillations comme avant le pneumothorax, jusqu'à 38°8-39°2 le soir. Cette reprise coïncide avec l'échec du pneumothorax et avec l'envahissement de l'autre poumon. Finalement, à partir du 26 décembre, la fièvre présente les grandes oscillations de la fièvre hectique.

Après le début du pneumothorax l'enfant conserve un poids stationnaire (40 à 41 kilos). Quand la fièvre reprend, il se met à diminuer et reste entre 39 kg. et 40 kg.

Jamais l'enfant n'a été réglée.

Le 27 janvier 1927, nous envoyons l'enfant à l'hôpital Debrousse, destiné au traitement des enfants tuberculeux.

Elle a, à ce moment, 14 ans, 4 mois. Elle a une taille moyenne de 150 cm. Son poids et son rapport P/T sont de 5 % au-dessous des moyennes. L'état général est mauvais.

Somme toute, le pneumothorax a échoué à cause de la sclérose pleuro-pulmonaire et de l'extension de la tuberculose à l'autre poumon.

Chez les enfants, les échecs du pneumothorax ne sont pas rares. Ils peuvent être dus à deux ordres de causes.

1° Le pneumothorax ne peut être mené à bonne fin, soit à cause des adhérences plus ou moins étendues qu'on n'arrive pas à rompre, soit à cause de l'apparition d'un processus de symphyse pleurale, précédé ou non d'un épanchement pleural qui aboutit à la fermeture de la plèvre.

2° La tuberculose s'étend à l'autre poumon et cette ex-

tension annihile les effets du pneumothorax. A l'heure actuelle, il est vrai, on peut discuter, en pareille circonstance, l'opportunité d'un pneumothorax bilatéral secondaire.

Les échecs semblent plus nombreux chez les enfants que chez les adultes.

C'est l'opinion soutenue encore récemment à la *Société médicale des hôpitaux*, le 9 décembre 1927, par MM. Ameuille Blanchy et Caquet. Sur 100 tuberculeux de 5 à 15 ans, traités par le pneumothorax, disent-ils, 38 meurent dans les deux premières années ; 16 présentent de la symphyse pleurale, qui empêche la continuation du pneumothorax. « Il ne nous reste plus, ajoutent-ils, au bout de deux ans que 45 pour 100 de nos pneumothorax du début, que nous puissions entretenir. Les décès sont presque toujours consécutifs à une extension de la tuberculose du côté opposé ; dans plus de la moitié des cas, elle s'est produite au cours des six premiers mois ».

***

Il y a une *indication précise* au pneumothorax thérapeutique quand on se trouve en présence d'une tuberculose pulmonaire à marche rapidement extensive, et quand cette tuberculose est unilatérale. On peut dire qu'en pareil cas le pneumothorax s'impose. C'est, en tout cas, le seul moyen que nous ayons pour arrêter un processus caséo-ulcéreux extensif.

Pour d'autres malades, le pneumothorax est *discutable*. Il s'agit des tuberculoses à évolution plus lente, qui progressent peu et ont une tendance à la fibrose pulmonaire. et pleurale Si on est conduit à entreprendre le pneumothorax, il est difficile à réaliser et souvent ne peut être conduit à bonne fin.

Il y a des cas, enfin, où le pneumothorax est *contr-indiqué*.

Il est contr-indiqué dans les formes granuliques, à lésions bilatérales et diffuses. Il l'est encore dans les tuberculoses caséo-ulcéreuses qui envahissent rapidement les deux poumons. Dans cette dernière éventualité cependant, il peut se présenter des cas justiciables du pneumothorax bilatéral simultané. Quelques faits observés chez des enfants, comme chez des adultes, paraissent justifier cette opinion.

Le 23 décembre dernier, le professeur Gautier, de Genève, a présenté à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* les observations d'un garçon de 8 ans et d'une fille de 7 ans, dont l'état a été heureusement influencé par ce traitement.

A la même séance, MM. Armand-Delille et Lestoquoy en ont rapporté d'autres. Parmi leurs observations, je retiens celle d'une fille de 13 ans.

Depuis trois semaines elle a de la fièvre et elle maigrit ; elle présente des râles humides aux deux sommets. La radiographie décèle au sommet droit des cavernes ; dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche un aspect en mie de pain de tuberculose diffuse. Le pneumothorax bilatéral est réalisé le 25 janvier 1926. A la suite, il se produit une grande amélioration. Du côté droit, on constate l'apparition d'une symphyse dans les deux tiers supérieurs de la plèvre, tandis qu'à la base persiste une cavité de 400 cmc. A l'époque où l'histoire de l'enfant est publiée, le pneumothorax date de onze mois ; son état est satisfaisant.

MM. Armand-Delille et Lestocquoy concluent :

Le pneumothorax bilatéral est « admirablement toléré par l'enfant... Devant la fatalité presque certaine de l'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, lorsqu'elle est bilatérale, il est indiqué, avant de porter un pronostic désespéré, de tenter un pneumothorax thérapeutique bilatéral ».

Il ne suffit pas de vouloir instituer le pneumothorax thérapeutique ; il faut pouvoir le réaliser. Or en rencontre parfois des *obstacles* qu'on ne soupçonne pas.

L'obstacle est l'existence d'une *symphyse pleurale*. Dans ma leçon du 24 mai 1924, reproduite dans *Le Concours Médical* du 25 janvier 1925, j'ai étudié la *symphyse pleurale et le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax dans l'enfance*, à propos de malades que nous avions à cette époque dans le service.

La symphyse pleurale n'est pas rare dans la tuberculose pulmonaire des enfants, surtout chez les grands enfants On trouve souvent des adhérences partielles, dont nos filles nous donnent des exemples ; on trouve parfois une symphyse complète.

Parmi les malades dont j'ai parlé en 1924, se trouve une fille entrée à l'hôpital le 28 février 1924, à l'âge de 15 ans 8 mois, pour une péritonite tuberculeuse à forme fibro-caséeuse.

A l'examen du poumon gauche, nous trouvons des signes de condensation et des râles sous-crépitants fins ; la radiographie montre des cavernes. L'expectoration contient des bacilles de Koch. Il n'existe, aucun signe clinique de symphyse.

M. Henri Janet, alors mon chef de clinique, fait plusieurs tentatives de pneumothorax ; il échoue. Cet échec démontre l'existence d'un symphyse pleurale.

Or, fait intéressant, cette symphyse n'a pas eu d'influence fâcheuse sur la tuberculose pulmonaire ; celle-ci a évolué de façon favorable.

L'enfant, quitte l'hôpital, améliorée, le 1er octobre 1924, pour aller à la campagne.

A ce moment, l'état général est assez bon ; la taille est de 157 cm. le poids de 45 kgr. 150 ; on constate la persistance d'un gâteau péritonéal autour de l'ombilic ; l'état pulmonaire est le même.

Nous revoyons la malade, le 12 juin 1926, un an et huit mois après sa sortie. Elle a augmenté de poids et pèse 56 kgr., avec une taille de 157 cm. L'abdomen paraît normal. Le poumon gauche présente une inspiration un peu rude, et quelques frottements dans le quart inférieur. La radiographie montre une plage pulmonaire gauche moins claire que la droite, avec un sinus moins mobile.

Cette observation montre l'arrêt d'une tuberculose pulmonaire, chez une fille à la période pubertaire, sous l'influence d'un processus de sclérose pulmonaire et pleurale. Quand il s'agit d'interpréter les résultats d'une thérapeutique, il faut donc tenir compte de cette tendance spontanée à une évolution favorable réalisée par certains organismes.

La symphyse pleurale empêche assez souvent le pneumothorax, chez les enfants. En 1922, MM. Babonneix et Denoyelle relèvent cette cause d'échec dans 41 % des cas. En 1922 et en 1923, M. Armand-Delille la relève respectivement dans 22 et 2[illegible] des cas.

***

En somme, chez les filles à la période pubertaire, la tuberculose pulmonaire est fréquente. Elle peut revêtir diverses modalités cliniques : assez souvent il s'agit d'une forme caséo-ulcéreuse à évolution rapide, qui se termine par la mort, en deux, quatre ou six mois. Dans cette

forme, il est justifié de pratiquer le pneumothorax thérapeutique, surtout quand cette tuberculose est unilatérale ; ce traitement peut arrêter une évolution qui aurait été très vraisemblablement fatale. Quand les lésions sont bilatérales, on peut essayer le pneumothorax bilatéral, mais avec de grandes réserves sur les résultats.

Le pneumothorax doit être entretenu pendant longtemps, pendant trois ou quatre ans. Ce n'est guère qu'au bout de ce temps qu'on pourra considérer les lésions comme éteintes et porter un pronostic définitif.

Dans d'autres formes de tuberculose pulmonaire le pneumothorax n'a pas les mêmes indications et son opportunité doit être discutée ; en tout cas il expose à des échecs.

Enfin, il n'est pas toujours possible de réaliser le pneumothorax, faut toujours envisager l'existence possible d'une symphyse pleurale qu'on ne peut pas reconnaître avant les tentatives d'insufflation de la plèvre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Généralités sur les tuberculoses chirurgicales de l'adulte

par M. Ch. CLAVELIN,
Médecin-major de 1re classe,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

I. Etiologie, symptomatologie, anatomie pathologique radiographique. Examens de laboratoire (1).

Au cours de ces articles, nous devons étudier les diverses localisations de ce qu'il est convenu d'appeler les tuberculoses chirurgicales, à l'exception de celles qui frappent l'appareil génito urinaire.

Mais il est bon de préciser que nous n'étudierons ces affections que chez l'adulte, notion qui a son importance car, chez lui, l'évolution de ces lésions et surtout la thérapeutique qu'elles réclament diffèrent, de ce que l'on est habitué à rencontrer chez l'enfant.

Cependant, avant d'aborder les diverses localisations de la tuberculose chirurgicale, il est indispensable, dans un chapitre de généralités, d'envisager l'ensemble de la question.

En effet, si chaque localisation présente sa symptomatologie propre, son traitement local particulier, il n'en est pas moins vrai que l'étiologie, les réactions biologiques et bactériologiques, le traitement général, restent toujours les mêmes.

Bien mieux, si nous considérons les localisations osseuses et ostéo-articulaires qui nous arrêteront le plus longuement, nous leur trouverons un ensemble de signes cliniques, même de symptômes radiographiques communs, qui montrent que la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire est une maladie véritablement une sous ses aspects divers.

L'objet des deux premiers chapitres sera l'étude de ces généralités, qui facilitera l'exposé des diverses localisations, en nous permettant d'en étudier à loisir les détails propres à chacune d'elles.

Etiologie. — La notion importante au point de vue étiologie est que l'on se trouve en présence d'une *infection générale*. Pratiquement, dans un nombre de cas assez grand, elle se traduira par une seule lésion cliniquement appréciable qui pourrait, à première vue, faire croire à une maladie locale.

Cette notion est capitale au point de vue évolution, pronostic et thérapeutique et l'on ne saurait trop insister sur elle. De très nombreux faits la justifieront au cours de cette étude : affections antérieures, localisations multiples si fréquentes chez l'adulte, réactions de laboratoire qui dénotent une imprégnation générale de l'organisme.

Antécédents personnels. — L'interrogatoire donnera souvent des renseignements précieux sur les antécédents du malade.

Nous retrouvons évidemment le rôle favorisant joué par les fièvres éruptives, parfois les maladies infectieuses et surtout la misère et le surmenage.

Mais il convient de s'arrêter plus spécialement sur les *antécédents tuberculeux* du sujet. Brelet (1) puis Ameuille (2) ont signalé la fréquence relative de la tuberculose pulmonaire après une pleurésie séro-fibrineuse ; 15 % de ces cas présentent des évolutions tuberculeuses pulmonaires dans les années consécutives.

Au point de vue tuberculose chirurgicale, nous retrouvons la même notion et, dans 15 % des cas environ, nous voyons une lésion osseuse ou ostéo articulaire évoluer dans l'année ou dans les deux ans qui ont suivi l'apparition d'une pleurésie séro-fibrineuse, première manifestation de l'infection générale qui frappe le malade.

La recherche des *antécédents locaux* présente, au point de vue médico-légal en particulier, un grand intérêt. Il est fréquent de voir les malades atteints d'ostéite ou d'ostéo arthrite tuberculeuse invoquer comme étiologie un traumatisme quelconque.

Sans nier que dans quelques cas rares le traumatisme peut avoir une influence sur l'évolution ultérieure d'une tuberculose localisée, il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas le traumatisme n'est qu'un agent révélateur d'une tuberculose latente et non l'agent causal.

Combien de fois avons-nous entendu des malades mettre à l'origine de leur mal de Pott « un tour de reins » contracté en soulevant un fardeau, invoquer comme étiologie d'une tumeur blanche une entorse ou un faux pas.

Un interrogatoire un peu précis montre que le traumatisme a été le plus souvent insignifiant, et qu'une articulation saine ne l'aurait pas accusé.

Cet avis est celui émis par Robineau au Congrès de médecine légale de 1922 et c'est également celui de Broca qui, sur cinq cents enfants atteints d'entorse ou de contusion des membres, n'a vu aucun d'eux faire une localisation tuberculeuse, même chez ceux atteints de tuberculose viscérale avérée.

Mais par contre le rôle du traumatisme est indéniable dans la tuberculose ostéo-articulaire en évolution, que l'on ait affaire à un traumatisme violent accidentel ou à des traumatismes moins brutaux mais répétés comme ceux qui résultent de la non immobilisation d'une articulation tuberculeuse. Nous voyons ainsi dès le début de ces chapitres, le rôle primordial que l'immobilisation va jouer dans la thérapeutique des ostéo-arthrites tuberculeuses.

Histoire de la maladie. — Chaque localisation a évidemment sa symptomatologie propre et ses prodromes particuliers. Mais, cependant, une caractéristique générale de la grande majorité des localisations osseuses et ostéo-articulaires chez l'adulte est la très grande latence de leur évolution.

Cette latence, l'évolution très torpide, très insidieuse,

(1) Cette leçon est la première d'une série d'études consacrées aux tuberculoses chirurgicales de l'adulte. L'ensemble de ces leçons paraîtra dans le *Progrès Médical*.

(1) Brelet. — L'avenir des pleurétiques. (Soc. méd. des hôpitaux, mars 1924, janvier 1.)

(2) Ameuille. — Pleurésie tuberculeuse et tuberculose pulmonaire. (*Archives de méd. et de ph. milit.*, octobre 1927.)


Pour les malades difficiles
et délicats, rien ne
remplacera jamais !!
LE VIEIL
ÉLIXIR DE VIRGINIE
NYRDAHL
dans les
Affections caracterisées
par une Dilatation
temporaire ou permanente
des Veines
Échantillons : 20, rue de La Rochefoucauld

fait que fréquemment on risque de ne pas songer à la tuberculose : et, de plus, certaines localisations, comme le mal de Pott, ont à cette période de leur évolution, une symptomatologie très polymorphe qui risque d'égarer très facilement le diagnostic.

Cette notion nous arrêtera longuement lors de l'étude de chaque localisation, nous nous contenterons de la signaler ici en attirant l'attention sur l'intérêt qu'il y a à dépister à ce stade l'existence d'une tuberculose qui, grâce au traitement précoce, aura le maximum de chances d'avoir une évolution favorable.

C'est l'examen clinique minutieux, complété par l'examen radiographique et par des recherches biologiques qui permettra ce diagnostic précoce.

Mais si chaque localisation osseuse et ostéo-articulaire a sa symptomatologie propre dictée par l'anatomie de la région, il n'en est pas moins vrai que les ostéo-arthrites tuberculeuses présentent un ensemble de symptômes cliniques communs, de signes radiographiques communs, qui font que la tuberculose ostéo-articulaire présente une certaine unité.

Ce sont ces symptômes cliniques et radiographiques communs aux ostéo-arthrites tuberculeuses qui vont nous arrêter maintenant.

Examen clinique. — Dans toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses, nous retrouvons, avec encore une fois les modifications dictées par l'anatomie de chaque région, les signes classiques de toute inflammation : douleur, chaleur, tumeur : seule, la rougeur fait défaut tant qu'une infection secondaire ne vient pas compliquer l'évolution tuberculeuse.

Mais ces symptômes ne permettront pas seulement de faire le diagnostic au début ; grâce à eux il sera encore possible de suivre l'évolution de la maladie, complétés par d'autres signes ils mettront à même d'annoncer un abcès en formation, de juger si l'on doit maintenir l'articulation immobilisée ou au contraire autoriser un début de mobilisation.

La douleur. — La douleur s'observe à toutes les périodes de la maladie : au début, en pleine évolution ou en pleine guérison apparente.

La douleur du début est rarement violente, mais si minime nous dirons même volontiers si latente, qu'elle soit, elle va se traduire toujours par un symptôme capital pour le diagnostic de début, par de la contracture musculaire. Cette contracture qui entraîne de la limitation des mouvements articulaires est un symptôme constant, précoce, de toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses quelle que soit leur localisation.

Cette douleur spontanée peut parfois s'irradier à distance ; la gonalgie au début de l'arthrite tuberculeuse de la hanche est l'exemple le plus typique et le plus fréquent de ces irradiations.

La douleur provoquée se montrera soit au cours des mouvements de l'articulation intéressée soit à la palpation méthodique qui décèlera des points douloureux qui seront étudiés en détails à chaque articulation.

Ces douleurs spontanées et provoquées vont se calmer dès que le malade sera convenablement traité. Mais si à ce moment l'immobilisation cesse, les douleurs ne tardent pas à réapparaître. En somme, nous pouvons déjà conclure que la disparition des douleurs au début du traitement est due à l'immobilisation, leur réapparition est le fait d'une lésion en évolution et, au contraire, si l'articulation ne réagit pas douloureusement à la mobilisation c'est que, cliniquement, on peut la considérer comme guérie.

Douleur tardive. — il peut arriver que le malade bien immobilisé, ne souffrant plus, ne se plaignant plus, soit pris brusquement de douleurs violentes et tenaces que rien en apparence ne semble motiver.

Ces douleurs tardives, fréquentes surtout à la hanche, sont un excellent indice d'abcès en formation. Il y aura donc lieu de redoubler de surveillance et d'augmenter encore la rigueur de l'immobilisation.

Douleurs des rechutes. — Plus tard, le malade, apparemment guéri, a repris son métier. Un jour, à l'occasion d'un traumatisme léger, d'une fatigue plus grande, l'articulation est redevenue sensible.

Cette douleur peut céder en quelques jours de repos, mais très souvent elle indique une rechute, un réveil plus ou moins aigu de l'affection apparemment éteinte.

Nous touchons là à un des facteurs de gravité des ostéo-arthrites de l'adulte et nous verrons ultérieurement comment il se fait que chez lui ces douleurs de rechutes soient particulièrement fréquentes, et les conséquences qu'il conviendra d'en tirer au point de vue pronostic et thérapeutique.

La tuméfaction sera plus ou moins visible suivant l'articulation intéressée : sautant aux yeux au niveau des articulations des membres, l'œdème ne se verra pas au niveau du rachis où il pourra se traduire par des symptômes cliniques que nous étudierons avec le mal de Pott.

Cette tuméfaction va traduire l'activité du processus inflammatoire ; se montrant dès le début, augmentant ou diminuant suivant les poussées inflammatoires, d'autant plus marquée que le foyer tuberculeux sera plus actif, puis à la fin diminuer, disparaître ; cet assèchement des tissus étant un excellent signe de la cicatrisation des lésions.

La chaleur. — Cette tuméfaction va, contrairement à l'avis des classiques, de Gangolphe entre autres, s'accompagner toujours de chaleur locale.

C'est à Ménard et à ses élèves que revient le mérite d'avoir étudié et mis en valeur ce signe clinique qui donnera également quelques renseignements sur le stade de l'évolution des lésions.

Cette élévation de température locale sera appréciable au niveau des articulations superficielles et au cours de l'évolution si l'arthrite s'aggrave, la température locale augmentera. Au contraire, si l'évolution est favorable, et se fait vers la guérison, progressivement la douleur locale diminuera, pour disparaître lorsque la consolidation est obtenue.

En plus de ces symptômes cliniques locaux, communs à toutes les ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses, il en est un autre, très important, véritable complication de la lésion, c'est l'abcès ossifluent.

L'abcès ossifluent. — La lésion osseuse ramollie va progresser par infiltration tuberculeuse des parties avoisinantes. Cet abcès ossifluent, véritable diverticule du foyer osseux, va fuser dans le tissu celluleux qui entoure les vaisseaux, dans les gaines musculaires, voies toutes tracées, d'un cheminement facile. Il en résulte une marche identique de ces abcès pour chaque région déterminée et la possibilité pour eux de fuser à très grande distance de leurs points de départ, risquant parfois de provoquer une erreur de diagnostic.

L'examen local étant terminé, il importe d'aller à distance dépister d'autres symptômes.

L'atrophie musculaire ne manque jamais, est précoce, nettement élective, frappant de préférence tel ou tel groupe musculaire.

L'adénopathie est également précoce, ne manque jamais et a, au point de vue diagnostic différentiel, une très grande importance.

Enfin, insistons encore sur ce fait que nous sommes en présence d'une infection générale, il est donc absolument indispensable de terminer l'examen clinique par l'examen général du sujet. Très fréquemment, chez l'adulte, cet examen permettra de trouver d'autres localisations tuberculeuses viscérales ou osseuses, localisations multiples qui nous arrêteront à l'étude du pronostic.

Examen radiographique. — L'examen clinique sera com-

plété par l'examen radiographique, fait face et profil. Les renseignements donnés par la radiographie complèteront ceux fournis par la clinique au point de vue du diagnostic.

En ce qui concerne l'évolution des lésions, les radiographies faites en série permettront de constater leur amélioration ou au contraire leur aggravation, mettant à même, suivant la phrase d'Ollier « de faire des autopsies sur le vivant et de suivre pas à pas le processus de réparation. »

Au point de vue anatomie pathologique, l'évolution de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire peut se résumer en quatre phases : infiltration ; ulcération ; destruction : sclérose.

Infiltration : Ce stade d'extrême début, au cours duquel on a rarement l'occasion de pratiquer un examen étant donné la latence de l'évolution, se traduit sur le cliché par une simple décalcification. Mais assez rapidement, dans la tuberculose articulaire, on arrive au stade suivant, l'ulcération.

Ulcération : Avant de s'attaquer aux extrémités osseuses, toute arthrite tuberculeuse va commencer par ulcérer les cartilages articulaires, or, l'espace articulaire radiographique normal étant déterminé par l'épaisseur des cartilages articulaires, il en résulte que leur ulcération se traduira par un rapprochement des surfaces osseuses, « pincement articulaire » véritable signe du début d'une arthrite tuberculeuse.

Destruction : Mais la lésion évoluant, l'ulcération compressive de Lannelongue faisant de plus sentir son influence aux membres inférieurs, le cartilage sera détruit, les surfaces osseuses en contact le seront à leur tour.

Nous assisterons ainsi à des destructions osseuses plus ou moins considérables, pouvant provoquer des déformations, des luxations, des positions vicieuses propres à chaque articulation intéressée.

Mais ces destructions, bien que parfois importantes, n'atteignent pas chez l'adulte l'étendue qu'elles présentent souvent chez l'enfant.

L'os complètement formé est plus résistant, se laisse moins détruire, et les lésions sont en général moins massives, plus limitées, affectant souvent la forme de véritables cavernes au milieu desquelles on peut trouver des séquestres. Signalons dès maintenant que cette limitation des destructions, en apparence favorable, va avoir sa répercussion, défavorable cette fois, sur la consolidation des lésions.

Entre le pincement articulaire du début et les désordres que nous venons de signaler, existe toute une gamme de lésions suivant le stade et la gravité de l'évolution. Les contours articulaires sont devenus flous, l'espace articulaire a disparu, véritablement estompé, puis les destructions ont commencé à s'accuser.

En plus de ces lésions au niveau du foyer, la radiographie montrera, à distance, d'autres symptômes.

C'est ainsi que la *décalcification* qui a son maximum au voisinage même du foyer, s'étend loin de l'articulation, se traduisant par un aspect pâle des os.

On observe également une *atrophie des diaphyses* voisines du foyer, atrophie spéciale à la tuberculose. La fonction périostique semble arrêtée tandis que la résorption médullaire s'exagère, ce qui, sur le cliché, se traduira par une diminution du diamètre de la diaphyse, un amincissement de la couche du tissu compact, et un élargissement du canal médullaire.

Sclérose : A cette phase de destruction succédera, dans les cas d'évolution favorable, une phase de sclérose, phase d'organisation des lésions.

C'est à dessein que nous employons ce terme d'organisation, plus exact que celui de réparation, car les lésions s'organisent se sclérosent telles que la destruction les a laissées.

Chaque fois que les surfaces détruites peuvent se mettre largement au contact, comme c'est la règle chez l'enfant, il se produit entre elles une véritable ankylose osseuse, excellent processus de guérison.

Mais chez l'adulte les destructions sont moins accentuées, il existe fréquemment des cavernes dans les extrémités osseuses en présence, et ce sont des adhérences beaucoup plus fibreuses que osseuses qui unissent les extrémités osseuses entre elles, constituant de véritables pseudarthroses fibreuses plus ou moins serrées.

Le pourtour de ces extrémités, des cavernes qui les creusent, se sclérosent, deviennent dures, mais à l'intérieur de ces cavernes existe du pus, des fongosités, quelquefois des séquestres, parfois du bacille de Koch, qui se trouvent maintenant séparés du reste de l'os par une barrière solide mais qui n'en constitueront pas moins des foyers latents susceptibles de se réveiller et de provoquer des rechutes ultérieures.

Sur le cliché radiographique cette sclérose se traduira par l'apparition le long des surfaces ulcérées d'un liseré de condensation, premier et meilleur signe de cicatrisation des lésions.

En même temps, les os se recalcifient, leurs limites sont plus nettes, la résorption médullaire s'arrête et le périoste reprend sa fonction ostéogénique ce qui fait que peu à peu, diaphyse et canal médullaire reprendront des diamètres égaux à ceux du côté sain.

A la fin de cette étude radiographique, il est bon de signaler une règle générale importante de la tuberculose ostéo-articulaire : *La tuberculose détruit et ne fait pas d'os.* Si cette règle souffre quelques rares exceptions que nous rencontrerons au cours de cette étude, il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas la présence d'hyperostose sera la conséquence d'infection secondaire ou la signature d'une autre affection.

Si nous voulons résumer l'évolution anatomique que les radiographies successives nous ont permis de suivre pas à pas, nous voyons que les différents stades de cette évolution se succèdent régulièrement dans un ordre toujours le même, véritable cycle qui ne peut être parcouru que très lentement et dont l'évolution sera d'autant plus longue que le foyer sera plus important. L'histoire du malade, les examens cliniques et radiographiques permettent le plus souvent de poser le diagnostic.

Mais il est des cas, assez fréquents, où la nature tuberculeuse de la lésion est douteuse. Pour éclairer le diagnostic chez ces malades, pour l'étayer d'une certitude encore plus scientifique chez les autres, il est indiqué d'avoir recours aux examens de laboratoire.

Examens de laboratoire. — Les réponses que le laboratoire pourra donner comporteront un degré de certitude plus ou moins grand suivant ce qu'il aura été possible de lui confier.

Si un liquide, un exsudat provenant du foyer lui a été adressé, la recherche du bacille de Koch permettra d'affirmer à coup sûr la nature tuberculeuse de la lésion.

Dans le cas contraire, si aucun liquide n'a pu lui être fourni, le laboratoire ne donnera que des signes de probabilité, ne pouvant, par l'étude des réactions humorales, mettre en évidence que la tuberculisation de l'organisme.

Il existe une collection liquide. — Certains caractères de ce liquide aiguilleront vers le diagnostic de tuberculose, c'est ainsi que dans un liquide séro-fibrineux, la formule leucocytaire, toujours facile à établir, montrera une prédominance de lymphocytes.

Mais ce qu'il faut chercher à mettre en évidence c'est la présence du bacille de Koch, et pour y parvenir, les méthodes varieront un peu suivant qu'il s'agit de pus ou de liquide séro-fibrineux.

S'il s'agit de pus, trois méthodes peuvent être utilisées : l'inoculation du cobaye, procédé très simple, très sûr, mais qui exige un délai de six à huit semaines avant d'avoir une réponse : l'homogénéisation à la soude et à


CIPROMAROL
AFFECTIONS
DU
SYSTÈME VEINEUX
AFFECTIONS
DU
SYSTÈME VEINEUX
CIPROMAROL
DOSES THÉRAPEUTIQUES
LANDRIN & Cie
PARIS
CIPROMAROL
Echantillon gratuit : 20, Rue de La Rochefoucauld - PARIS

l'antiformine, procédé beaucoup plus rapide et qui, si on examine un très grand nombre de lames, montre des bacilles de Koch dans une très forte proportion des cas : l'ensemencement en milieu de Petroff qui montre des bacilles de Koch en huit jours et des colonies visibles à l'œil en quatre à six semaines.

Si le pus est infecté secondairement, la meilleure technique sera de traiter ce pus infecté par la soude qui sera ensuite neutralisée par l'acide chlorhydrique, ce qui permettra de pratiquer l'inoculation ou la culture. *S'il s'agit de liquide séro-fibrineux*, l'inoculation au cobaye reste la méthode la plus sûre mais toujours un peu lente.

S'IL N'EXISTE PAS DE COLLECTION LIQUIDE, le laboratoire ne pourra nous renseigner que sur la tuberculisation générale de l'organisme.

Les procédés utilisés cherchent à montrer la présence d'anticorps déterminés par le bacille de Koch sur l'individu lui-même ou dans le sang prélevé.

Sur l'individu lui-même la méthode la plus employée en France est la cuti-réaction, procédé très simple, exempt de danger puisqu'il ne provoque qu'une réaction locale, mais d'une sensibilité si grande que chez l'adulte elle est positive presque chez tous les sujets.

Dans le sang prélevé, on peut rechercher différentes réactions en particulier la réaction de fixation du complément ou réaction de Besredka et la réaction de floculation ou réaction de Vernes.

Il ne saurait être question de discuter en détail la valeur de ces deux réactions. Nous nous contenterons de donner les conclusions des recherches qui ont été faites (1) par Sicard et Guilbert dans notre service de tuberculose chirurgicale de l'Hôpital Militaire Percy (2).

La réaction de Besredka peut être positive chez des syphilitiques, des paludéens, des convalescents de diphtérie : elle n'est donc pas absolument spécifique.

Nous l'avons trouvée assez fréquemment négative non seulement dans la tuberculose récente, où à la période ultime d'une tuberculose pulmonaire ; mais encore pendant toute l'évolution de certaines lésions manifestement tuberculeuses. Enfin, au cours de l'évolution, elle reste dans la majorité des cas indépendante du degré de l'évolution de la maladie.

Au point de vue pourcentage, nous avons eu 50 % de Besredka positifs au début de leur affection chez des malades que l'évolution a montré être des tuberculeux. Chez les non-tuberculeux cliniques, la proportion des réactions négatives est d'environ 93 %.

La réaction de floculation ou réaction de Vernes, grâce à un indice photométrique, permettra, en la pratiquant en série, au cours de l'évolution d'établir une véritable courbe de floculation dont l'intérêt nous arrêtera au point de vue du pronostic. Ne considérant pour l'instant que le diagnostic, nous avons trouvé sensiblement le même pourcentage de réaction de floculations positives que de réactions de Besredka.

Mais tout l'intérêt de la question est d'associer ces deux réactions : certains malades présenteront un Besredka positif et un Vernes négatif ou inversement ; un certain nombre (42 % dans notre statistique) ont les deux réactions positives tandis qu'un petit nombre (10 %) présentent les deux réactions négatives. Au contraire, chez des malades cliniquement non tuberculeux, 2 % avaient les deux réactions positives et 78 % les deux réactions négatives.

Il y a donc un très gros intérêt au point de vue diagnostic à associer ces deux réactions qui se complètent pour une grande part et apportent un renseignement complémentaire important à l'ensemble des symptômes fournis par les examens cliniques et radiographiques.

En plus de ces réactions spécifiques de la tuberculose, il est bon de faire pratiquer les différentes réactions de la syphilis pour dépister les syphilis isolées, plus ou moins faciles parfois à diagnostiquer par la seule clinique, et les associations syphilis-tuberculose.

Il sera également bon, dans les cas fistulisés, de faire faire, en cas de doute, des cultures pour déceler une mycose.

A la vérité, nous n'avons jamais eu l'occasion d'en observer et des auteurs dont l'expérience est plus grande que la nôtre estiment aussi que ces lésions sont infiniment rares.

(1) J. GUILBERT. — Réaction de fixation et réaction de floculation dans la tuberculose chirurgicale. (Thèse de Paris, 1927).

(2) A. SICARD et GUILBERT. — Réaction de fixation et réaction de floculation dans la tuberculose chirurgicale. (*Journal de médecine de Paris*, 24 Février 1928.)

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels

Trois nudités inattendues.

I. La Source.

« Mademoiselle, voulez-vous passer dans la pièce voisine et vous déshabiller, pendant que je vais causer avec Madame votre mère ? »

C'était une pensionnaire, — la « jeune fille *en fleur* » de Proust, mais d'une opulence mammaire précoce. Des yeux candides. Aucun trouble apparent.

La mère me dit que sa fille se plaint de palpitations ; elle craint une maladie de cœur. Après quelques minutes d'entretien, je me lève en annonçant que je vais ausculter le cœur avec soin. J'ouvre la porte de communication, la mère me suit.

Tableau inattendu : la *Source* d'Ingres ! (Vous la connaissez tous), mais sans l'urne que l'élégante jeune fille, qui la symbolise dans le tableau du Louvre, tient élevée et inclinée au-dessus de sa tête. La pensionnaire dévêtue, ne sachant que faire de ses deux bras, les laissait tomber dans l'attitude réglementaire du soldat sans armes. Souriante, gracieusement hanchée, elle paraît sans embarras : aucune rougeur pudique sur ce visage et ce torse « de lys et de roses ».

C'était un régal esthétique, mais qui ne dura guère ; car l'éthique parut gravement transgressée aux yeux de la pauvre mère, dont le visage s'empourpra : « Malheureuse enfant, veux-tu remettre tout de suite ta chemise et tes bas ! — Pardon, M. le Docteur, cette petite a perdu la tête, sans doute par suite de l'émotion. » — « Mais, maman », proteste la « Source », devenue toute rose à son tour, « le Docteur m'avait dit de me déshabiller ! »

« C'est vrai, Madame, ne grondez pas Mademoiselle, je suis le coupable. J'aurais dû lui expliquer que je la priais seulement d'enlever sa robe et son corset pour me permettre d'écouter son cœur. D'ailleurs un médecin de mon âge a vu sans vêtements tant d'enfants, de jeunes filles et de femmes que la nudité n'a pour lui aucune importance ; il ne voit que la maladie à rechercher... »

Cependant la coupable involontaire avait remis précipitamment chemise, bas, pantalon et jupon ; elle allait se rhabiller tout à fait si je ne l'avais arrêtée.

Je l'auscultai, mais son cœur battait avec violence et il fallut attendre assez longtemps pour que l'auscultation fût possible. Aucune lésion d'ailleurs, troubles purement fonctionnels. La mère rassurée se calma ; la jeune fille demeurait soucieuse, prévoyant sans doute quelque semonce ultérieure.

Conclusion : Jeunes confrères, quand vous dites à une cliente : « Ayez la bonté de vous déshabiller ! », il n'est pas inutile de préciser dans quelles limites.

II Anadyomène.

Un de mes clients, qui tirait sa « matérielle » de la Coulisse du Palais de la Bourse et répandait son superflu dans celles du Temple de Terpsichore, me pria d'aller donner une consultation à domicile à une de ses amies, qui se croyait malade au point de craindre de ne pouvoir passer de « marcheuse » à « petit sujet ».

Elle n'avait pas de médecin attitré. Convenu pour 11 heures du matin, les artistes se levant tard.

A l'heure dite, je sonne à la porte d'un coquet entresol ; on m'introduit dans un cabinet de toilette tendu d'une somptueuse étoffe cramoisie. La cliente était encore dans sa baignoire.

« Excusez-moi, docteur, d'être en retard ; dans un instant je suis à vous. » La caméristе tendait un peignoir de bain. La jeune femme sortit de l'eau ruisselante et radieuse, tordant ses cheveux qui se déroulaient : telle Vénus Anadyomène ! Joli geste impossible depuis la mode des cheveux courts

Je me tournai discrètement du côté de la fenêtre pour attendre que l'essuyage fût terminé ; ayant entendu la femme de chambre s'éloigner et refermer la porte, je me retournai et je vis la Vénus toujours vêtue... de sa seule peau, se regardant dans une psyché d'un œil satisfait.

« Pour ne pas vous faire attendre, ce n'est pas la peine que je me rhabille, vous m'examinerez plus facilement. Ah ! je dois être bien malade. » — J'eus la réminiscence visuelle d'une charmante étude d'Eugène Delacroix, qui passe de temps en temps dans les rétrospectives de ce maître, cataloguée *le Lever* et faisant partie de la collection Auguste Vacquerie. Un jeune corps svelte et ambré, à demi enveloppé d'une opulente chevelure blond fauve, se détachant sur une draperie pourpre et devant une toilette : c'était un tableau vivant !

Mais mon Delacroix s'assit sur un sofa et me dit : « Nous allons fumer une cigarette pendant que je vous raconte mes misères. » — La situation devenait ridicule au point de vue professionnel ; il me parut opportun de répondre sèchement que je ne fumais pas « en travaillant » et qu'il était imprudent de rester dévêtue après un bain. La dolente beauté comprit, s'enveloppa d'un kimono et commença l'énumération à bâtons rompus de ses peines de corps et de cœur.

Tirons ici le rideau de fer de l'article 378, pour ne pas donner prétexte à quelque confrère malivole d'accuser un vieux déontologiste de violer ce fameux secret, à propos duquel tant d'encre est sortie depuis peu de tant de stylographes sans faire avancer beaucoup la solution du problème ; respecter le secret en général, en le violant de temps en temps. Pour ce qui concerne mes souvenirs, je déclare *urbi* et *orbi* que, tout vécus qu'ils ont été et d'une rigoureuse exactitude psychologique, le narrateur prend toujours soin de les romancer suffisamment pour que personne n'y puisse reconnaître personne.

Revenons au cabinet de toilette de mon étoile de petite grandeur. La consultation se passa le plus correctement du monde. — Mais je n'étonnerai probablement guère mes confrères pourvus d'une assez longue expérience professionnelle, en ajoutant que je n'ai jamais été « honoré » pour cette consultation. La jeune Vénus estima sans doute que la contemplation de ses charmes sans voiles constituait un honoraire suffisant, et même princier.

Quant au client, qui m'avait prié d'aller donner la consultation et s'en trouvait déontologiquement responsable, il fut peu après étranglé dans la Coulisse (celle de la Bourse) et je n'eus pas le mauvais goût d'insister pour qu'il acquittât cette dette ; lui aussi d'ailleurs jugeait peut-être que le régal esthétique qu'il m'avait procuré — sans le vouloir, bien entendu — valait bien deux ou trois louis (on en voyait encore dans ces temps lointains).

III. Nu faute de vêtements assez larges.

C'était un peintre que j'avais rencontré quelquefois dans des réunions d'artistes et d'étudiants au temps de ma jeunesse. Il m'avait laissé le souvenir d'un boute-en-train étourdissant. J'avais vu quelques-unes de ses toiles aux Salons saisonniers, on lui prédisait un bel avenir. Il m'écrivit qu'il désirait ma visite.

Introduit dans l'atelier où j'étais prié d'attendre, je parcourais des yeux les toiles, études, croquis et bibelots qui rendent toujours intéressant le studio d'un peintre ; mais j'étais étonné de ne voir aucun travail en cours d'exécution. Je remarquais en outre un désordre insolite, même en ces lieux où il est habituellement un effet de l'art (dans un sens où ne l'entendait pas Despréaux) ; beaucoup de poussière, des palettes où les couleurs étaient séchées depuis longtemps. L'artiste ne devait guère travailler en ce moment.

Je commençais à m'impatienter de ne voir venir personne, quand j'entendis une porte s'ouvrir derrière une tenture ; celle-ci fut soulevée, un homme m'apparut grand et maigre, tout nu. N'exagérons pas ; il avait les pieds dans des sandales et la tête entourée d'une serviette mouillée. Je reconnus l'artiste, mais bien changé de physionomie ; rien du joyeux vivant d'autrefois, une sorte de rictus triste.

« Pardon, Docteur, de vous avoir fait poser un peu ! » « — Dans un atelier on peut s'y attendre » lui répondis-je, « mais il me semble que c'est plutôt vous qui vous préparez à tenir la pose dans ce costume paradisiaque, avant l'aventure de la pomme et la feuille de vigne consécutive. »

« Ne plaisantez pas, docteur », répliqua-t-il avec un sourire forcé, « c'est très sérieux, je ne puis plus m'habiller, je suis trop gras. C'est pourquoi je vous ai prié de m'apporter vos conseils. Des amis m'ont dit que vous traitiez avec succès l'obésité et il n'est que temps que vous arrêtiez la mienne. Je ne puis plus trouver de vêtements assez larges. Jugez-en. »

Sur ces entrefaites parut une jeune femme d'aspect craintif et embarrassé. « Montre au docteur tous les habits que je me suis fait faire ou que j'ai achetés tout faits sans pouvoir en trouver d'assez larges. »

La compagne disparut et revint avec un tas de vêtements disparates : pantalons amples et flottants comme en portaient jadis nos zouaves, vestons, gilets, robes de chambre les plus vastes.

Prenant dans le tas, le peintre s'entouissait dans ces divers habits destinés à des hommes très gros et tous tombaient autour de son corps maigre en plis lamentables.

« Actuellement, docteur, les tailleurs ne me prennent plus au sérieux, parce que je les accuse toujours de me faire des vêtements trop étroits et Madame a beau acheter ce qu'il y a de plus ample dans les magasins, je ne trouve plus rien à ma corpulence et je suis réduit à ne plus m'habiller. Ma nudité n'est pas convenable, mais elle vous permet de juger de mon énorme et croissant embonpoint. Mesurez ce ventre, tâtez mes cuisses, mes bras. Vous allez me donner le traitement le plus énergique ! Peu importe ce qu'il m'en coûtera ; ma peinture se vend si bien maintenant que je gagne tout ce que je veux. »

Ce discours avait été débité sans arrêt et m'avait dès l'abord tellement surpris que je ne l'interrompais pas ; puis, au fur et à mesure la vérité m'apparaissai: les paroles étaient tantôt scandées, explosives, tantôt mal prononcées et bredouillantes, les lèvres trémulantes et il n'était pas besoin d'un examen minutieux pour être frappé d'une inégalité pupillaire.

J'étais en présence d'un paralytique général, dont la mégalomanie s'offrait sous un aspect nouveau pour moi : il ne pouvait plus trouver de vêtements assez amples pour sa corpulence imaginaire !

La fin de l'histoire n'est que trop banale ; les aliénistes intervinrent. Le mégalomane fut traité pour une syphilis ancienne sans résultat durable et s'éteigait dans une maison de santé.

Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 3 mars 1928.

M. *Nicaise* présente une communication sur la pratique anatomique au moyen âge. Il étudie les premières dissections, passe en revue les anatomistes de l'antiquité et de la période prégalenique.

Galien disséqua surtout des singes. Son œuvre régna en maitresse jusqu'à Vésale, pendant quatorze siècles. L'instruction des anatomistes durant cette période resta surtout livresque.

Henri de Mondeville et Guy de Chauliac furent les véritables rénovateurs de l'anatomie française. Ce dernier proclama la nécessité d'acquérir une expérience pratique par l'étude des « corps morts ».

Le centre des études de dissection en Europe était alors Bologne, puis ce fut Montpellier et enfin Paris. Au XVe siècle une véritable école pratique avait été construite à Bologne : l'entrée en était réservée aux médecins et aux étudiants. Les dissections étaient de véritables leçons : elles duraient de longues heures, car entre temps, les maîtres commentaient Galien et Avicenne et philosophaient à l'occasion de l'anatomie.

M. *Ménétrier*, à propos de ce travail, rappelle que les Egyptiens ont connu l'anatomie. Le papyrus Ebers, qui date de 1500 ans avant J. C. témoigne de leur connaissance des vaisseaux et de la circulation entr'autres, peut-être pour la pratique de l'embaumement.

Les Chaldéens aussi étaient au fait de cette science. Le foie était considéré comme le centre de la circulation des divers liquides. Cet organe servait à prédire l'avenir, d'après des dispositions anatomiques.

Les études anatomiques des premiers médecins grecs furent précédées par conséquent des travaux bien antérieurs en Egypte et en Chaldée.

M. *Tricot Royer* doute qu'Henri de Mondeville ait disséqué lui-même des cadavres humains ; il ne semble pas qu'il en parle dans ses œuvres, où il est surtout fait mention de planches anatomiques et d'un crâne artificiel.

M. *Sieur* professeur au Val-de-Grâce trace l'histoire du service de santé depuis sa fondation. Louis XIV le premier tente d'organiser un service continuel et assuré », offrant des garanties sérieuses (1708). En 1717 un décret du Roi chargea un conseil de choisir des médecins pour les hôpitaux. En 1725 un autre décret poursuivit la formation d'élèves chirurgiens pourvus d'une bonne instruction technique. En 1775 des écoles d'instruction furent créées à Lille, Metz et Strasbourg. L'enseignement comportait des cours d'anatomie, d'opérations, de bandages, de pharmacie pendant trois ans, complétés par des leçons cliniques sur les maladies des armées et même les maladies vénériennes. Ces écoles supprimées momentanément en 1780 furent rétablies l'année suivante : deux nouvelles portèrent leur nombre à cinq ; elles siégeaient à Brest et à Toulon. Ainsi le corps de santé luttant contre l'esprit de caste tout puissant dans les armées d'alors, arrivait à s'imposer. Les commissaires de guerre surveillaient les comptes. Souvent tâtillons et jaloux de leurs prérogatives, ils s'efforçaient de supplanter les médecins. En 1781, ils parvenaient même à diriger complètement les formations sanitaires.

Par ailleurs, les anciens hôpitaux ambulants de Sully étaient complétés dès le règne de Louis XIV par 50 hôpitaux fixes, un dans chaque place forte des frontières. Malgré tout, l'organisation restait incomplète à la veille de la Révolution et manquait de brancardiers, de moyens de transport, de formations de l'avant.

Les chirurgiens étaient des gens remarquables, l'élite de la profession qui partageait son temps entre les clients civils et militaires. M. *Neveu*, rappelle que les Romains avaient déjà connu les médecins militaires, en conflit eux aussi trop souvent avec le commandement.

Enfin M. *Variot* lit une note curieuse sur le crâne de Buffon dont il présente la photographie et conte avec esprit les avatars de la dépouille du grand naturaliste.

Jean Vinchon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1928.

Les échanges dans les kystes du rein. — M. *Achard*, qui a spécialement étudié les liquides du systàme lacunaire et leur physiologie, a fait des recherches sur les conditions d'échange à travers les membranes à l'occasion de kystes du rein ponctionnés pendant la vie. Or, il se trouve que ce liquide kystique, loin de ressembler a l'urine, se rapproche des liquides des espaces conjonctifs et sous-arachnoïdiens et des séreuses; c'est-à-dire des liquides du système lacunaire. Ceci est dû à l'altération de la paroi des tubes rénaux privés de leur fonction glandulaire par la transformation kystique.

La thérapeutique par l'exercice. — M. *Boigey* montre qu'elle doit être soigneusement dirigée et « dosee » en quelque sorte suivant les capacités physiologiques de chaque sujet. Les exercices dans la position couchée doivent, par exemple, être déconseillés aux sédentaires hypertendus, aux cardiopathes et et d'une manière générale aux sexagénaires. Ces exercices sont en effet congestionnants pour le cerveau.

Un traitement abortif de la grippe. — M. *R. Blondel.* — Il consiste tout au début en instillations conjonctivales de sérum antidiphtérique et à un stade plus avancé (fluxion des muqueuses oculaire et nasale) en instillations de collargol qui désinfectent et la conjonctive et les fosses nasales.

Elections. — MM. Bardier (de Toulouse) et Bouin (de Strasbourg) sont élus membres correspondants nationaux.

Séance du 28 février 1928.

La gastro pyloro duodéno entérostomie. — MM. *Delbet* et de *Wadder* decrivent une opération nouvelle pratiquée 18 fois avec succès chez des malades atteints de troubles de l'évacuation duodénale.

Ils rappellent la fréquence de cette affection, les troubles digestifs qui la caractérisent et insistent sur l'amaigrissement rapide et ses rapports avec les troubles pancréatiques. Ils signalent l'importance des lésions infectieuses à distance et en particulier de l'appendicite dans la genèse des périduodénites.

La duodéno-jéjunostomie était la seule opération employée dans les cas de sténose par la corde mésentérique. Or, les résultats ne sont pas constamment bons. Cette constatation a nécessité la recherche des causes des échecs. Elles sont multiples :

1° La situation de la 3e portion du duodénum oblige, lorsqu'elle est sus-mésocolique, à faire une duodéno-jéjunostomie transmésocolique qui fonctionne moins bien ;

2° Les malades ont très souvent un spasme pylorique avec troubles de l'évacuation gastrique visible à la radio ;

3° Constatation de brides qui sténosent la première ou deuxième portion duodénale.

Ce sont ces notions qui ont conduit à pratiquer la gastro-pyloro-duodéno-entérostomie antérieure pré-colique. Cette opération consiste en une large anastomose entre estomac, duodénum d'une part, et première anse jéjunale d'autre part. Après un premier surjet séro-séreux, on incise le duodénum, le pylore, l'estomac. Une bouche analogue est pratiquée sur le jéjunum. On termine l'anastomose classiquement.

L'anastomose est pré-colique, parce que transmésocolique, elle fonctionnerait moins bien, et antérieure car elle doit aller loin sur le duodénum. Elle fonctionne d'autant mieux qu'elle s'étend plus loin sur le duodénum, elle peut déborder largement sur la première portion.

Les résultats fonctionnels et radiologiques sont parfaits.

Il n'y a pas de mortalité ; tous les malades sont guéris. Les suites opératoires sont remarquablement simples. Cette intervention a permis de réséquer très facilement un ulcère du duodénum. Sa facilité, sa bénignité, permettent dès maintenant d'étendre les indications opératoires.

Malades physiologiques. — Suivant M. ***Ferrier***, la fonction, dévolue à ce qu'on nomme actuellement « réserve alcaline », de maintenir l'alcalinité du sang, devrait avoir pour heureuse conséquence la suppression de toute raréfaction osseuse. Celle-ci se montre au contraire très fréquente.

Loin de préexister aux « acides éventuels » qu'ils devraient neutraliser, les sels de la R. A. résultent de l'introduction dans le sang de ces acides qui satisfont leurs affinités aux dépens du phosphate de chaux du squelette. La R. A. représente donc le processus même de l'ostéomalacie.

Les bilans où se rencontre la R. A. sont édifiés d'après des sujets que leur alimentation rend phosphaturiques, et qui sont des *malades physiologiques*, candidats à l'ostéomalacie. La valeur du régime des bilans doit avoir pour critérium la vacuité de l'estomac avant chaque repas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 février 1928.

Suites éloignées d'une urétéro-néo-pyélostomie. — M. ***Hartmann*** apporte un cas analogue à celui de M. ***P. Bazy***, revu deux ans après l'opération plastique. Le rein est resté identique à lui-même. L'anastomose fonctionne.

Tumeur du maxillaire inférieur. — M. ***Rouvillois*** présente un rapport sur une observation de M. ***R. Monod***. La tumeur remplit complètement la cavité buccale, sans implantation dans le cavum. La biopsie montre qu'il s'agit d'un myxo-sarcome. A l'intervention, la tumeur se laisse facilement énucléer, malgré l'aspect malin. Or, pour M. Lecène, il s'agit d'un fibromyxome comme un polype naso-pharyngien. Cependant il n'en a pas le point de départ pharyngé. Il faut donc admettre qu'il s'agit d'une tumeur analogue à point de départ alvéolaire, peut-être aux dépens d'un débris paradentaire.

Tumeurs à myéloplaxes. — M. ***Abadie*** (d'Oran). I. Une femme de 29 ans, a une petite tumeur à la face interne du genou ; on pose le diagnostic de kyste synovial. Après l'extirpation, l'examen de la pièce monte qu'il s'agit d'une tumeur avec grosses cellules multinucléées. Il s'agit de ce que Heurtaux a appelé le myélome des gaines synoviales.

II. Une femme présente, à la suite de plusieurs traumatismes, une rotule très augmentée de volume. Les radiographies montrent une tumeur ayant conservé des limites très nettes, sauf en avant où la coque osseuse est effondrée. Extirpation de la rotule en totalité. La cavité articulaire est fermée complètement ; au-dessus on fait une greffe musculaire. A l'examen biologique, les myéloplaxes sont extrêment nombreux.

Kyste de l'ovaire suppuré à bacille d'Eberth. — M. ***Abadie***. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire qui devient douloureux avec fièvre après une fièvre typhoïde. On l'enlève, il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré à bacille d'Eberth pur.

Actynomycose traitée par injection d'un sérum radioactif. — M. *Corniolley* et *Fisher*. Rapport de M. ***Proust***. Il s'agit d'une actinomycose cervico-faciale incisée plusieurs fois. Le diagnostic bactériologique est établi. On injecte dans les veines 17 millicuries, avec une légère réaction quelques heures après ; très rapidement il y a disparition de la tuméfaction et cicatrisation rapide des fistules. Guérison maintenue depuis 18 mois.

M. ***Dehelly*** a vu un cas d'actinomycose rebelle à l'iodure.

M. ***Gernez*** montre que l'iodure ne peut agir que quand il y a une véritable rétention.

M. ***Thierry*** dit que les injections parenchymateuses de teinture d'iode iodurée sont toujours actives.

L'exploration de la fonction chromagogue du foie au cours des anesthésies et des interventions chirurgicales. — MM. ***Noel Fiessinger*** et ***Henry Walter*** résument leurs études sur l'exploration du foie à l'aide de leur technique du rose bengale chez 65 opérés sous des anesthésies diverses. Il montrent que les opérations sans anesthésie ou que les anesthésies locales ou que le protoxyde d'azote pur ne modifient aucunement la fonction chromagogue. Dans la majorité des cas, le chloroforme élève le taux du rose bengale et le coefficient d'élévation suit la courbe de la durée de l'anesthésie. Avec l'anesthésie à l'éther, on observe dans les trois quarts des cas une élevation du rose bengale. Le balsoforme agit d'une façon analogue, de même les anesthésies au protoxyde-éther, et les rachi-stovaïne avec éther. En établissent par un temps moyen d'anesthésie, un coefficient moyen d'élévation, les auteurs inscrivent en tête le chloroforme, mais montrent que les anesthésiques d'inhalation élèvent tous le taux rationnel du rose bengale. Ils comparent les taux ainsi obtenus avec le taux de la bilirubinémie jugé par l'indice biliaire plasmatique et par la réaction au diazonium de H. Van den Bergh. Le chloroforme élève toujours la bilirubinémie, l'éther beaucoup plus rarement, le balsoforme presqu'autant. Le protoxyde d'azote agit sur la rétention biliaire, les anesthésies locales pas du tout. Les anesthésiques n'exercent pas constamment la même influence sur les deux fonctions chromagogue et biliaire. Ainsi l'éther élève plus le rose que la bilirubinémie, tandis que le chloroforme élève nettement les deux à la fois.

Les auteurs cherchent sur ces constatations à baser un pronostic opératoire. Ils étudient des faits séparés avec taux élevés de rose avant ou après l'opération. Certes des chiffres élevés de rose appellent un pronostic des plus réservés ; mais les surprises sont toujours possibles, et les renseignements de laboratoire ne peuvent, là comme ailleurs, se substituer aux renseignements cliniques. Le rose bengale ne fournit qu'un renseignement sur la fonction hépatique ; il a certes autant d'importance que la recherche de l'azotémie, mais il n'a pas de valeur à l'état isolé, il entre dans le faisceau clinique, en permettant d'évaluer le mode fonctionnel du foie avant et après l'intervention chirurgicale.

Fractures de l'humérus par contration musculaire. — M. ***Mouchet*** rapporte douze observations de cette lésion chez des lanceurs de grenade, dues les unes à M. ***Lheureux*** (de l'Armée), les autres à M. ***Bressot*** (de Constantine). La fracture relève tantôt du mécanisme de flexion, tantôt de celui de l'extension. Il existe souvent un troisième fragment. Le traitement ne présente rien de particulier.

G. MENEGAUX.

GLANURES

Stendhal soigné par Cullerier ? Stendhal, dans ses *Souvenirs d'égotisme* (édit du *Divan*, 1927, p. 160) racontant qu'il eut l'occasion de rencontrer la reine d'Espagne, l'amie du prince de la Paix, donne quelques précisions sur la maladie de cette reine et sur les relations qu'il entretint avec Cullerier.

« Oserai-je dire, écrit-il, quelle était la maladie de cette vieille reine remplie de bon sens ? (Je le sus à Rome en 1817 ou 1824). C'était une suite de galanteries si mal guéries qu'elle ne pouvait tomber sans se casser un os. La pauvre femme, étant reine, avait honte de ces accidents fréquents et n'osait se faire bien guérir. Je trouvai le même genre de malheur à la Cour de Napoléon en 1811. Je connaissais hélas ! beaucoup l'excellent Cullerier (l'oncle, le père, le vieux en un mot ; le jeune m'a l'air d'un fou). Je lui menai trois dames, à deux desquelles je bandai les yeux (rue de l'Odéon, nº 26).

Il me dit deux jours après qu'elles avaient la fièvre (effet de la vergogne et non de la maladie). Ce parfaitement galant homme ne leva jamais les yeux pour les regarder. »

La légende du suicide de J.-J. Rousseau. M. L. Abatangel, dans une étude critique, très documentée (*Revue des Cours et Conférences*, 30 décembre 1927) conclut à la mort naturelle de Jean-Jacques, en démontrant la faiblesse des arguments hostiles et les raisons pour lesquelles il n'y a aucun crédit à leur accorder.

L'un des arguments repose sur le procès-verbal d'autopsie rédigé par les cinq chirurgiens qui ne constatent au front qu'une plaie superficielle provoquée par le choc du front contre le plancher, lorsque le philosophe tomba à terre, et la lettre de Houdon, attestant qu'il n'y avait point de trou au front, quand il moula la tête, mais une simple contusion qui laissait apercevoir parfaitement les lignes non interrompues des rides.

M. Georges Montorgueil fait remarquer dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* que lors de l'ouverture des tombeaux de Voltaire et de Rousseau, au Panthéon, pour établir si leurs restes y reposaient, on examina la tête de Rousseau et qu'on n'y releva aucune fracture.

Personnellement, M. Georges Montorgueil a tenu, ce jour-là, dans ses mains, la tête de Rousseau. Il n'y a pas plus vu de trou que n'en ont vu Houdon et d'autres personnalités contemporaines qui entourèrent Rousseau sur son lit de mort. Le suicide est donc une légende absurde.

Louis Ménard et la découverte du collodion. Dès le collège, Louis Ménard avait aimé la chimie « comme une maîtresse » ; ce goût le fit entrer dans le laboratoire du chimiste Pelouze.

« Ce fut alors, dit Philippe Berthelot, quelques mois d'études acharnées et délicieuses, couronnées par un résultat presque immédiat. Le 9 novembre 1846, il présentait à l'Académie des Sciences, qui l'inséra dans ses compte rendus, une petite note ainsi conçue : « MM. Florès Domonte et Louis Ménard, qui s'occupent en commun d'un travail sur la xyloïdine, ont constaté que cette substance est très soluble dans l'éther ».

Le collodion était inventé ! Cette grande découverte, rendue plus tard si importante par ses applications au traitement des plaies, à la chirurgie, aux matières explosives, et par son emploi décisif pour la photographie passa presque inaperçue. »

A peu près à la même époque, Christian Friedrich Schonbein, de Bâle, découvrait la solubilité de la nitrocellulose dans le mélange d'éther et d'alcool ; il l'indiquait dans le *Times* du 13 novembre 1846.

« En 1847, un Américain du nom de Maynard, étudiant en

médecine à Boston, eut l'idée d'appliquer le collodion au traitement des plaies ; le savant français, dit Philippe Berthelot, dédaigna de réclamer son bien ; depuis lors, les dictionnaires de chimie, trompés par la similitude des noms, attribuent la découverte à l'étudiant américain ; sans les rectifications imposées par M. Berthelot l'erreur durerait encore, car Ménard s'en était désintéressé.

Il continua quelque temps ses expériences et, le 8 mars 1847, l'Académie des Sciences insérait une nouvelle communication : en traitant par l'acide nitrique fumant les corps de la famille du sucre, glucose, sucre de lait, mannite, il obtenait des matières blanches solubles dans l'éther et l'alcool ; puis, précipitant ces matières de leur dissolution nitrique par l'acide sulfurique, il réussit à cristalliser la mannite nitrique. La nitromannite, dont la préparation est fort coûteuse, est peut être le plus puissant explosif connu : Ménard a gardé toute sa vie sur sa cheminée son petit flacon.»

M. Toraude a revendiqué dernièrement, pour le collodion, la priorité en faveur de Louis Ménard (*Bull. des Sc. pharmacologiques*, avril 1927) et, à propos de cette découverte, il a évoqué la belle figure de Louis Ménard « helléniste incomparable, philosophe panthéiste (bien qu'il se prétendît athée), chimiste accompli, rêveur profond. »

Esprit encyclopédique à l'instar des maîtres de la Renaissance, Louis Ménard sera peut-être toujours méconnu pour ses recherches scientifiques ; ses sonnets philosophiques sont suffisants pour lui assurer l'immortalité.

Médecine et médecins en Chine. Le Père Huc, dans ses *Souvenirs* (1) de voyage que la librairie Plon a eu la bonne idée de réimprimer en les faisant précéder d'une substantielle préface de M. H. D'Ardenne de Tizac, donne de curieux détails sur les mœurs des Chinois ; voici un passage où il dit ce qu'était la pratique de la médecine en Chine, vers 1840.

(1) R. P. Huc. — Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Thibet et la Chine. Nouvelle édition publiée et présentée par H. D'Ardenne de Tizac. 4 vol. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris.

« ... La médecine est, comme l'enseignement, un excellent débouché pour favoriser l'écoulement des nombreux bacheliers qui ne peuvent parvenir aux grades supérieurs et prétendre au mandarinat. Aussi les docteurs pullulent en Chine ; sans parler des médecins officieux, qui sont inombrables, puisque, comme nous l'avons déjà dit, tous les Chinois savent plus ou moins la médecine, il n'est pas de petite localité qui ne possède plusieurs médecins de profession. Leur position n'est pas, à beaucoup près, aussi brillante qu'en Europe ; outre qu'il n'y a pas grand honneur à exercer un état qui est à la portée, et, en quelque sorte à la merci de tout le monde, on n'y trouve plus que très peu de chose à gagner. Ordinairement, les visites ne se payent pas ; les remèdes se vendent à bon marché, et toujours à crédit ; d'où il faut conclure qu'on ne peut guère compter que sur le tiers de son revenu. En outre, il est assez d'usage de ne pas payer les médecines qui ne produisent pas de bons effets, ce qu'elles se permettent assez souvent. Mais la situation la plus triste et la plus piteuse pour le médecin chinois, c'est lorsqu'il est obligé de se cacher ou de se sauver loin de son pays pour éviter la prison, les amendes, les coups de bambou, et quelquefois pis encore. Cela peut arriver quand, ayant promis de guérir un malade, il a la maladresse de le laisser mourir. Les parents ne se font par faute de lui intenter un procès ; et, dans ce cas, pour peu qu'on tienne à la vie et aux sapèques, le parti le plus sûr, c'est de prendre la fuite.

Les docteurs chinois aiment beaucoup les spécialités, et s'occupent exclusivement du traitement de certaines maladies. Il y a des médecins pour les maladies qui proviennent du froid, et d'autres pour celles qui sont causés par le chaud. Les uns pratiquent l'acupuncture, d'autres raccommodent les membres cassés. Il y a enfin des médecins pour les enfants, des médecins pour les femmes, des médecins pour les vieillards. Il en est qu'on nomme suceurs de sang et qui fonctionnent comme des ventouses vivantes ; ils apposent hermétiquement leurs lèvres sur les tumeurs et les abcès des malades, puis, à force d'aspirer, ils font le vide, et le sang et les humeurs jaillissent en abondance dans leur bouche. Nous avons eu occasion de voir à l'œuvre un de ses vampires, et nous n'oublierons jamais le spectacle rebutant que présentait cette face hideuse collée aux flancs d'un malheureux qu'elle semblait vouloir dévorer.

La cure des yeux, des oreilles et des pieds est ordinairement réservée aux barbiers qui jouissent, en outre, dans quelques provinces du midi, du privilège de faire la pêche aux grenouilles. Quelle que soit la spécialité des médecins chinois, on en

voit très peu qui deviennent riches en exerçant leur art ; ils vivent au jour le jour, comme ils peuvent, et rivalisent ordinairement de privation et de misère avec leurs confrères, les maîtres d'école ».

La profession médicale en 1828 et aujourd'hui. En 1828, Eusèbe de Salle, médecin, romancier, interprête, professeur d'arabe, publiait une *Lettre d'un médecin à un avocat, ou considérations de morale et d'économie politique sur l'état actuel de la profession de médecin en France.* Les réflexions qui la terminent sont encore vraies aujourd'hui :

« En résumant les circonstances défavorables auxquelles rien ne peut soustraire la médecine, nous voyons qu'il n'est aucun état qui exige des études plus longues, et partant plus dispendieuses ;

Qui commence aussi tard à rapporter ;

Qui, une fois commencée, occupe d'une manière aussi exclusive, aussi continue, aussi fatigante ;

Que, par conséquent, bien que les médecins n'achètent pas de charges, payent peu de choses pour apprentissage, et n'aient pas de fonds d'argent actuellement occupé par leur état, leur capital ne se monte pas moins en réalité à une somme très considérable, d'abord :

Par un long amortissement ; ensuite,

Par la lenteur avec laquelle les intérêts croissent ;

Par l'assujetissement que son exploitation impose ;

Par la spécialité de la valeur, spécialité qui ne permet pas de l'employer à autre chose ; et enfin

Par une identification tellement intime avec l'individu, que le capital périclite quand le médecin est absent du malade, et meurt entièrement avec lui. »

Une histoire de curés. — Elle est racontée par M. Léon

(1) Sur EUSÈBE DE SALLE. — Voir : Une caricature littéraire de Laennec. *Progrès médical*, 5 mars 1927.

Abensour, qui vient de publier des souvenirs sur Clémenceau (1).

« En 1912, Clémenceau, sur les conseils de son entourage, consentit à subir l'opération de la prostate. Il fut soigné dans la maison de santé de la rue Bizet, dirigée par un illustre chirurgien et où les infirmières étaient des religieuses.

Celles-ci l'accueillirent avec toute la curiosité sympathique qui est de règle avec un illustre mécréant.

Espéraient-elles le convertir ? C'est possible. Inutile de dire qu'elles n'y réussirent pas et que Clémenceau, à aucun moment de sa vie, est devenu croyant.

Mais il s'entendait fort bien avec elles et sa principale infirmière, sœur Louise, avait conçu pour lui une véritable affection.

Le Tigre en était touché mais, en vieux voltairien qu'il était, il s'amusait à faire enrager la brave femme et un jour à son réveil, comme elle s'informait « si Monsieur le président avait bien dormi ».

— Oui, dit-il, mais j'ai fait un rêve.

— Ah !

— Oh ! ce rêve était bien étrange. J'ai rêvé que j'étais mort, que j'étais mort et que je me présentais à la porte du Paradis. Quelle diable d'idée avais-je là ! Toujours est-il que je sonnais fort, très fort et qu'enfin Saint-Pierre impatienté venait m'ouvrir.

— Que voulez-vous, me demandait-il ?

— Entrer au Paradis.

Le céleste concierge n'en croyait pas ses oreilles.

— Vous au Paradis ?

— Moi !

— Mais vous avez persécuté les curés.

Nullement, et la meilleure preuve, c'est que, vers la fin de mon séjour dans la vallée des larmes, j'ai lié amitié avec l'une des brebis de notre troupeau ; la sœur Louise qui exerce encore, là-bas son ministère.

(1) Dans la cage du Tigre. Clémenceau intime. Souvenir de son ancien secrétaire Léon Abensour, 6 grav. ou fac. similés. 1 vol. : 10 fr. Editions Radot, 5, rue Eugène Manuel, Paris.

— Dans ces conditions, dit Saint-Pierre c'est autre chose. Vous entrerez au Paradis, mais pas avant de vous être confessé !

Paris valait bien une messe ! La béatitude éternelle valait bien une confession.

— Soit ! acceptai-je.

Et Saint-Pierre partit à la recherche d'un curé.

J'attendis longtemps, longtemps, longtemps... Je recommençais à m'impatienter quand je le vis revenir tout penaud : « Mon pauvre ami, vous n'entrerez pas au séjour des bienheureux pour cette fois !

Je viens de parcourir le Paradis dans tous les sens et je n'y ai pas trouvé un seul curé ! »

Sainte-Beuve et la médecine. Les bonnes thèses deviennent rares et, comme les jeunes ne s'intéressent plus à l'histoire de la médecine, on peut dire que dans ce domaine elles sont inexistantes. Aussi convient-il de signaler ceux qui dérogent à cette coutume du moindre effort. Le Dr Georges Morin est un de ceux là. Il vient de consacrer à Sainte-Beuve, étudié au point de vue médical une grosse thèse de 264 pages (1). Comme le dit le Prof.

(1) Dr Georges Morin. — Sainte-Beuve et la médecine. Essai de philosophie médicale. in-8, 264 p. avec fac. similé. J. B. Baillière. Paris 1928.

Etienne Martin, c'est une œuvre remarquable non seulement par l'ordonnance des idées et l'élégance du style, mais aussi par le plan et les documents nouveaux mis à jour.

Le Dr Georges Morin a eu la bonne fortune d'avoir à sa disposition toute une série de lettres adressées à Sainte-Beuve par ses amis (1) et grâce à cette correspondance il a pu préciser bien des points de la vie de l'illustre critique.

Après avoir fait revivre la jeune personnalité de Sainte-Beuve carabin, le Dr G. Morin montre comment ses premières études ont influé sur la formation de son esprit en général et de sa méthode en particulier. C'est dire que, comme les livres de Troubat, celui du Dr Morin sera désormais indispensable à ceux qui voudront étudier l'œuvre et la personne de l'auteur des *Lundis*.

Ne pouvant donner ici une analyse détaillée, on se bornera à reproduire les conclusions qui constituent en quelque sorte le plan de cette thèse remarquable.

« Sainte-Beuve a été étudiant en médecine pendant quatre ans.

Bien qu'inachevées, ces études, entreprises sous le coup d'une vocation naturelle, furent approfondies ; il s'imprégna des méthodes anatomiques et physiologiques, prit le goût des examens cliniques, lorsqu'il suivit l'enseignement hospitalier à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu. Richerand, Dupuytren, et probablement Alibert, l'ont accueilli dans leurs services soit comme externe, soit comme simple étudiant.

Il ne s'évada jamais complètement de la médecine. L'étude de sa vie, l'évolution de son esprit, la place d'honneur réservée au Corps médical dans sa maison de la rue Montparnasse, nous apprend qu'au contraire, il retourna inconsciemment à son premier idéal scientifique. La critique littéraire de 1865 réincarne la totalité des tendances intellectuelles et recouvre, sous la forme du scepticisme, l'irreligion du carabin de 1825.

La « physiologie » constituait bien en effet, comme il se plaît à le répéter, « son fonds véritable ». N'a-t-il pas, le premier, introduit l'analyse, la psychologie, la biologie, la psycho-pathologie dans le domaine des lettres, et son œuvre n'est-elle pas une tentative hardie de rénovation et d'objectivation de la critique littéraire ?

Son génie de l'observation, qu'avait considérablement développé son passage à l'Ecole de Médecine, se retrouve dans maintes descriptions psychologiques de psychiatriques, « Lundis ». Les qualités de l'observateur et de l'analyste seront rarement dépassés.

Mais le sens critique était à ce point développé chez lui, qu'il se hasarda rarement à conclure ; les vastes synthèses, les généralisations ne sont pas dans son habitude. Sa critique fut morcelée et purement individualiste.

Il essaya en vain de grouper les types décrits dans des familles d'esprits déterminés :

En un mot, Sainte-Beuve porte le sceau de l'éducation médicale qui lui fut donnée : il en eut les qualités et les défauts Excelent observateur, trop scrupuleux peut-être, il manqua de largeur de vue et d'esprit de généralisation. » M. G.

(1) Provenant des collections du Prof. Lacassagne.

BIBLIOGRAPHIE

L'Abbaye de Jumièges, par L.-M. MICHON et R. MARTIN DU GARD. 1 volume in-8° (20 × 13), 31 gravures. Broché, 6 fr. H. LAURENS, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.)

Cet ouvrage est un résumé et une mise au point par M. L.-M. Michon, du volume sur l'abbaye de Jumièges, publié par M. Martin du Gard en 1909. Il retrace d'abord l'historique de l'abbaye, l'une des plus anciennes de Normandie, fondée au VIIe siècle, restaurée au Xe, agrandie au XIe par la construction de l'église Notre-Dame, modifiée au XIIIe et au début de XIVe siècle, qui demeura jusqu'à la Révolution un des plus importants ensembles monastiques de France. Les dévastations revolutionnaires, les

destructions systématiques d'un propriétaire vandale, au début du XIXe siècle, ont fait des bâtiments les ruines grandioses universellement admirées aujourd'hui.

Dans une seconde partie, l'auteur s'attache à résoudre les nombreux problèmes archéologiques que soulève l'étude des ruines elles-mêmes. Il apporte des hypothèses ou des certitudes nouvelles relativement au système de couverture de la nef romane de Notre-Dame à la date des travaux de réfection du chœur à l'époque gothique (fin du XIIIe siècle) et aux diverses campagnes de construction visibles à l'église Saint-Pierre. Au moment où l'ouvrage allait paraître (fin décembre 1927), des fouilles exécutées par M. Lanfry ont permis de rétablir le plan du chœur de Notre-Dame à l'époque romane, qui comportait, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, un déambulatoire. L'ouvrage a pu être mis au courant de ces très importantes découvertes.

Retables et jubés bretons, 1 volume in-8e (18 × 12,5). 43 illustrations, par Paul GRUYER. Broché, 5 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.)

Continuant, dans la collection *Memoranda*, la série de ses études sur l'archéologie bretonne, M. Paul Gruyer nous donne *Les Retables et Jubés bretons*.

Les retables sont une des formes les plus intéressantes de l'ancien art religieux breton. On les trouve un peu partout, dans les cathédrales, dans les humbles églises des villages, dans les multiples chapelles disséminées dans la lande. L'auteur décrit les plus beaux de ces retables. Dans de nombreuses illustrations ils apparaissent devant nous, qu'il s'agisse de celui de Fougères, de Larmor, de Kerdévot, de Crozon, de Saint-Thégonnec.

L'auteur nous mène ensuite devant les jubés et les poutres de gloire. Il insiste sur le magnifique jubé de Folgoet. Là aussi de nombreuses illustrations nous font mieux apprécier la beauté de ces œuvres.

Le peintre pratique, par G. GOSSELIN et PANEL. — *Différents genres de peinture. — Couleurs et liants. — Apprêts. — Peinture à l'huile. — Collage de papier. — Vitrerie. — Décor et décoration. — Colles et badigeons. — Quelques recettes.* Un volume in-16, de la « Bibliothèque des Professions, des Arts et des Métiers », broché, 7 fr. 50. Librairie Hachette.

Voici un manuel de peinture, de vitrerie, de collage de papiers et de décors, initiation aussi simple, aussi claire que possible, et faite à la fois pour jeunes gens et pour tous ceux qui veulent exécuter eux mêmes leurs travaux.

35 figures rendent ce très utile ouvrage encore plus accessible et attrayant.

La sténographie des intellectuels, méthode Phusis, in-8, 6 fr. Librairie Picart, 59, boulevard St-Michel, Paris.

L'auteur expose une méthode claire et simple qui rendra de réels services.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abonnement France : 95 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du nº de février 1928 : Les mythes de Tintoret, par R. Schwab. — Thérèse Debains, par F. Fosca. — Laideur sans espoir du timbre poste français, par E. Tisserand. — Un ensemble de Chareau au Grand-Hôtel de Tours, par G. Varenne. — Louis Bouquet, par S. Fumet. — Mario Tozzi, peintre, par Renato Lamazzo. — Campigli, peintre, par Aldo Maderna. — Maximilien Vox, par Charles Sannier. — Un rubens ressuscité.

Chroniques : Les expositions. — Le monument des arts appliqués. — Bibliophilie. — Découvertes. — Bibliographie.

La Gerbe d'or, par Henri BÉRAUD. Un volume in-16. — Prix : 12 francs. Les Editions de France, 20, avenue Rapp, Paris, VIIe

M. Béraud évoque dans *La Gerbe d'or* le doux et émouvant passé.

La tristesse des brouillards enveloppant la grande ville qui dort aux bords de la Saône et du Rhône, la vie facile et familière d'un enfant unique dans un milieu de petits commerçants, simple et traditionalistes, le brave intérieur d'une boulangerie qui sent bon la farine et la brioche, le visage d'une mère adorée, les robustes aspects d'un père admiré et respecté, M. Béraud les restitue avec une sobre émotion. Et aussi tous les détails de mœurs abolies par la guerre, événement terrible et inhumain qui permet à un écrivain qui touche seulement la quarantaine d'enseigner un passé inconnu aux jeunes gens qui viennent sur ses pas.

« Le ton mélancolique et noble de cet écrit, la fermeté d'un style où se retrouvent toute la merveille et toute la délicatesse de notre langue font de *La Gerbe d'Or* un ouvrage qui suffirait à couronner d'or et de palmes la maturité d'un écrivain. Et M. Béraud est encore loin de cette maturité qui, pour les écrivains de son talent et de sa race, arrive longtemps après la cinquantaine. »



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.

NDÉ EN 1873. — Nº 11 LE NUMÉRO: 50 Centimes 17 MARS 1928

Le Progrès Médical

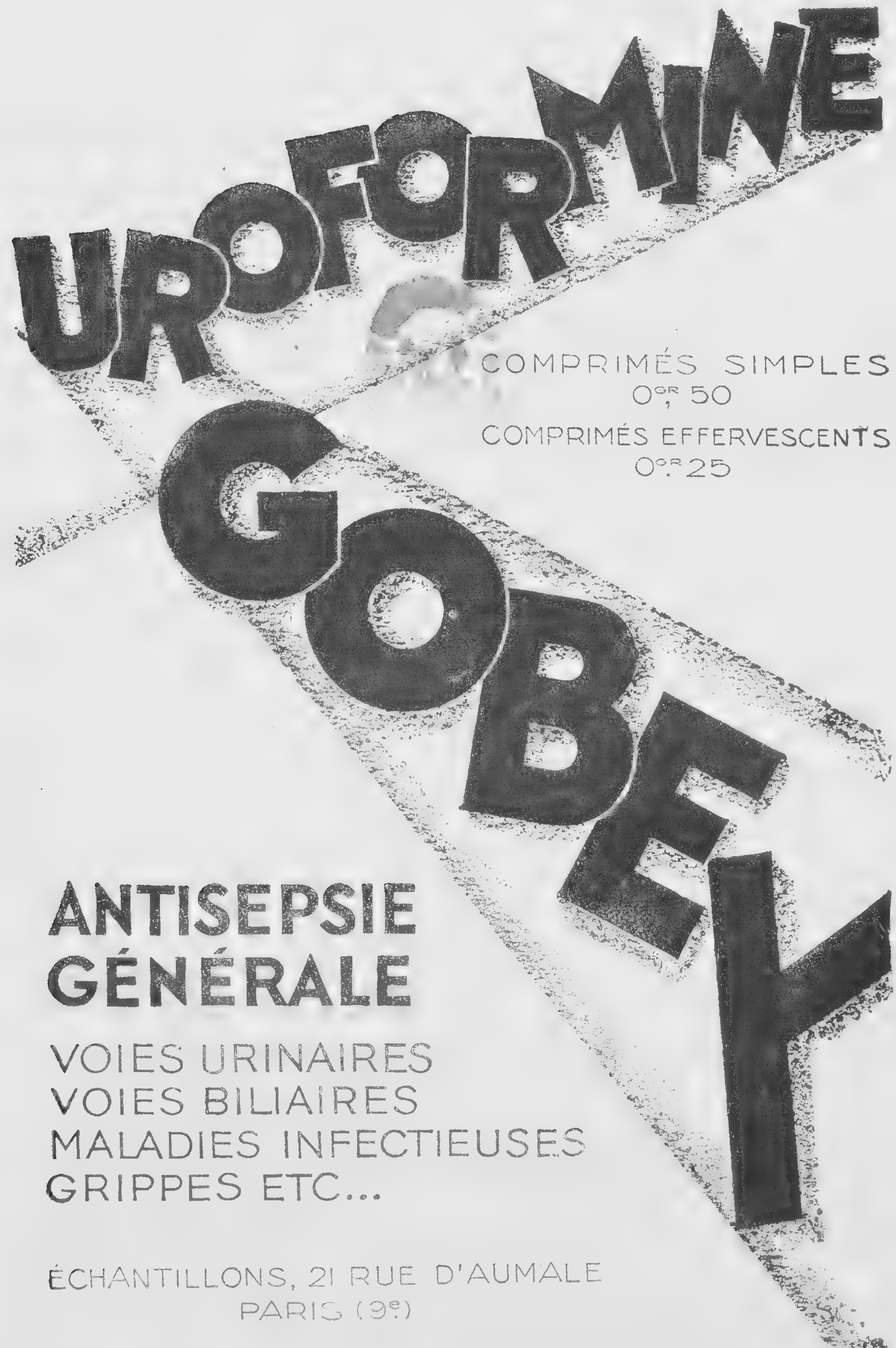
HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
Rue des Écoles, PARIS (Ve)
P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
abonnts partent du 1er de chaque mois.
nce et Colonies .... 40 fr.
udiants .... 30 fr.
gique .... 45 fr.
anger 1re zone .... 70 fr.
2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE


UROFORMINE
GOBEY
COMPRIMÉS SIMPLES
0gr 50
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
0gr 25
ANTISEPSIE
GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
ÉCHANTILLONS, 21 RUE D'AUMALE
PARIS (9e)
LÉON.ULLMANN

NOUVELLES

Faculté de Lille. — M. DEBEYRE, agrégé près la faculté mixte de médecine de Lille, est nommé à compter du 1er mars 1928, professeur d'histologie à la dite faculté (chaire vacante : M. LAGUESSE, dernier titulaire).

Concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira, le lundi 15 octobre 1928, devant la faculté de Paris pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie, de physiologie à l'école de Nantes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Concours pour l'emploi de médecin des asiles publics d'aliénés. — Le jury du concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés, qui doit s'ouvrir à Paris le 19 mars 1928, est constitué comme suit :

Président : M. le Dr Daniel SANTENOISE.

Membres titulaires : M. le professeur PFERSDORF (de Strasbourg).

MM. les Drs Privat de FORTUNIE, (de Maréville) ; QUERCY, (de Rennes) ; PACTET, (de Villejuif) ; LAUTIER, (d'Alençon) ; LAFAGE (de Braqueville) ; M. HAYE, chef du 1er bureau de la direction de l'assistance.

Membres suppléants : M. le Dr LERAT, (de Lafond) ; DADAY, (maison nationale de Saint Maurice).

La clinique devant les moyens d'investigation du laboratoire. — Tel a été le sujet de la leçon inaugurale de M. le Professeur PAVIOT (de Lyon). Après avoir exprimé sa reconnaissance à ses collègues de la Faculté qui l'ont désigné à l'unanimité pour l'enseignement de la clinique médicale et fait l'éloge des maîtres qui l'ont précédé : BONDET « d'une bonhomie, d'une finesse inégalable » — Joseph TEISSIER qui fut non seulement un grand médecin mais l'artiste le plus délicat. — Louis BARD, de qui l'immense savoir et la dialectique invincible voilaient l'ardente, l'exquise sensibilité. — M. le professeur PAVIOT a abordé le thème de sa première leçon dont voici le résumé d'après le *Progrès de Lyon*.

« M. PAVIOT a souligné le privilège dont jouissent médecins et étudiants dans les hôpitaux français.

. . . .

Les salles des hôpitaux leurs sont largement ouvertes et les malades se prêtent volontiers à toutes les observations. Ainsi l'aspirant médecin apprend à aborder le malade, à l'interroger, à le toucher, le palper, l'ausculter, à faire le tour des lésions et des symptômes pour établir le diagnostic, le traitement.

Il n'en est pas de même à l'étranger, particulièrement en Allemagne, aux Etats-Unis, où les examens de laboratoire ont pris, sur l'examen clinique personnel, direct, un avantage démesuré. Si bien que l'on pourrait organiser prochainement, dans un grand magasin, par exemple, un rayon de médecine. Au premier appel surgiraient au chevet du malade tous les physiologistes, chimistes, radiologues, etc. ; chacun opérerait ses prélèvements, chiffrerait ses résultats. Le collationnement de leurs fiches donnerait automatiquement le diagnostic, le pronostic et le traitement. Nous n'en sommes point encore là en France. Nous ne croyons pas à ces formules rigides. Nous savons qu'en médecine tout est contingent, qu'il y a des maladies, mais qu'il y a surtout des malades ; que le jugement du médecin averti, expérimenté, doit dominer les éléments fournis par le laboratoire.

Cela ne veut point dire que l'on écarte l'investigation scientifique. Au contraire ; tout praticien, si modeste qu'il soit, doit avoir son petit laboratoire d'hématologie, savoir déceler, mesurer l'acidose, l'acétose, etc.

Mais ces recherches ne doivent venir qu'après l'examen attentif du malade, pour compléter, éclairer, préciser les éléments du diagnostic.

Et, faisant allusion à la future Faculté de médecine, dont les fondations se creusent en ce moment tout près du futur hôpital de Grange-Blanche, M. Paviot conclut :

« Le laboratoire sera, pour nous, l'aide, l'associé de la clinique. Tout en recevant, d'un cœur reconnaissant et fier, le beau cadeau de nos amis américains, nous ne nous croyons pas tenus d'abandonner les traditions de la clinique à la française.

« L'étudiant délaissera-t-il la salle d'hôpital et l'investigation personnelle par ses yeux, ses doigts, son oreille, pour se réfugier dans les recherches du laboratoire dont il déduirait le diagnostic, le traitement ? Le malade doit-il être préparé par toutes les recherches physiques, chimiques, bactériologiques avant d'être observé, analysé par la palpation, la percussion, l'auscultation ? Nous ne le pensons pas.

« L'étudiant doit continuer à être l'apprenti clinicien au lit du malade, puisque les mœurs depuis longtemps nous le permettent. Plus tard, dans sa vie de médecin, loin des villes, des laboratoires, par les campagnes éloignées, les montagnes bloquées de neige ou bien dans le bled marocain, l'oasis saharienne, c'est à ses yeux, à ses mains, à ses oreilles, à leurs renseignements colligés et analysés par le raisonnement qu'il demandera le diagnostic.

« Mais dans une faculté qui doit penser autant à la recherche générale qu'à l'enseignement, le mariage de raison — et, pour nous, il est aussi un mariage d'inclination — de la clinique et du laboratoire s'impose. Mais il ne devra exiger, ni de l'un, ni de l'autre des conjoints le sacrifice de sa personnalité.

« Nous avons déjà, annexés à la clinique, sur le pied où nous les ont laissés, et Joseph Teissier et Louis Bard, les éléments de recherches de laboratoire, les plus indispensables, nous allions dire : les plus cliniques dans leur application. Mais le jour où nous serons encore plus proches — autrement que par nos sympathies — des physiologistes, des chimistes de la faculté, l'union, le travail en commun seront, à la fois encore plus intimes, plus féconds ».

Lyon. — M. Albert REVERDIN, chirurgien à Genève, a fait, mercredi 7 mars, dans l'amphithéâtre de la clinique de M. le professeur BÉRARD, une démonstration des nouveaux appareils plastiques pour l'immobilisation des fractures, pour l'orthopédie et pour les applications du radium.

— M. le professeur de QUERVAIN, de Berne, a fait, vendredi 9 mars, dans le même amphithéâtre, une leçon sur le goitre endémique et le crétinisme. Cette leçon était illustrée de projections et d'un film tiré spécialement pour cet enseignement.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *A la dignité de grand officier*. — M. le médecin général de 1re classe GIRARD.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général de 2e classe de FRESSINE.

GUERRE. (Active). — *Au grade de commandeur*. — M. le médecin inspecteur SAVORNIN.

Réserve. — M. le médecin principal de 2e classe Victor PAUCHET.

Bal de la médecine française. — Nous rappelons à nos lecteurs que le IIe bal de la médecine française, organisé par la Société pour femmes et enfants de médecins, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), sous le patronage de l'Association générale des médecins de France, au profit des veuves et orphelins de médecins, aura lieu le samedi 24 mars prochain dans les salles du ministère de l'Intérieur.

Les dons continuent à affluer à l'Association générale des médecins de France.

Les trois premières listes de donateurs totalisent un chiffre de 25.265 fr.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le Dr RIVET, sous-directeur de laboratoire au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anthropologie, en remplacement de M. Verneau, admis à la retraite.

IIIe Congrès polonais de stomatologie. — Ce congrès aura lieu à Cracovie en mai 1928 à l'occasion du 25e anniversaire de la création de la chaire de stomatologie et de l'Institut de stomatologie.

Le secrétaire général est le professeur CIESZYNSKI, à Lwow, Ul Zielona, L5A, Pologne.

Hôpital des Quinze-Vingts. — Un concours pour l'emploi d'aide de clinique à la clinique ophtalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts aura lieu le 7 mai 1928. Le nombre des places mises au concours est fixé à cinq.

Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine, ainsi que les étudiants avant pris douze inscriptions au moins à l'une des Facultés de l'Etat, de nationalité française et âgé de moins de 35 ans.

L'inscription des candidatures sera reçue à la Direction de l'Hospice nationale des Quinze-Vingts (secrétariat de la clinique), 28, rue de Charenton, à Paris, jusqu'au 21 avril 1928, à dix-huit heures.

Cinquième Congrès international de thalassothérapie. — Le cinquième Congrès international de Thalassothérapie aura lieu entre le 21 et le 29 mai 1928.

Nécrologie. — Dr André CHAVOIX, de Bordeaux. — Dr RIGODON, de Montbrison. — Dr A. BOURGUELLE, de Cambrai.

Rétablissement du fonctionnement normal de l'Intestin



*L*E LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool ; pas de contre-indications ; pas d'écoulement d'huile ; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶ *MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

PARMI les nombreux médicaments dont on dispose actuellement contre la constipation, l'inertie de l'intestin, la stase intestinale ou n'importe quelle forme de dyschesie d'origine fonctionnelle, il n'y en a pour ainsi dire pas un seul qui ait rencontré chez les médecins avisés une faveur et un accueil aussi nets que le

LORAGA

Tout praticien qui, en présence d'un cas grave de constipation, voudra bien essayer cette préparation d'huile de paraffine pure, d'agar-agar et de phénolphtaléine unis en proportions scientifiquement établies, comprendra d'ailleurs facilement pourquoi le Loraga s'attire de plus en plus la faveur et la confiance générales des médecins. Il constatera que le Loraga

1° produit des évacuations intestinales rapides et satisfaisantes ;

2° augmente le volume, la mollesse et la plasticité de la masse fécale, fournissant de ce fait un stimulant naturel au péristaltisme ;

3° relève le tonus et la vigueur des muscles intestinaux du fait qu'il maintient dans le canal intestinal un état propre à favoriser son fonctionnement régulier ;

4° rétablit l'activité fonctionnelle de l'intestin de sorte que les évacuations régulières commencent bientôt à se faire naturellement et continuent sans le secours d'aucune autre médication.

Dans le Loraga le praticien possède donc un médicament qui non seulement améliore le mauvais fonctionnement de l'intestin mais le corrige réellement. Son influence n'est donc pas temporaire, mais bien persistante.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

ETUDES SUR LE CALCIUM

Sur les moyens d'étude courants des variations calciques dans l'organisme

Par **Ch. O. GUILLAUMIN**,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Le nombre des travaux publiés sur le rôle du calcium dans les organismes supérieurs et chez l'homme en particulier témoigne de l'intérêt, d'ailleurs justifié, qu'apportent les physio-pathologistes aux variations de cet élément. Les moyens d'études en sont variables suivant le problème à élucider. Si nous avons pour objet les variations calciques de l'individu tout entier, nous sommes obligés, sauf à de rares exceptions, de recourir à l'étude sur l'animal, puis à supposer applicables à l'homme les résultats ainsi obtenus. Suivant les cas, nous nous adressons donc à des animaux de petite taille, comme la souris, le rat, le cobaye, le lapin, chez qui le calcium peut être retrouvé en entier après destruction de la masse organique par une simple incinération. Si, au contraire, nous avons besoin d'étudier des organes séparés, nous pouvons recourir, en plus des premiers, à des animaux de plus grande taille, chez qui certaines ablations d'organes sont rendues plus faciles par leur taille même. Chez les uns comme chez les autres, le calcium (au moins le calcium total) peut être facilement recherché et dosé sur les cendres obtenues sans précautions spéciales.

Nous avons un exemple des résultats qu'on peut obtenir à l'aide de ces méthodes simples, et auxquelles on ne pense peut-être pas assez souvent, dans les travaux remarquables de mon collaborateur et ami, le Dr Vignes exposés dans ce même journal.

Les mêmes techniques sont applicables *post mortem* chez l'homme, quand la dissection en est permise.

Chez l'homme vivant, on peut encore recourir à des biopsies lorsque la nécessité d'une intervention chirurgicale permet de séparer un organe entier ou un fragment d'organe. La même technique que ci-dessus est applicable, à condition d'avoir déjà des données antérieures sur la teneur en calcium du même tissu sain : et peut-être, pour des études délicates, devrait-on penser plus souvent à recourir à l'ingénieuse technique de Policard qui permet d'étudier la localisation des minéraux dans une coupe histologique.

Mais la pratique d'une biopsie reste toujours ici un moyen d'exception, inapplicable d'ailleurs à de nombreux tissus ; pour juger couramment des variations dans la localisation ou dans le métabolisme de calcium, il ne nous reste ici en définitive que trois procédés d'étude qui sont :

1° La radiographie ; 2° l'étude du sang ; 3° la détermination du bilan calcique.

Je n'insisterai pas sur les résultats fournis par la radiographie dont l'utilité est incontestable, laissant la parole à de plus autorisés sur ce point et je n'en parle que pour rappeler la contradiction qu'elle semble parfois fournir en ses résultats avec ceux donnés par l'étude du sang. L'explication de cette anomalie sera facilement fournie plus loin.

Etude de la calcémie.

Le prélèvement du sang, qui n'est en somme qu'une biopsie plus facile à exécuter que les autres, est devenu une opération banale : les malades y sont habitués ; ils le réclament parfois. Quels renseignements allons-nous tirer de son étude ?

Le sang contient une quantité extrêmement fixe de calcium, quantité infime par rapport au calcium total de l'organisme, mais quantité importante par rapport à son action dans un certain nombre de fonctions organiques.

Dans le sang circulant d'un être humain, le calcium est réparti fort inégalement entre les globules et le plasma. Le plasma dont l'étude se fait la plupart du temps à l'aide du sérum, contient de 95 à 110 mgr. de calcium par litre. Les globules en contiennent une quantité beaucoup plus minime, au point que certains auteurs ont été jusqu'à nier la présence du calcium dans ces corpuscules. Mes expériences personnelles me permettent cependant d'en fixer le taux à 20 ou 27 mgr. par litre de globules, chiffre voisin de celui trouvé par Rona et Takahashi. Cette question du calcium globulaire semble d'importance secondaire, tout au moins dans ses applications cliniques, parce qu'aucun travail digne d'intérêt n'a encore été poursuivi sur les causes des variations de cet élément dans les hématies. La trop grande variation du pourcentage globulaire selon les individus rend inutilisables les recherches faites sur le sang total.

Le calcium se trouve dans le plasma sous trois formes :

1° Le calcium uni intimement aux albumines, décelé par sa résistance à l'ultrafiltration et dont l'existence a été directement démontrée par Piettre et Vila ;

2° Le reste est en combinaisons salines, tels que bicarbonates, phosphates, etc., mais se trouve :

a) Soit à l'état ionisé, qu'on peut mesurer par la formule de Rona et Takahashi ;

b) Soit à l'état de sels en sursaturation, maintenus en solution par l'abondance des colloïdes du plasma. Cette dernière appellation a été choisie, faute de mieux, par Rona pour désigner le calcium correspondant à la différence entre le calcium total trouvé dans le sang et la somme des deux premières fractions.

Pour l'étude de ces diverses formes nous avons à notre disposition trois modes de mesure :

A) Dosage du calcium total.

Ce dosage s'effectue soit après minéralisation de l'échantillon, soit après simple désalbumination par l'acide trichloracétique, soit directement dans le sérum. Je n'insisterai pas ici sur les détails des différentes techniques de dosage sur lesquelles j'ai déjà fourni antérieurement des indications (1). Disons seulement, en résumé, que pour avoir une précision suffisante, et quelle que soit la méthode, il faut opérer sur un volume de sérum autant que possible égal à 5 cmc., jamais inférieur à 2 cmc., et s'être exercé préalablement sur des solutions complexes de titre en Ca connu.

B) Mesure du calcium ionisé.

D'après Rona et Takahashi le taux des ions Ca'' est sans relation avec celui du Ca total, mais uniquement sous la dépendance de la tension de l'acide carbonique plasmatique et lié à lui par la formule $Ca'' = K \frac{(H)}{(CO^3 H)}$

L'exactitude de cette formule a été établie incontestablement par ces auteurs sur des solutions artificielles, puis vérifiée par Brinkmann et Van Dam. Elle est niée par d'autres auteurs, qui lui reprochent de ne pas s'appliquer exactement à un milieu aussi complexe que le plasma sanguin : il est vraisemblable qu'il y a une part de vérité dans cette dernière assertion.

Quoi qu'il en soit, et malgré ses imperfections, la formule de Rona semble conserver un intérêt pratique indiscutable pour exprimer la résultante des actions antagonistes entre les différents facteurs qui conduisent à l'acidose ou à l'alcalose et augmentent ou diminuent le taux du calcium ionisé. Ce taux, chez l'individu normal,

(1) *Journal médical français*, octobre 1925.

se tient d'après Bigwood, entre 22 et 28 mgr., de Ca'' par litre de plasma ; mes résultats m'ont toujours confirmé ceci.

C) **Calcium ultrafiltrable.**

La portion du calcium dite «ultrafiltrable», est, par définition, celle qui traverse, dans des conditions déterminées, une membrane de collodion. Les proportions du calcium ultrafiltrable sont variables, selon la technique et la membrane choisies. La plus recommandable semble être celle de Giemsa, fondée sur l'emploi du collodion acétique et qui a donné entre les mains de M. Delaville et de ses collaborateurs, dans le laboratoire du Pr Léon Blum, des résultats si remarquables. On constate ainsi que normalement 40 à 45 % du calcium sérique est lié à des combinaisons non ultrafiltrables.

On ne doit pas oublier que, pour toutes ces recherches, le sang doit être prélevé, de préférence à distance d'un repas, avec une compression nulle ou très faible, puisque l'asphyxie locale augmente le taux du calcium sérique, d'après MM. Blanchetière et Binet. Si l'on doit mesurer le calcium ionisé, l'échantillon sera prélevé de préférence sur hirudine et conservé à l'abri de l'air jusqu'à l'analyse ; il est préservé de l'évaporation en le conservant en tube bouché, et séparé du caillot dans le temps minimum possible dans tous les cas où la coagulation n'est pas entravée.

Intérêt de la mesure de la calcémie.

Dans quels cas en particulier l'étude du calcium sanguin pourra-t-elle nous donner un renseignement utile à la clinique courante ?

Les techniques indiquées ci-dessus montrent qu'on peut chercher à explorer l'état du calcium sérique pour y trouver un reflet soit du taux du calcium tissulaire total, soit de l'équilibre physicochimique sous lequel se trouvent ces ions ou molécules calciques. Ce dernier point n'est pas le moins important, car il conditionne de nombreuses fonctions organiques essentielles (rythme cardiaque, tonus musculaire, etc.), bien que la masse du calcium ainsi ionisé ou mobile ne représente dans l'organisme qu'une fraction variable mais toujours infime de calcium total ; c'est-à-dire que les techniques fondées sur l'incinération des tissus ne donnent ici aucun renseignement utilisable.

Calcémie totale.

Le taux du calcium sérique est un reflet du calcium total, mais un reflet atténué, parce que la fixité de la calcémie semblant être un des facteurs indispensables à l'équilibre des fonctions organiques, s'il y a perturbation, les tissus, en particulier le tissu osseux, se comportent comme des tampons capables d'amortir longtemps les oscillations de la calcémie ; les émonctoires font le reste, et si rapidement que l'ingestion ou l'injection de sels solubles n'a d'effet sur elle que pendant quelques heures. Il en résulte que l'on doit tenir compte même de petits écarts dans l'interprétation des variations sériques : ceci implique une exactitude rigoureuse dans leur mesure.

Nous comprenons alors pourquoi, chez certains rachitiques, la radiographie montre un retard important dans la calcification du squelette sans que l'hypocalcémie soit très accentuée ; que, dans certaines arthralgies articulaires féminines, observées par M. P. Weil, l'écran montre une décalcification locale importante alors que le calcium sérique est presque inchangé : enfin la sclérose avec calcification locale d'un organe ou des vaisseaux, conséquence d'un processus de défense antiinfectieux, peut exister sans modification sérique.

En général, *l'étude du calcium total sérique se montre intéressante parce que le taux en est abaissé :*

1° Dans les troubles des glandes endocrines que l'on sait être en relations particulières avec le métabolisme calcique ;

a) Thyroïdes et parathyroïdes, donc en particulier dans la spasmophilie fruste ou après parathyroïdectomie ;

b) Surrénales, puisque la médication par l'adrénaline est capable d'aider à la fixation du calcium (Binet-Vagliano) ;

c) Thymus, dont l'ablation augmente notablement les éliminations calciques ;

d) Ovaire, dans certains troubles consécutifs à une rupture de la synergie endocrinienne, à la suite d'une ménopause naturelle ou artificielle (J. Dalsace et Ch.-O. Guillaumin, M. P. Weil).

2° Dans la grossesse, où normalement le calcium sérique s'abaisse légèrement (Bogert et Plass), mais se montre particulièrement bas dans les états prééclampsiques (Lévy-Solal, Dalsace et Grillet).

3° Dans le rachitisme où sa mesure sert d'abord à fixer un diagnostic, mais surtout à vérifier le retour à l'état normal par exemple sous l'action des rayons U. V. (Lesné, de Gennes et Ch.-O. Guillaumin) ou de toute autre thérapeutique active.

4° Dans certaines tuberculoses accompagnées de diarrhée, alors que les formes non intestinales n'ont pas de reflet sur le Ca sérique.

5° Dans l'acromégalie (Laignel-Lavastine et Malnes).

6° Dans quelques troubles en liaison avec les systèmes vasculaire, ou sympathique, mais où il y aurait surtout à envisager le rapport K/Ca (Kylin).

7° Dans certaines néphroses (Salvesen), urémies, cachexies non cancéreuses (Tschiember), hypertension essentielle (Kylin), états de choc (Zunz), etc.

Il sera beaucoup plus rare de déceler *l'augmentation de la calcémie* au dessus de sa limite normale supérieure ; elle est toujours peu importante, en dehors de quelques états psychiques (Blanchetière). Parmi les résultats obtenus à l'aide de techniques sérieuses, il n'y a guère à retenir que quelques cas de Tschiember relatifs au diabète et à la maladie de Vaquez. Ils ne dépassent pas 120 mgr. Du même ordre sont les anomalies rencontrées par M. P. Weil et moi dans quelques processus goutteux et encore très irrégulièrement : nous sommes loin des 164 à 240 mgr, indiqués par Coates et Raiment dans ces mêmes états, ces derniers chiffres mériteraient plus qu'une confirmation.

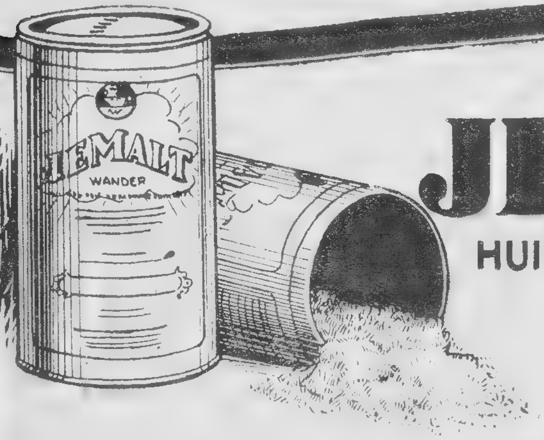
Où le dépistage des états hyperalcémiques est surtout utile, c'est lorsqu'ils se manifestent au cours de traitements ayant pour but ou pour conséquence d'élever le taux du Ca sérique, tels que la radiumthérapie, les rayons U. V., ou l'administration d'extraits parathyroïdien ; il semble qu'on doive alors suspendre ou atténuer le traitement mis en œuvre sous peine de voir apparaître des phénomènes d'intolérance. Dans ce cas particulier, l'étude du Ca est souvent heureusement complétée par l'étude du phosphore inorganique.

Etat physico-chimique du calcium sérique.

L'intérêt de l'étude complémentaire du calcium sérique en ses diverses formes est lié à deux facteurs principaux :

a) Puisque *l'alcalose*, en diminuant l'ionisation du calcium exagère les phénomènes tétaniques, on peut songer à rechercher le taux du calcium ionisé quand il y a spasmophilie ou exagération du tonus musculaire. La démonstration la plus évidente de cette relation en est donnée par l'épreuve dite de « tétanie par hyperpnée » où après J.-B.-S. Baldane, R. Turpin et moi avons vérifié qu'au maximum de phénomènes tétaniques, l'alcalose avait provoqué l'abaissement du Ca'' jusqu'à 13 mgr.

L'*acidose* au contraire l'élève considérablement. Elle a de plus pour conséquence d'augmenter la portion de Ca *ultrafiltrable*, c'est-à-dire dont la déperdition par les émonctoires est plus rapide, d'où l'intérêt de sa recher-


JEMALT
WANDER

che dans le rachitisme par exemple et dans certains états accompagnés de décalcification locale ou générale (ménopause, etc.)

b) L'étude du calcium ultrafiltrable permet d'expliquer la genèse des quelques accidents liés à un trouble profond du métabolisme calcique. L'ostéomalacie en est un exemple : l'hypocalcémie signalée par L. Blum et ses collaborateurs dans un cas, n'a pas été retrouvée par moi-même, ni par Menasel ou d'autres ; il semble par contre que le signe indiscutable réside dans la disparition presque totale du calcium organique non ultrafiltrable qui a pour conséquence de permettre une déperdition calcique exagérée et permanente par les émonctoires.

Détermination du bilan calcique.

Ni la radiographie ni la mesure de la calcémie ne résolvent tous les problèmes relatifs au métabolisme calcique chez le vivant : il est des cas où l'on a besoin de savoir exactement si le bilan de cet élément est ou non déficitaire parce que le résultat est parfois en contradiction avec ce qu'on pourrait préjuger de l'examen hématologique. Prenons un exemple. Un malade supposé déficient en ses sécrétions parathyroïdiennes, est soumis à un traitement par un extrait de ces glandes ; sa calcémie augmente ; y aura-t-il sûrement gain pour son organisme ? On n'en aura sûrement la preuve que si l'on *a la patience* de terminer son bilan calcique ; on sait en effet aujourd'hui, d'après Collip que la première action de l'extrait parathyroïdien est de mobiliser ses réserves calciques et d'augmenter, en même temps que sa calcémie, ses éliminations urinaires.

Le bilan calcique ne peut être établi sans des mesures quantitatives exactes portant à la fois sur les ingesta et les excreta par les voies urinaire et intestinale. On ne saurait se contenter de l'évaluer en calculant le taux de Ca des aliments à l'aide des tables telles que celles d'Armand Gautier ; et pour les excreta, de les mesurer par l'élimination urinaire qui ne représente qu'une fraction par trop variable de l'excrétion totale.

Le lait serait un aliment idéal parce que facile à homogénéiser et à titrer, s'il n'apportait souvent de sérieuses variations du rythme des fonctions digestives quand on veut brusquement soumettre un sujet au régime purement lacté. Le seul moyen de résoudre pratiquement le problème consiste à faire une certaine provision d'aliments simples, dont on puisse facilement prélever des échantillons. Ce sera au gré du patient, avec un peu de lait des biscottes, farines, compotes, fromages cuits, confitures, fruits en compote, viande désossées et hachées, eau ou boisson d'une source connue, etc. dont on fait absorber une quantité bien connue.

On détermine réellement la teneur en Ca de chacun d'eux ; d'un autre côté toutes les excrétions urinaires et fécales sont recueillies ; dans les unes et les autres, on dose le Ca présent. Devant la difficulté de séparer exactement les émissions fécales, il semble que l'expérience doit durer au moins pendant 5 jours consécutifs pour garder son caractère de précision. Peut-être la jugera-t-on parfois fastidieuse, et c'est pourquoi j'ai dit au début de ce paragraphe « avoir la patience » d'établir le bilan calcique ; tout dépend ici de l'importance qu'on attachera à son résultat, témoin indiscutable de décalcification ou de récalcification d'un organisme.

Le calcium alimentaire

Par **Raoul LECOQ**

> « The *ordinary mixed diet* of Americans and Europeans, at last among dwellers in cities and towns, is probably more often deficient in calcium than any other chemical element ».
> H. C. SHERMAN.

De tous les minéraux qui entrent dans la composition du corps humain, le *calcium* est, de beaucoup, celui qu'on rencontre dans la plus forte proportion. Il représente, en effet, 1,4 % environ du poids total, soit approximativement 980 gr. pour un adulte de 70 kilogr.

Alors que 68 à 75 % du phosphore total se trouvent dans les os, 98 % du calcium servent à la constitution du squelette. Le rôle prépondérant qu'il occupe dans l'édification de la charpente humaine n'empêche pas cet élément d'intervenir, en outre, par sa présence, dans la régulation de l'excitabilité cardiaque et musculaire, dans la coagulation sanguine et même dans la prolifération cellulaire.

C'est à l'état de *précipité inactif* que le calcium est utilisé par le squelette, dont il assure la solidité. On peut l'y doser sous forme de phosphate, de carbonate et de fluorure (à côté de petites quantités seulement d'autres composés minéraux), dans des proportions voisines de celles que nous transcrivons ci-après :

Phosphate de chaux	85 %	(environ)
Carbonate de chaux	12 %	—
Fluorure de calcium	0,4 %	—

Le rapport du phosphate de chaux (presque exclusivement composé de phosphate tricalcique) au carbonate, fixe d'ordinaire, peut varier dans certains cas pathologiques, il est donc important de reproduire ici ses valeurs normales :

7 à 7,9 pour l'enfant et l'homme adulte ;
10,6 à 10,8 pour le rat.

Si nous ajoutons ces derniers chiffres, c'est que le rat est, depuis quelques années, très fréquemment utilisé comme sujet d'expériences sur la nutrition dans les laboratoires. Par la suite nous aurons du reste occasion de citer, à titre comparatif, d'autres chiffres le concernant.

Le calcium des organes et des tumeurs est (sauf exception pathologique) sous forme soluble, *biologiquement active* et, pour cette raison, plus commodément mobilisable. Le tableau I, que nous empruntons à M. P. WEILL et Ch. O. GUILLAUMIN (1) en montre la répartition dans l'organisme humain. Dans le sérum sanguin on le trouve sous trois aspects différents savoir :

Ions calcium libres	20 %	(environ)
Sels non dissociés (phosphates et surtout bicarbonates)	45 %	
Calcium non diffusible	35 %	

Ce dernier est à l'état de combinaisons protéiniques colloïdales, où le métal est en grande partie dissimulé. La présence de telles substances non dialysables, c'est-à-dire ne traversant pas les membranes de collodion, fut démontrée par RONA et et TAKAHASHI (2). Plus récemment, VON MEYSENBURG, PAPPENHEIMER et leurs collaborateurs ont confirmé à la fois l'existence et le pourcentage de ce calcium non diffusible dans le sang normal (3).

(1) M. P. WEIL et Ch. O. GUILLAUMIN. — *Rev. Pathol. comp. et Hyg. gén.*, 1923, **23**, pp. 440 et 457.
(2) P. RONA et D. TAKAHASHI. — *Biochem. Zeitschr.*, 1911, **31**, p. 336.
(3) L. von MEYSENBURG, A. M. PAPPENHEIMER, T. F. ZUCKER et M. F. MURRAY. — *Journ. of biol. Chem.*, 1921, **47**, p. 529.

TABLEAU I.

Proportion de calcium pour 100 des tissus et humeurs de l'homme (à l'état frais).

Os	128,000 à 235,000	A. Gautier
Peau	0,200	Fritsch
Graisse	0,003	—
Muscles	0,107	—
Tendons	0,643	—
Cerveau	0,021	—
	0,022	A. Gautier
Foie	0,086	Fritsch
	0,021 à 0,256	A. Gautier
Poumons	0,321	Fritsch
Rate	0,286	—
Cœur	0,250	—
Reins	0,214	—
Aorte	1,070	—
Sérum sanguin	0,100 à 0,120	Weil et Guillaumin
Hématies	0,020 à 0,027	Ch. O. Guillaumin
	0,025 à 0,035	Rona et Takahashi
Liquide céphalo-rachidien	0,064	Mestrezat
Liquides d'hydarthroses	0,040 à 0,035	Ch. O. Guillaumin

Le calcium ionisé est sous la dépendance de la concentration des ions H+ et du taux des bicarbonates du plasma ; il se calcule aisément selon la méthode de BIGWOOD (1).

La teneur des organes et des tumeurs en calcium est *remarquablement constante.* Elle ne faiblit que dans les troubles graves. En cas d'apport insuffisant, *c'est le squelette qui se déminéralise.* Il est donc très important de veiller à ce que les aliments en fournissent assez.

***

Les effets de la *carence calcique* sont connus depuis longtemps déjà. CHOSSAT ayant nourri des pigeons avec des aliments presque entièrement privés de sels calcaires : grains de blés triés et eau distillée, obtint du ramollissement et de l'atrophie des os (2). Inversement, BOUSSINGAULT montra que l'eau ordinaire (riche en chaux) pouvait, à elle seule, compléter l'alimentation déficitaire de jeunes porcs, composée exclusivement de pommes de terre (3).

VOIT, opérant sur des jeunes chiens, établit les effets décalcifiants du régime viande et graisse ; mais il suffisait d'y adjoindre de la poudre d'os, pour que les animaux mis en expérience se développent normalement (4).

Plus récemment, en utilisant des rations synthétiques, OSBORNE et MENDEL reconnurent la sensibilité du rat blanc à la carence calcique (5). Ces faits furent confirmés, dans des conditions plus rigoureuses encore, par STEENBOCK, HART, SELL et JONES, qui observèrent, chez leurs animaux, non seulement un arrêt de croissance rapide, mais encore une sorte d'ophtalmie avec irritation des paupières, de la rhinite et des déformations de la colonne vertébrale (6).

Les besoins en calcium des animaux, comme de l'homme, se trouvent considérablement accrus pendant les périodes *de croissance*, de *gestation* et *de lactation*.

L'accumulation progressive du calcium dans l'organisme du rat, *au cours de son développement*, a été particulièrement bien étudié par SHERMAN et MAC LEOD (7). Il suffit de jeter un coup d'œil sur les chiffres reproduits ci-dessous pour s'en rendre compte :

	Poids corporel en grammes	Calcium en grammes	Pourcentage du calcium
Rats nouveau-nés	4,7	0,0108	0,25
Rats de 15 jours	23	0,1333	0,58
— 30 —	45	0,311	0,69
— 60 —	135	1,023	0,76
— 90 —	217	2,013	0,93
— 120 —	252	2,517	1,01
— 240 —	324	3,617	1,06

De même, rien que pour assurer l'édification de son squelette, *pendant les dix-huit ans de sa croissance, l'homme devra mettre en réserve, par jour, en moyenne,* 0 gr. 15 *de calcium.*

Par la méthode des bilans, BAR et DAUNAY ont, en outre, mis en évidence (sur une chienne) l'exagération de l'excrétion calcique, aussi bien rénale qu'intestinale, *pendant la gestation*(1) TOVERUD a très justement insisté, d'autre part, sur la décalcification des os et des dents, plus spécialement des molaires, au cours de cette période (2). En opérant sur les cendres d'animaux entiers, STEENBOCK et ses collaborateurs (pour le rat), VIGNES et COISSET (pour le cobaye), ont montré qu'il s'agissait bien là d'un fait indiscutable (3). On en pourra juger par ces quelques résultats :

	Poids corporel *en grammes*	Calcium *en gram.*	Pourcent. *du calcium*
I. — RATS :			
Femelle témoin de 120 jours	188	1,998	1,07
— — 240 jours	225	2,694	1,19
Femelle ayant eu des petits, 120 j.	182	1,768	0,98
— — — 240 j.	213	2,267	1,05
II. — COBAYES :			
Femelle témoin jeune	»	»	1,76
— adulte	»	»	1,84
Femelle en gestation	575	6,095	1,06
et ses 3 fœtus	125	1,250	1,00
Femelle en gestation	528	4,910	0,93
et ses 2 fœtus	95	0,712	0,75

La calcification du fœtus humain, qui a été suivie avec beaucoup de minutie par MICHEL montre que c'est surtout pendant les derniers mois de la gestation que les besoins en calcium deviennent importants (4). D'après cet auteur, un fœtus de :

4 mois pesant	125 gr. contient	0 gr. 419	de calcium
5 — —	445 gr. —	1 gr. 902	
6 — —	672 gr. —	4 gr. 092	
7 — —	1.024 gr. —	5 gr. 894	—
à terme —	3.355 gr. —	33 gr. 340	—

Il ressort très nettement de ces quelques chiffres qu'*au cours des deux derniers mois, le fœtus humain fixe en moyenne, par jour, cinquante centigrammes de calcium.*

La difficulté d'obtenir une balance calcique positive *pendant la lactation* a été bien mise en évidence par de nombreux auteurs, en particulier par HART, STEENBOCK et leurs collaborateurs, tant en ce qui concerne la vache (5) que la chèvre (6). Nous ne nous y attarderons pas. Qu'il nous suffise de savoir que, *dès les premiers jours, le nourrisson emprunte à la mère par son lait,* 0 *gr.* 08 *de calcium et que ce chiffre s'élève progressivement jusqu'à atteindre par jour trente centigrammes environ au cinquième mois.*

***

Les excréta de l'adulte ne donnent sans doute qu'une idée très imparfaite de ses besoins. Ils sont, en effet, susceptibles de varier considérablement tant avec l'individu qu'avec la nourriture ingérée. On peut admettre cependant que, normalement, l'adulte excrète en moyenne :

(1) E. J. BIGWOOD. — *Bull. soc. Chim. biol.*, 1924, **6**, p. 118.
(2) CHOSSAT (de Genève). — *C. R. Ac. Sc.*, 1842, **14**, p. 451.
(3) J. B. BOUSSINGAULT. — *C. R. Ac. Sc.*, 1846, **22**, p. 356.
(4) E. VOIT. — *Zeitschrift. f. Biol.*, 1880, **16**, p. 55.
(5) J. B. OSBORNE et L. B. MENDEL. — *Journal of biol. Chem.*, 1918, **34**, p. 131.
(6) H. STEENBOCK, E. B. HART, M. T. SELL et J. H. JONES. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **56**, p. 375.
(7) H. C. SHERMAN et F. L. MAC LEOD. — *Journ. of biol. Chem.*, 1925, **64**, p. 128.

(1) BAR. — *Leçons de Pathologie obstétricale*, 1907, **2**, p. 445.
(2) G. TOVERND. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **58**, p. 583.
(3) VIGNES et COISSET. — *C. R. Ac. Sc.*, 1927, **184**, p. 472.
(4) MICHEL. — *C. R. Soc. Biol.*, 1899, **51**, p. 422.
(5) E. B. HART, E. V. MC COLLUM et G. C. HUMPHREY. — *Research Bull.*, 5, *Wisconsin Exp. station*, 1908 ; E. B. HART, H. STEENBOCK, C. A. HOPPERT et R. M. BETHKE, *Journ. of biol. Chem.*, **1922**, **54**, p. 75.
(6) E. B. HART, H. STEENBOCK et C. A. HOPPERT. — *Journ. of biol. Chem.*, 1921, **48**, p. 33.

0 gr. 20 de calcium par les urines,
0 gr. 45 — par les matières fécales,

ce qui représente, au total, 0 gr. 65 de calcium que l'organisme doit puiser dans ses aliments pour compenser ces pertes.

Appuyant ses observations sur des périodes de nutrition, les unes satisfaisantes et les autres déficitaires, MAUREL (de Toulouse), se crut en droit de conclure à la nécessité de fournir à l'homme adulte 0 gr. 65 de calcium par jour ; il conseillait même, afin d'assurer une marge de sécurité suffisante, d'élever ce chiffre à un gramme environ (1). Il est curieux de constater que les travaux de SHERMAN, qui s'appuient sur la méthode très précise des bilans, aboutissent en définitive à des résultats très voisins.

Dans une première série d'essais, SHERMAN reconnut qu'il fallait entre 0 gr. 27 et 0 gr. 78 de calcium par jour (soit en moyenne, 0 gr. 45) pour obtenir des balances positives de cet élément, aussi bien chez l'homme que chez la femme adulte.

Par prudence, il insista sur la nécessité de donner au moins cinquante pour cent en plus de la moyenne, soit environ 0 gr.68 par jour (2). Ultérieurement, ayant fait porter de nouvelles recherches sur des jeunes enfants en voie de croissance, il admit qu'il fallait pouvoir donner aux enfants de trois à treize ans des doses de 0 gr. 65 à 1 gr. 02 de calcium par jour, et porta son chiffre de base, pour les collectivités, à *un gramme de calcium par tête et par jour* (3).

Afin d'éviter toutes surprises, on devra se souvenir qu'en plus de ce chiffre de base, dans les dernières périodes de la gestation, la femme doit recevoir au moins 0 gr. 50 *de calcium par jour* ; pendant la lactation, pour subvenir aux exigences d'un seul nourrisson, il lui faut *de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 de calcium par jour. Les besoins de la femme enceinte ou nourrice atteignent donc environ un gramme cinquante de calcium par jour.*

***

Ainsi que le montre le tableau II, ces besoins seront aisément satisfaits (théoriquement du moins) par le calcium des aliments et des boissons. En outre, ils pourront l'être occasionnellement par addition au régime de sels de chaux — quoique cette méthode donne encore lieu à de nombreuses critiques. Du reste, en règle générale, *chaque fois que ce sera possible, on devra s'adresser de préférence au lait ou aux dérivés du lait* qui fournissent une importante quantité de calcium très assimilable (4).

TABLEAU II.

Proportion de calcium pour 1.000 d'aliment frais (partie comestible).

Aliment	Calcium	Auteur
Lait de vache	1,418	Manoussakis (5)
	1,240	Sherman (6)
	1,130	Clark (7)
	1,028	Lematte (8)
Crème	0,860	Shermann
Fromage, double crème	7,280	Clark
	5,430	—
Fromage, gruyère	3,578	Lematte
Beurre	0,207	Manoussakis
	0,140	Rose (9)
	0,150	Sherman
Lait de femme	0,224	Bunge (10)
	0,340	Sherman
Lait de chèvre	1,280	Sherman
Lait de brebis	2,070	—
Œufs	0,937	Manoussakis
	0,670	Sherman
	0,580	Lematte
	0,430	Clark
Blanc d'œuf	0,110	Sherman
Jaune d'œuf	1,430	
Bœuf maigre (muscle)	0,180	Rose
	0,040	—
	0,140	Sherman
	0,180	Clark
	0,047	Lematte
Cervelle de bœuf	0,058	Lematte
Cœur de bœuf	0,135	—
Viande de veau	0,140	Sherman
Viande de porc	0,080	—
Jambon	0,400	Manoussakis
Viande de lapin	0,180	Sherman
Viande de poulet	0,110	—
Morue	0,220	—
Anguille	0,390	—
Brochet	0,400	—
Huîtres	0,520	—
Pain (en France)	0,491	Manoussakis
	0,328	Lematte
Pain (aux Etats-Unis)	0,320	Rose
Pain blanc (*id.*)	0,140	Clark
Pain complet (dit de Graham)	0,290	—
Blé entier	0,440	Sherman
Orge perlé	0,200	—
Farine de blé	0,260	—
Farine lactée	0,850	Lecoq (1)
	1,360	—
Farine d'avoine	0,690	Sherman
Farine de seigle	0,180	—
Riz glacé	0,040	Clark
	0,118	Lematte
	0,120	Rose
	0,090	Sherman
Tapioca	0,230	—
Macaroni	0,220	—
Petits pois secs	0,710	—
Haricots secs	1,707	Lematte
	1,650	Sherman
Lentilles sèches	0,389 (?)	Lematte
	1,070	Sherman
Mélange de farines de légumineuses (pois, haricots, lentilles, fèves, pois chiches)	0,820	Lecoq
Petits pois verts frais	0,250	Clark
Haricots verts frais	0,680	—
Pomme de terre	0,110	Sherman
	0,129	Lematte
Truffes	0,240	Sherman
Carottes	0,550	—
	0,440	Rose
Navets	0,230	Sherman
Champignons	0,170	—
Asperges	0,290	—
Choux de Bruxelles	0,270	—
Chou	0,490	—
Chou-fleur	1,220	—
Céleri	0,710	—
Betterave	0,210	—
Concombre	0,160	—
Radis	0,360	—
Oignons	0,340	—
Epinards	0,670	—
Poireaux	0,580	—
Endives	1,040	—
Pissenlit	1,050	—
Laitue	0,360	—
Romaine	0,450	—
Cresson	1,870	
Jus de tomates	0,150	Rose
	0,060	Sherman
Conserves de tomates	0,050	Clark
Amandes sèches	2,700	Sherman
Noisettes sèches	2,870	
Olives	1,220	

(1) E. MAUREL. — *C. R. Soc. Biol.*, 1904, **56**, p. 706.
(2) H. C. SHERMAN. — *Journ. of biol. Chem.*, 1920, **44**, p. 21.
(3) H. C. SHERMAN et E. HAWLEY. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922, **53**, p. 375.
(4) H. B. MC CLUGAGE et L. B. MENDEL. — *Journ. of biol. Chem.*, 1918, **35**, p. 353.
(5) E. MANOUSSAKIS. — *Contribution à l'étude des échanges calciques.* — Thèse Doct. Méd., Lyon.
(6) H. C. SHERMAN. — *Chemistry of food and nutrition*, New-York, 2e édition, 1918, p. 421. — H. C. SHERMAN et A. O. GETTLER, *Journ. of biol. Chem.*, 1912, **11**, p. 323.
(7) G. W. CLARK. — *Journ. of biol. Chem.*, 1925, **63**, p. 597.
(8) L. LEMATTE. — *Bull. soc. Thérap.*, 1927, 8e série, **32**, p. 33.
(9) M. S. ROSE. — *Journ. of biol. Chem.*, 1920, **41**, p. 349.
(10) G. BUNGE. — *Cours de Chimie biologique*, Paris, 1891, p. 102.

(1) R. LECOQ. — *Journ. Pharm. et Chim.*, 1925, 8e série, **1**, p. 49 et *Bul. Soc. Hyg. alim.*, 1926, **14**, p.213.

Arachides	0,710	—
Chataignes	0,290	—
Figues sèches	1,620	—
Dattes	0,650	—
Raisins secs	0,540	Clark
Pommes séchées	0,140	—
Pruneaux	0,630	—
Compote de pruneaux	0,509	Manoussakis
Raisins (frais)	0,190	Sherman
Pamplemousse	0,210	—
Pommes	0,100	Shermann
	0,024	Rose
Bananes	0,070	Sherman
Poires	0,246	Manoussakis
	0,150	Sherman
Pèches	0,060	Rose
Prunes	0,380	Sherman
Cerises	0,190	—
Framboises	0,490	
Groseilles	0,350	—
Oranges	0,430	—
Citrons	0,360	—
Fraises	0,410	—
Mélasse	2,110	—
Miel	0,040	Rose
Chocolat	0,920	Sherman
Chocolat (fondant)	0,405	Lecoq
Chocolat (à cuire, bonne qualité)	0,514	—
Café (infusion)	0,030	Rose
Eau potable (jurassique)	0,025 à 0,060	A. Gautier (1)
Vin	0,090	Sherman
Bière	0,040	—
Cidre	0,080	—

La bonne ou la mauvaise constitution d'un régime peut avoir une influence considérable sur l'utilisation des sels calciques. En règle générale, tandis que l'alimentation carnée augmente l'excrétion urinaire, l'alimentation végétale favorise l'élimination fécale. Ces faits seraient sans grande importance, si, pour un même apport de calcium, ils ne risquaient de modifier profondément le sens de la balance.

On doit attribuer ces faits à la possibilité qu'ont certains aliments (carnés en particulier) de se transformer dans l'organisme en donnant plus d'acides que de bases, tandis que d'autres (les végétaux) fournissent, au contraire, plus de bases que d'acides. Bogert et Kirkpatrick ont montré qu'une ration produisant un excès d'acidité, rend très rapidement la balance calcique négative, alors qu'au contraire le gain en calcium s'accentue en même temps qu'on augmente l'apport d'aliments à prédominance basique (2).

La classification des aliments en producteurs d'acides et de bases n'est cependant pas aussi simple que pourrait le laisser croire cet exposé, forcément un peu schématique. C'est ainsi que le blé et les céréales se rangent, à côté de la viande et les œufs, parmi les producteurs d'acides, tandis que le lait prend place, avec les fruits et les légumes, parmi les producteurs de bases. Sherman et Gettler ont du reste calculé pour 100 d'aliment l'excès d'acide ou d'alcali libéré dans l'organisme, celui-ci étant exprimé en centimètres cubes de solution normale (3).

Tableau III

I. — *Aliments produisant un excès d'acides.*

	Excès exprimé p. 100 gr. en cc. de solution normale
Œufs	11,10
Jaune d'œuf	26,69
Blanc d'œuf	5,24
Viande de bœuf	13,91
Viande de porc	11,87
Viande de poulet	17,01
Viande de lapin	14,80
Viande de veau	13,52
Morue	16,07
Anguille	9,89
Brochet	11,81
Arachides	3,90
Riz	8,10
Blé entier	12,39
Farine de blé	11,61
Farine d'avoine	12,93

II. — *Aliments produisant un excès de bases.*

Amandes	12,38
Pommes	3,76
Asperges	0,81
Bananes	5,86
Prunes	24,40
Citrons	5,45
Oranges	5,61
Pèches	5,04
Raisins (secs)	23,68
Châtaignes	7,42
Pois secs	7,07
Haricots secs	23,84
Betteraves	10,86
Choux	4,34
Carottes	10,82
Chou-fleur	5,33
Céleri	7,78
Radis	2,87
Laitue	7,37
Pomme de terre	7,19
Navet	2,68
Lait de vache	2,37

L'idéal serait d'arriver à associer les aliments producteurs d'acides et de bases en proportions telles qu'une faible alcalinité subsiste, correspondant à celle du sang. Toutefois, un excès de bases est moins préjudiciable qu'un excès d'acides. Tandis que, dans le premier cas, une faible partie du calcium risque de se présenter à l'intestin sous une forme moins assimilable, l'excès d'acides — qui s'accompagne d'ordinaire d'un faible apport en calcium — est, pour le squelette, un agent certain de décalcification (1). Il y a lieu de tenir compte en outre des apports d'acides organiques : citrique, malique et oxalique qui n'entrent pas en ligne de compte dans ce tableau. Or, s'ils sont incomplètement brûlés, ces acides ajoutent leur action à celle des autres acides uniquement dérivés de la partie minérale.

Même *si le calcium se trouve en proportion insuffisante* dans la ration, les excrétions journalières se poursuivent, aussi bien par la voie rénale que par la voie intestinale, ce qui a fait dire à Sjollema d'une manière assez imagée que l'organisme excrète plus facilement le calcium de ses os qu'il ne produit des fèces avec une teneur réduite en calcium (2). Cette raréfaction de la substance osseuse, caractéristique de l'*ostéoporose* se manifeste par un état « poreux » des os, très particulier. Du fait de la guerre, on a pu en observer de nombreux cas, plus spécialement dans les pays où les restrictions étaient accentuées comme les régions envahies et les empires centraux ; on donnait alors à cette maladie le nom d'*ostéopathie de la faim.*

Un *excès de calcium* dans le régime, s'il s'accompagne d'une proportion de phosphore normale, peut amener, d'après G. Medes, la constitution d'une véritable réserve calcique par *augmentation* de la minéralisation du squelette (3). C'est ainsi qu'une dose de calcium sensiblement double de ce qu'elle aurait dû être permit d'obtenir, chez de jeunes rats de 50 jours, un coefficient calcique de 0,86 % ; or normalement, ce coefficient eut été attribué à des rats de 75 à 80 jours.

(1) A. Gautier. — *L'alimentation et les régimes*, Paris, 3e édition, 1908, p. 456.
(2) L. J. Bogert et E. E. Kirkpatrick. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922, 11, p. 375.
(3) H. C. Sherman et A. O. Gettler. — *Loc. cit., Journ. of biol. Chem.*, 1912, 51, p. 323.

(1) H. Steenbock, V. E. Nelson et C. B. Hart. — *Journ. of biol. Chem.*, 1914, **19**, p. 399.
(2) B. Sjollema. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **57**, p. 255.
(3) G. Medes. — *Journ. of biol. Chem.*, 1926, **68**, p. 295.


OPOTHÉRAPIE
DIGESTIVE
POLYFERMENTS
LALEUF
GRANULÉ
A BASE DE
FERMENTS
DIGESTIFS
TOTAUX
ASSOCIÉS AUX
CITRATE – SULFATE
BICARBONATE
ET
PHOSPHATE DE SODIUM
DYSPEPSIES
ET TOUTES
AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
ET DE SES
ANNEXES
LABORATOIRES
LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS. XVe

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques dermatologiques, (Deuxième série), par le Dr BROCQ. 1927, 1 volume de 660 pages, 70 fr. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le docteur Brocq avait déjà publié dans une première série de cliniques ses principales leçons professées au lit du malade ; il les complète par un second volume. Avec ce nouveau livre qui, sur 58 cliniques, en contient 37 non éditées jusqu'à ce jour, on aura une idée exacte des principaux travaux dermatologiques de l'auteur et de l'influence qu'ils ont pu exercer dans la spécialité.

Dans une première section, intitulée Généralités, le Docteur Brocq expose sa conception des Dermatoses et le mode de groupement qu'il a adopté.

Une deuxième section intitulée THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE contient l'hygiène des téguments, les soins à donner à la peau et à la chevelure, le traitement externe des Dermatoses.

Dans une troisième section intitulée ENTITÉS MORBIDES VRAIES, sont décrites d'abord certaines éruptions artificielles de cause externe, puis les auto-traumatides cutanées, la dermatose médio-thoracique, les éruptions papulo-pustuleuses miliaires récidivantes de la face.

La quatrième section, intitulée RÉACTIONS CUTANÉES, comprend une vue d'ensemble des lichénifications et de leurs diverses variétés, y compris les névrodermites diffuses, l'examen et la réfutation des objections qui ont été faites à la théorie de la lichénification. L'auteur y étudie la série morbide du prurigo simple, la dysidrose et les éruptions dysidrosiformes, etc. ; il donne une vue d'ensemble du groupe si complexe des dermatites polymorphes expose ses idées sur la parapsoriasis, sur le problème des pelades, les alopécies atrophiantes, la pseudo-pelade.

Il termine par une série de conférences inédites sur les kératodermies palmaires et plantaires.

La syphilis médullaire, par LORTAT-JACOB et POUMEAU-DELILLE. Un volume de la collection « *Médecine et chirurgie pratiques* », 152 pages. Masson, éditeur. Prix : 14 francs.

Il appartient aux syphiligraphes ayant reçu une forte éducation neurologique de mettre au point, en connaissance complète du sujet, l'étude de la syphilis nerveuse. Aussi devons-nous être reconnaissants envers Lortat-Jacob, qui, avec son ancien interne Poumeau-Delille, vient d'écrire une très intéressante monographie sur la syphilis médullaire.

Le but des auteurs a été de réunir, en chapitres concis, les acquisitions récentes concernant l'anatomie pathologique, la pathogénie et surtout les formes cliniques et le diagnostic. La paraplégie, les amyotrophies, les pseudo-scléroses en plaques, les syndromes rappelant la syringomyélie, en réalisant une compression médullaire, les scléroses combinées, etc. y sont successivement décrits avec sobriété, mais avec netteté. Il en est de même des méthodes de laboratoire si utiles pour la certitude du diagnostic : il y a là un résumé des procédés modernes qui montre parfaitement le profit qu'on peut en retirer. Dans le chapitre concernant la thérapeutique, le praticien trouvera les directives suffisantes pour obtenir le maximum des résultats favorables qu'on peut espérer. Une bibliographie de 37 pages termine cet excellent ouvrage qui sera lu et consulté avec profit par les neurologistes et les syphiligraphes.

A. S.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° : 3 fr. 50. Sommaire du n° du 29 février 1928 :

A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (II). — E. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et en dehors (II) : Les nouveaux contacts de société. — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (VI). — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (IV). — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (III) : Maître Olof. — P. Moreau : Chateaubriand, Lamartine et la politique (I) : De Combourg et Milly à la tribune. — N. Iorga : Les voyageurs français dans l'Orient européen (X) : XIXe siècle (fin).

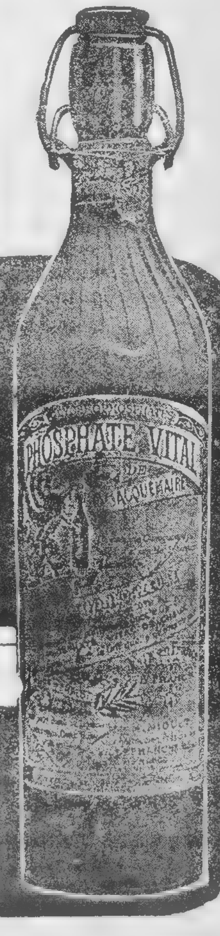
L'Abbaye de Montmajour, par Fernand BENOIT. 1 volume in-8° (20 × 13) 46 gravures et un plan. Broché : 6 frs. A H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris VIe).

L'Abbaye de Montmajour élève sur la route d'Arles aux Alpilles, dans un cadre provençal qui met en valeur toute sa beauté, les ruines d'un des plus grands monuments de la Provence. Il porte la marque des diverses époques qui ont contribué à l'enrichir, du Xe siècle au règne de Louis XV.

L'auteur a voulu retracer toute l'histoire monumentale d'une abbaye bénédictine dans les trois chapitres qui composent cette monographie : Histoire de l'abbaye jusqu'à la Réforme bénédictine, description de l'abbaye du Xe siècle à la Réforme ; l'abbaye du XVIIe siècle à nos jours. Les projets de la congrégation de Saint-Maur n'étaient pas moins grandioses que ceux des bénédictins qui au XIIe siècle batissaient l'église Notre Dame et le Cloître.

Une illustration abondante et la reproduction de nombreux plan et coupes font de cette monographie un instrument de documentation pour l'étude de l'école de l'architecture provençale.

Chapelle basse de Saint-Pierre, Cloître de l'Abbaye, tour de l'Abbé, couvent du XVIIIe siècle enfin, révèlent des trésors de sculpture et d'iconographie qui donnent à Montmajour une place de premier rang dans l'architecture monastique.


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

***

Un grand nombre de facteurs accessoires interviennent dans l'utilisation du calcium par l'organisme. Nous ne croyons pas inutile de les passer très rapidement en revue, afin de bien montrer toute la complexité du problème et surtout pour mettre en garde le clinicien contre toutes conclusions hâtives en ce qui concerne la valeur des régimes dits recalcifiants.

Signalons pour commencer qu'on s'imagine trop fréquemment que la proportion de calcium dans le sang est un indice suffisant de bonne minéralisation calcique. C'est cependant une grave erreur que de le croire ; nous en exposerons du reste les raisons un peu plus loin. Parce que l'ingestion de lactate de calcium produit peu de changement sur la calcémie (1) et parce qu'au contraire le chlorure de calcium est suivi d'une élévation rapide du Ca sanguin (2), on a cru pouvoir conclure que la *solubilité* du sel de chaux ingéré avait une importance primordiale. En réalité, l'élévation de la calcémie ainsi obtenue est passagère et le résultat tangible n'est enfin de compte qu'une exagération momentanée de l'excrétion calcique urinaire. Dans des régimes bien équilibrés, où le calcium manque, des sources telles que le lactate, le carbonate, le phosphate, le silicate et le sulfate de chaux peuvent être également satisfaisantes (3). Personnellement, nous avons pu remédier à l'insuffisance calcique des purées de légumes en leur adjoignant très simplement du carbonate de chaux précipité (4).

Ces faits posés, il serait puéril de nier l'importance de l'état dans lequel sont présentés les sels de chaux. Il est certain qu'il est grandement préférable de les offrir sous une forme *très divisée* et de préférence *colloïdale* (5) ; les végétaux *frais* sont toujours très supérieurs aux mêmes végétaux *séchés* comme source de calcium (6). C'est dans le même ordre d'idées que doivent être interprétés les résultats de Daniels et Loughlin (7). En effet, ces auteurs ont constaté que des troubles apparaissaient quand ils donnaient à leurs rats du lait pasteurisé ou *porté lentement* à l'ébullition ; au contraire, le lait dont on élevait *rapidement* la température permettait des croissances normales. Or, Barillé a montré qu'il se produit, dans le cas du chauffage prolongé, une précipitation qui atteint dans la pasteurisation 0 gr. 734 de phosphate monocalcique et 0 gr. 215 de carbonate de chaux par litre de lait (8). Pour éviter une telle précipitation, nous conseillons non seulement de monter très rapidement à la température d'ébullition, mais encore d'ajouter au moment de la cuisson une petite cuillerée à café de farine, d'amidon ou de fécule, cette pratique ayant l'avantage de renforcer l'état colloïdal du lait.

Il convient de signaler, en outre, les effets néfastes qui peuvent être provoqués par la présence d'*un excès de magnésium* (9) substance que l'on considère avec juste raison comme antagoniste du calcium, puisque sa réduction dans un régime suffit parfois à favoriser la fixation de sels calciques (G. Medes). Les *sels de sodium* peuvent également exercer une action nocive, maintes fois dénoncée (10) ; nous avons pu montrer également qu'ils deviennent, dans certains cas, une source grave de déséquilibre minéral.

Il faut craindre un *trop faible apport de phosphore* qui, en présence d'un excès de calcium peut devenir une cause de rachitisme (11). Mais hâtons-nous d'ajouter qu'une *proportion élevée de phosphore*, en présence d'une faible quantité de calcium est aussi préjudiciable (1). Dans les deux cas, on observe une décalcification globale de l'organisme :

	Ca pour 100
Rats normaux	0,72 à 0,93
Rats au régime rachitigène 84, riche en Ca	0,60 à 0,81
Rats au régime rachitigène 85 C, riche en P	0,66 à 0,72

Le rapport phosphate de chaux sur carbonate de chaux est du reste profondément perturbé dans le rachitisme (2) ; il devient, en effet, de :

6,7 à 6,9 pour les rats rachitiques ;
5,8 à 6,4 pour les enfants rachitiques (3).

L'*excès de cellulose* serait contre-indiqué, tandis que la richesse en *protéines* exercerait une action favorisante (4).

Dans la recherche de cet équilibre indispensable, le rôle des *vitamines* lui-même ne doit pas être méconnu. Certes l'action des facteurs lipo-solubles, et spécialement du facteur antirachitique, est primordiale (5) ; mais elle ne doit pas faire oublier l'intervention probable des vitamines B (6) et C (7) dans les certains processus d'ossification.

L'addition d'huile de foie de morue à un régime suffit toujours à modifier profondément la balance calcique, dans le sens d'une rétention plus grande. Quand la balance est négative, c'est l'élimination fécale qui est diminuée, si elle est positive, au contraire, c'est l'excrétion urinaire qui est réduite.

Mais comme l'huile de foie de morue n'est pas toujours bien tolérée, on se rappellera utilement (ainsi que nous avons observé avec Mme Randoin) que le beurre spécialement — le beurre d'été — n'est pas aussi dépourvu de facteur antirachitique qu'on le croit généralement (8).

Ajoutons enfin que la *lumière solaire* est un excellent facteur de calcification (9) ; il en est de même de l'*irradiation ultra-violette* (10).

Il ne suffit pas, cependant, que le régime soit normalement équilibré et qu'un compte exact soit tenu de toutes les exigences précédentes. *L'utilisation du calcium alimentaire est en outre sous la dépendance des sécrétions glandulaires de l'organisme*

L'hyperacidité du suc gastrique a pour conséquence l'augmentation du calcium urinaire et l'hypoacidité sa diminution ; de même, c'est pour une part, comme producteur d'hyperchlorhydrie, qu'un régime riche en chlorure de sodium réagit sur le métabolisme calcique (11).

Mais ce sont surtout les *glandes à sécrétions internes* qui paraissent jouer le rôle le plus important, et parmi celles-ci : les *parathyroïdes*, le *thymus*, les *capsules surrénales*, la *rate* et les *glandes génitales*.

L'insuffisance des *glandes génitales* diminue la calcémie des animaux castrés et favorise la rétention du calcium dans les tissus (12). De même, la suppression de l'activité sexuelle de la femelle, par ovariotomie complète, a permis à H. Simonnet de provoquer, chez le rat, une stimulation de l'accroissement (13). Inversement, au cours de la gestation, sous l'influence

(1) W. Denis et A. S. Minot. — *Journ. of biol. Chem.*, 1920, **46**, p. 357
(2) E. H. Mason. — *Journ. of biol. Chem.*, 1921, **47**, p. 3.
(3) H. Steenbock, E. B. Hart, M. T. Sell et J. H. Jones. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **56**, p. 375.
(4) R. Lecoq. — *Journ. Pharm. et chim.*, 1926, 8e série, **4**, p. 251.
(5) C. H. Hunt, A. R. Winter et R. C. Miller. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **55**, p. 739.
(6) E. B. Hart, H. Steenbock et C. A. Hoppert. — *Journ. of biol. Chem.*, 1921, **48**, p. 33.
(7) A. L. Daniels et R. Loughlin. — *Journ. of biol. Chem.*, 1920, **44**, p. 381.
(8) A. Barillé. — *C. R. Ac. sc.*, 1909, **149**, p. 356.
(9) J. Bogert et E. J. Mc Kittrick. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922 **54**, p. 363.
(10) J. Greenwald. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922, **54**, p. 285.
(11) H. C. Sherman et A. M. Pappenheimer. — *Journ. of exp. Med.*, 1921, **84**, p. 189.

(1) G. F. Mc Cann et M. Barnett. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922, **54**, p. 203.
(2) J. Howland, W. M. Mariott et B. Kramer. — *Journ. of biol. Chem.*, 1926, **68**, p. 721.
(3) Les meilleurs proportions de calcium, phosphore et magnésium dans les aliments sont respectivement: Ca = 20, P = 14, Mg = 1.
(4) B. Sjollema. — *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **57**, p. 271.
(5) E. V. Mc Collum, N. Simmonds, J. E. Becker et P. G. Shipley. — *Journ. of biol. Chem.*, 1922, **53**, p. 293.
(6) P. G. Shipley, E. V. Mc Collum et N. Simmonds. — *Journ. of biol. Chem.*, 1921, **49**, p. 399.
(7) G. Toverud. — *Loc. cit.*, *Journ. of biol. Chem.*, 1923, **58**, p. 583.
(8) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *Ann. Falsif. et Fraudes*, 1926.
(9) L. Maynard, S. A. Goldberg et R. C. Miller. — *Journ. of biol. Chem.*, 1925, **65**, p. 643.
(10) E. Lesné, R. Turpin et P. Zizine. — *C. R. Soc. Biol.*, 1924, **91**, p. 1378.
(11) G. von Wendt. — *Oppenh Handb. Bioch.*, 1911, 4, p. 623.
(12). — Th. Malamud et P. Mazocco. — *C. R. Soc. Biol.*, 1922, **87**, p. 396.
(13) H. Simonnet. — *Le facteur lipo-soluble A, et la reproduction.* Thèse doct. ès sc., Paris 1925, p. 203.)

de facteurs inconnus, mais provenant le plus souvent d'une perturbation de la sécrétion ovarienne, on observe, chez la femme, une véritable décalcification qui conduit à l'*ostéomalacie* L'élévation de la teneur du sang en calcium en est l'un des premiers symptômes (1).

La splénectomie, provoque chez les animaux (chiens, lapins canards) un retard de la croissance très net (2) ; ABELOUS, MOOG et SOULA ont du reste bien établi, chez le lapin en particulier, que l'ablation de la *rate* fait passer l'élimination du calcium du simple au double (3).

Les résultats obtenus avec l'adrénaline permettent également de penser que les *surrénales* interviennent dans la fixation du calcium. Léon BINET et VAGLIANO ont montré en effet que l'injection de ce produit provoque, chez le chien, une hypocalcémie provisoire et permet,chez le rat, soumis au régime rachitigène de PAPPENHEIMER, une calcification préventive ou curative de ses cartilages de prolifération (4) ; mais, plus récemment, MOURIQUAND et ses collaborateurs sont arrivés à des conclusions opposées (5).

Bien développé au début de la vie et disparaissant complètement chez l'adulte, le *thymus* paraît intimement lié aux phénomènes de croissances. SCHULTZE a très justement insisté sur la pauvreté en calcium des os des animaux déthymés (6).

En ce qui concerne le rôle des *parathyroïdes*, il semble qu'on l'ait bien souvent mal interprété. GREENWALD et GROSS ont montré, en effet, qu'après la parathyroïdectomie du chien, il n'y a pas accroissement du calcium excrété (7). L'injection de *parathyrine*, hormone parathyroïdienne de COLLIP (8), provoque sans doute une hypercalcémie notable (non sans danger du reste), *mais celle-ci s'effectue au détriment du calcium des os* et s'accompagne d'une exagération des excrétions, en calcium, phosphore et magnésium (9). Les parathyroïdes interviennent donc bien dans le métabolisme du calcium ; mais leur rôle se borne à assurer la constance du calcium sanguin — même aux dépens du squelette si cela devient nécessaire.

Il n'en est pas moins vrai que l'ablation des parathyroïdes du chien est toujours suivie d'une chute de la calcémie et que celle-ci s'accompagne de crises de tétanie. Il ne faut cependant pas y voir une relation obligatoire de cause à effet : *hypocalcémie n'est pas synonyme de tétanie*, comme on a trop tendance à le croire.

Au cours des carences calciques, ainsi que l'a fort bien signalé TOVERUD, *on peut avoir une hypocalcémie marquée, sans manifestations tétaniques* ; au contraire, *l'hypercalcémie qu'on observe dans l'hyperventilation pulmonaire* (*hyperpnée*) *n'empêche pas l'apparition de symptômes tétaniques*.

En réalité, la tétanie est liée à *la chute du calcium ionisé* qui est elle-même sous la dépendance d'une exagération d'une hyperalcalinité sanguine ou d'une réduction exagérée de l'acide carbonique. Du reste, ce qui agit dans la spasmophilie, ainsi que l'a bien établi TURPIN (10), ce sont moins les sels de chaux que les modificateurs de l'équilibre acides-bases dans le sens de l'acidose (chlorure de calcium, chlorure d'ammonium).

***

Puisse cet aperçu, que j'ai voulu donner aussi complet que possible, rendre quelque service au praticien. Il présente du moins l'avantage de lui fournir, en quelques pages, une documentation abondante basée, sur les travaux les plus récents.

(1) D. MARQUIS. — *L'Obstétrique*, 1910, n° 6, p. 562.

(2) J. DUCUING et L. C. SOULA. — *C. R. Soc. Biol.*, 1924, 91, p. 1397.

(3) J. E. ABELOUS, MOOG et L. C. SOULA. — *C. R. As. Sc.*, 1921, **178**, p. 2006.

(4) L. BINET et M. VAGLIANO. — Congrès d'Hyg. publ. Britanniq., *Journ. Méd. Bordeaux*, 1924, n° 14, p. 585.

(5) J. SCHOEN. — *Thèse Doct. Méd.*, Lyon, 1927.

(6) SCHULTZE cité par M. LUCIEN, J. PARISOT et G. RICHARD. — *Traité d'endocrinologie*, II Paris, 1927, p. 481.

(7) J. GREENWALD et J. GROSS. — *Journ. of biol. Chem.*, 1925, **66**, p. 185.

(8) J. B. COLLIP. — *Amer. Journ. of Physiol.*, 1925, **72**, p. 182

(9) J. GREENWALD et J. GROSS. — *Journ. of biol Chem.*, 1926, **68**, p. 325.

(10) R. A. TURPIN. — *La tétanie infantile* (Thèse doct. méd., Paris, 1925, p 131.)

L'hypocalcémie des entéritiques,

Par M. LOEPER et A. LEMAIRE.

Les recherches de ces dernières années ont étendu considérablement le rôle des substances minérales et particulièrement du calcium tant en biologie qu'en pathologie. La connaissance du métabolisme calcique s'est enrichie de données nouvelles portant surtout sur l'état physico-chimique de ce métal dans le sang, et sur la régulation qu'exercent sur lui les glandes parathyroïdes. En pathologie infantile, la notion d'hypocalcémie éclaire d'un jour nouveau les diverses manifestations de la diathèse spasmophile et du rachitisme. Du point de vue thérapeutique enfin, les radiations ultra-violettes se sont montrées le facteur le plus actif de l'augmentation du calcium circulant.

Il semble qu'à la faveur de ces importantes notions physiopathologiques on ait quelque peu négligé certains troubles du métabolisme calcique qui ont pourtant leur intérêt ; nombre d'états dyspeptiques sont facteurs de spoliation minérale importante, et l'un de nous, avec Esmonet, Oppenheim, Bechamp, Tonnet, a insisté sur cette déminéralisation des entéritiques, dont les conséquences ne sont pas seulement locales, mais générales.

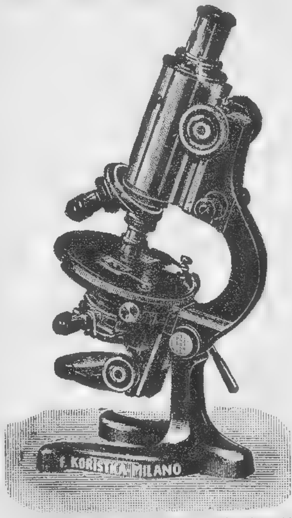
***

A l'état normal, chez l'adulte, la chaux apportée par l'alimentation se retrouve dans le sange sous forme de combinaisons salines, soit de calcium uni intimement aux albumines soit de calcium à l'état ionisé. Sa quantité totale, la seule qui nous importe ici, est de 6 à 7 cgr. par litre de sérum ou de plasma. Guillaumin par une technique récemment publiée, obtient 9,5 à 10 cgr. L'élimination se fait à la fois par les selles et par les urines. Cette dernière voie est la moins importante. Les chiffres de Renwall donnant comme élimination urinaire 60 à 69 % de la chaux ingérée sont beaucoup trop élevés ainsi que Senator l'a déjà signalé. Les dosages pratiqués par l'un de nous avec Bechamp nous ont donné 20 %. Les variations sont assez étroites et représentent rarement plus de quelques centigrammes. Il serait d'ailleurs vain de vouloir mesurer l'élimination calcique par la seule calciurie puisqu'à l'état normal l'élimination fécale représente de 60 à 99 % de l'élimination totale.

C'est donc par les selles que s'évacue le calcium. Une partie provient évidemment des substances calcaires non résorbées au cours de la digestion intestinale. Une autre partie est réellement *excrétée* par la muqueuse, ainsi qu'il ressort des recherches de Rey et des nôtres. La part respective de la chaux résiduelle et de la chaux excrétée ne peut pratiquement être précisée ; ce qui importe en fait, c'est le bilan calcique portant sur les ingesta (aliments) et les excréta (selles) ; ces dernières pouvant varier de 30 à 70 et même de 80 %.

***

Toute lésion même minime du tractus digestif augmente notablement l'élimination intestinale de la chaux, et ceci résulte à la fois de l'accélération de la traversée digestive, qui diminue la résorption, mais aussi d'une excrétion exagérée au travers d'une muqueuse adultérée. Il est des cas où la quantité de chaux éliminée dépasse notablement la proportion de chaux ingérée : la chose fut déjà signalée par Wright dans les diarrhées et par Perallini dans la fièvre typhoïde. Il ressort de nos dosages que le calcium fécal atteint chez certains de nos entéritiques, jusqu'à 120, 150 et 170 % du calcium absorbé. Un tel excès de chaux dans l'intestin n'est pas sans conséquence : l'abondance des sels calcaires solubles peut être considérée comme un des *facteurs de coagulation in vivo* du *mucus* et de certains liquides diarrhéiques ; d'ailleurs, les mucosités donnent un taux calcique de 5 à 7 ‰, le sable intestinal, de 15 à 45 ‰. Fait curieux, cette spoliation minérale ne s'effectue pas aux dépens du squelette : elle affecte seulement les tissus et le sang. A la vérité les variations sanguines ne sont point


KORISTKA-MILANO


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
DE CARBONATE DE CHAUX
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr 25 de Carbonate de Chaux
GROS. 9 & 11, RUE DE LA PERLE PARIS 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES


SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
COMPRIMÉS
D'HYDRATE DE MAGNÉSIE
ADRIAN & Cie
Chaque Comprimé contient 0gr 25 d'Hydrate de Magnésie
GROS. 9 & 11, RUE DE LA PERLE PARIS 3e
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

très marquées puisqu'elles sont de l'ordre de 2 centigrammes. Nous avons vu pourtant le taux du calcium sanguin s'abaisser dans les dysenteries à 0.04. Ce sont surtout les tissus qui s'appauvrissent : un de nos cas donnait pour le cœur 0.28 pour 1.000 de matières sèches au lieu de 0.34 ; et pour le cerveau 0.05 au lieu de 0.06.

Si l'on se rappelle le rôle considérable que joue le calcium dans la régulation de nombreuses fonctions organiques, on conçoit que le déficit calcaire des entéritiques puisse être rendu responsable d'une partie de leurs troubles généraux. Il faut encore ajouter la spoliation sulfatée, phosphatée et carbonatée qui va presque toujours de pair. Il semble donc que l'on puisse attribuer en partie à la déminéralisation l'apparition fréquente et la durée fort longue des hémorragies chez les entéritiques, les troubles vasculaires et l'hypotension artérielle que l'un de nous a signalée au cours des entérocolites, les démangeaisons, les érythèmes, l'asthénie, la céphalée, et même des troubles plus graves comme la neurasthénie, la psychasthénie, l'amaigrissement et la déchéance générale. Sans doute aussi, comme le soutient Mac Collum, peut-on rapporter à la même cause les variations de la tonicité musculaire et le spasme et les troubles intestinaux qui en résultent. Au demeurant, en est-il de meilleures preuves que le relèvement rapide procuré à ces malades par l'administration de sels de chaux ?

* * *

Une conséquence plus importante de la décalcification des entéritiques est la prédisposition qu'elle crée à la ***tuberculose pulmonaire***. Robin, Ferrier, et d'autres auteurs ont considéré à juste titre la diminution de la teneur en chaux comme une des caractéristiques du terrain prétuberculeux. De fait, la tuberculose s'y rencontre plus fréquemment qu'au cours d'autres maladies. Il s'agit rarement d'entérites aiguës, qui ne représentent généralement qu'un épisode sans lendemain. Bien plus souvent les troubles intestinaux sont chroniques et c'est après quelques mois, voire quelques années, d'évolution d'une entérite banale non spécifique que se manifeste l'atteinte pulmonaire.

Toutes les modalités cliniques de la tuberculose pulmonaire peuvent s'observer. Tantôt il s'agit d'induration d'un sommet, tantôt de ramollissement avec expectoration riche en bacilles, tantôt de fluxions passagères et curables. Mais il est des cas où l'allure clinique est plus impressionnante, l'atteinte pulmonaire est au premier plan du tableau clinique et son évolution offre de grandes analogies avec celle que l'on constate chez certains diabétiques pancréatiques. L'un de nous en a rapporté plusieurs cas démonstratifs.

Les raisons de cette prédisposition des entéritiques à faire de la tuberculose sont multiples.

L'organisme des diarrhéiques chroniques est en état de moindre résistance du fait des restrictions alimentaires qu'imposent leurs troubles digestifs. Moins résistant, ce terrain est en outre modifié La plupart des organes sont en état d'hypofonctionnement : le foie répond assez fréquemment au type du foie torpide ; l'acholie pigmentaire, l'insuffisance glycolytique ne sont pas rares ; l'élimination du bleu est intermittente.

Le pancréas est touché à la fois dans sa sécrétion interne et dans sa sécrétion externe et ce fait mérite d'être souligné : l'un de nous a signalé le rôle important de cette glande dans la défense antituberculeuse sur lequel revenait récemment Auclair. Enfin les troubles vasomoteurs, l'hypotension, l'éréthisme du système lymphatique, l'arythmie musculaire ou le spasme concourent encore à prouver le retentissement général des entérites. Par ailleurs, la pénétration des bacilles de Koch est plus facile au travers d'un intestin irrité et décapé. Calmette et Guérin ont montré avec quelle fréquence le bacille tuberculeux s'introduit dans l'organisme par la voie intestinale et Chauveau a prouvé l'influence que peuvent avoir les altérations de la muqueuse sur sa dissémination.

Abstraction faite, bien entendu, des cas où l'entérite apparaît comme une manifestation d'une tuberculose latente, et des cas où elle est elle-même tuberculeuse, il paraît donc certain qu'une proportion importante d'entéritiques deviennent tuberculeux. Une part revient dans la genèse de cette éclosion bacillaire à la décalcification de l'organisme. Avant d'aborder le traitement qu'on lui peut opposer, il nous reste à dire quelles entérites en sont les principaux facteurs.

* * *

Au premier chef ce sont les entérites chroniques entraînant de la mucorrhée, de la diarrhée de long cours, comme il ressort du tableau suivant, qui provoquent la décalcification :

	Chaux absorbée	Chaux éliminée	Pourcentage
Entérocolite muco-membraneuse....	0,80	1,40	170
	0,80	1	120
	0,80	1,20	150
Lithiase oxalique	1,80	2,58	140
Lithiase inflammatoire.............	0,70	1,06	150
Entérite aiguë.....................	1,80	1,40	77
Entérite typhique..................	0,90	0,60.	66

Les dysentéries méritent une mention spéciale, l'un de nous avec Verpy y a trouvé une déminéralisation de 1/5e environ, portant principalement sur le calcium et le phosphore. Très marquée pendant la période aiguë, cette démineralisation se prolonge bien au-delà de la guérison apparente ou réelle des lésions intestinales et se perçoit encore dans la convalescence : le taux du calcium sanguin descend parfois à 0,04 et dans le cœur, la teneur en substances minérales s'abaisse de 10 gr. à 7 gr. 50.

Il n'est pas jusqu'aux gastro-entérites par gaz qui ne puissent entraîner une déminéralisation importante, puisque les matières minérales du sang passent chez les gazés de 12 à 8 gr. par litre. Ce fait sans doute a perdu de son actualité ; il a néanmoins une portée très générale que nous devons signaler.

* * *

Ces raisons prouvent suffisamment qu'on ne doit pas oublier, pour l'intestin qui souffre, l'organisme qui vit et assimile. Tout traitement d'un entéritique doit viser à guérir non seulement les troubles digestifs mais aussi à soigner les troubles extra-intestinaux : la ***récalcification est une des plus importantes indications thérapeutiques.***

Le régime alimentaire doit avoir une valeur energétique suffisante tout en ne nuisant pas à l'état intestinal. On s'attachera à prescrire, parmi les aliments tolérés, ceux dont la richesse minérale est la plus grande : le lait apporte plus de 15 gr. de matières minérales, le fromage de 4 à 7 gr., les lentilles 27 gr., les nouilles et pâtes de 2 à 3 gr. Malheureusement, la chaux n'est pas en proportion égale dans chacun de ces produits. Sachant qu'un adulte a besoin de 1 gr. 10 de chaux par jour, on s'inspirera pour prescrire le régime, du tableau suivant :

Pain grillé	200 gr.	0,10 CaO
Jambon maigre	75 gr.	0,08
Viande crue	100 gr.	0,10
Jaunes d'œuf.................	40 gr.	0,10
Lait cuit....................	250 gr.	0,40
Purées	100 gr.	0,10
Pâtes	100 gr.	0,08
Fromages frais	15 gr.	0,08
Bouillon légumes	200 gr.	0,25
Gâteaux de riz...............	100 gr.	0,15
Eau de Pougues	200 gr.	0,35

Cela fait au total 1.70 de chaux dont un tiers, soit 0,60 sera, très probablement résorbé.

Non seulement le régime doit être riche en chaux, mais il doit aussi exclure toute substance ou tout médicament susceptible d'augmenter les spoliations calcaires : il faut éviter les purgations répétées, interdire les aliments acides ; et ici se pose la question de l'acide lactique. Il semble bien qu'à petites doses l'acide lactique facilite l'absorption de la chaux alimentaire, tandis qu'à fortes doses il est nuisible. Il est prudent de n'en pas prolonger l'emploi.

Souvent la cure de reminéralisation devra être complétée par l'administration de médicaments *récalcifiants*.

Les uns, *indirects*, favorisent seulement la fixation de la chaux, tels les phosphates, de soude, les lécithines, l'acide phosphorique et sans doute pourrait on employer aussi les *irradiations U.-violettes*.

Les autres *directs*, seront des composés calciques plus ou moins directement assimilables, tels que les carbonates, sulfates, phosphates, chlorures. Le plus efficace semble le chlorure de calcium qui se trouve en abondance dans certaines eaux minérales. Il n'y a pas lieu de craindre, comme l'un de nous s'en est assuré après Moncany et Renon, que l'absorption de $CaCL^2$ favorise la coagulation du mucus intestinal. D'ailleurs ce sel, comme le glycérophosphate, peut être injecté dans les veines à petites doses, il est vrai, et jouit d'une action récalcifiante en même temps qu'antidiarrhéiques. Sous la peau le sérum de Locke, ou de Ringer lui est toujours préférable.

On pourra ainsi obtenir une récalcification de l'organisme, on relèvera heureusement l'état général, et l'on aura soigné à la fois les troubles digestifs immédiats et leur retentissement à distance.

BIBLIOGRAPHIE

Cet article résume plusieurs « Leçons de pathologie digestive » dans lesquelles la bibliographie est indiquée.

M. LOEPER : Leçons de pathologie digestive, 1re 2e et 4e séries.

Nécessité du régime récalcifiant dans les entérites et les dyspepsies 1re Série 1910, p. 249.

La tuberculose secondaire des entéritiques. 2e Série 1912, p. 285.

Les anémies des dysentériques, 4e série 1919, p. 218.

Les gastrites toxiques de la guerre, 4e série 1919, p. 48.

Voir aussi le *Journal médical français*, n° 10, octobre 1925.

ACTUALITES

Le premier titulaire de la chaire d'histologie : Charles Robin.

Puisque la chaire d'histologie est un sujet d'actualité, on peut rappeler dans quelles conditions elle fut fondée et évoquer le souvenir de Charles Robin qui en fut le premier titulaire.

La chaire d'histologie fut instituée en même temps que celle de médecine comparée, par décret du 19 avril 1862, sur la demande de Rayer, sollicité, dit-on, par Mme Comte (1). Le rapport motivant la création de cette nouvelle chaire porte la signature de Roulland, ministre de l'instruction publique, mais fût en réalité rédigé par Littré (2).

« A côté d'une chaire de médecine comparée, il est nécessaire, disait le chef de l'école néo-positiviste, de créer l'enseignement de l'histologie, si l'on veut arriver à un large et complet système d'études magistrales.

L'histologie a pour sujet la substance organisée, tant solide que liquide, qui est directement active dans le corps de l'homme, des animaux, des végétaux. Elle a pour but de déterminer les formes élémentaires de cette substance, d'en étudier les dispositions profondes qui échappent à l'œil nu et de signaler les fonctions élémentaires qui sont inhérentes à chacune de ces formes.

Ces parties élémentaires, soit qu'on les considère dans les différentes régions du corps, soit qu'on les poursuive dans la série des âges, soit qu'on les examine dans la série des êtres, jouissent de propriétés communes ; partout leurs attributs fondamentaux sont les mêmes ; de là l'entière généralité de cette étude et la fécondité de vues et d'applications qui lui appartient.

Enoncer que l'histologie étudie, dans toutes les régions du corps, dans tous les êtres et dans tous les âges, les parties élémentaires en qui gisent les propriétés effectives de la vie, suffit pour en faire ressortir l'utilité théorique. Enoncer que par la même méthode d'observation minutieuse et de généralisation féconde, elle suit à la trace les altérations des humeurs et la dégénérescence qui, affectant ces parties élémentaires, produisent les lésions organiques, suffit pour en faire sentir l'utilité pratique.

Ici, comme pour la médecine comparée, à côté de la chaire est l'homme qui peut la remplir. M. le Dr Robin, connu par des recherches originales, auteur d'ouvrages considérables, maître suivi par un auditoire studieux, dont une partie vient même de l'étranger, est un choix qui sera ratifié par le monde savant. Il est juste que le premier professeur nommé soit celui qui a fait de l'histologie l'objet exclusif de ses veilles et de son labeur.

A Robin revenait en effet sans conteste le mérite d'avoir réhabilité chez nous les études micrographiques. Tandis qu'en Allemagne, on cultivait avec passion l'histologie, en France, l'expression « illusion microscopique » était encore le mot par lequel les médecins français accueillaient toute découverte histologique (1).

A. Donné avait bien institué dès 1838 un cours libre de micrographie ; en 1839, A. Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, enseignait aussi l'histologie dans son cours de physiologie animale ; mais ces deux exemples n'avaient guère dissipé la défiance que médecins et naturalistes professaient vis-à-vis du microscope.

En 1847, Charles Robin qui venait d'être reçu docteur ès sciences, agrégé des sciences naturelles, et qui avait déjà à son actif une découverte comme celle de l'appareil électrique de la raie, ouvrit un laboratoire d'histologie rue Garancière, dans l'ancien hôtel de la présidente Du Gué, devenu mairie du XIe arrondissement ; lorsqu'en 1852 l'immeuble fut acquis par Henri Plon, le fondateur de la maison actuelle d'édition, Robin transféra son laboratoire dans un rez-de-chaussée de la rue Saint-Hyacynthe-Saint-Michel (aujourd'hui rue Malebranche) où il enseigna jusqu'à sa nomination à la chaire d'histologie (2).

Un an après avoir inauguré son cours libre, Robin publiait le *Traité du Microscope* ; il serait oiseux de rappeler toutes les publications qui suivirent jusqu'en 1862, car personne ne s'intéresse plus (3) aux travaux de Robin.

Les histologistes venus après lui ont nié son œuvre et même prétendu qu'elle avait été néfaste (4). L'orgueil de la vie enivre aisément les vivants et leur fait oublier les précurseurs ; consolons nous en pensant que :

> ... Les pâles vivants d'à présent sont hélas !
> Moins qu'eux dans la lumière et plus qu'eux dans [la tombe.

***

Charles Robin fit sa première leçon le mercredi 26 novembre 1862 sur : *Les Rapports de l'histologie avec les autres branches de l'anatomie et avec la pathologie* (5). La Faculté était alors en effervescence ; le 17 novembre, jour de rentrée après l'éloge de Moreau par Gosselin, Rayer, nommé doyen contre le gré de certains, avait essayé en vain de se faire entendre ; et l'on craignait que Robin ne rencontrât la même hostilité. Il n'en fut rien et, le soir même, un ami de Ch. Robin, F. Dufour, pouvait mander à Bourg :

(1) POUCHET. — Charles Robin. Sa vie. Son œuvre, p. v., in-8, Paris, 1887.

(2) CORLIEU. — Centenaire de la Faculté de médecine de Paris (1794-1894), p. 375-377. In-4°, Paris, 1896.

(1) DEBIERRE. — Art. *Histologie*, Dictionnaire Dechambre.

(2) A. DESGREZ (*Ch. Bouchard*, in-8, 36 p. 1915) et P. LE GENDRE (*Un médecin philosophe, Charles Bouchard*, in-8, 526 p., 1924) ont dit par qui était fréquenté ce cours : trente élèves, dont trois Français seulement : Bouchard, Lortet et de Seyne.

(3) Sauf quelques esprits impartiaux et de haute culture, comme E. Gley, qui maintes fois a montré que Charles Robin avait été un précurseur.

(4) Au lendemain de sa mort, dans ce journal même, un rédacteur courageusement anonyme — vraisemblablement J. Renaut — l'accusa d'avoir été « un obstacle à la production des travaux scientifiques dignes de notre pays. »

(5) Cette leçon ; recueillie par MORICOURT et ROUET étudiants en médecine, parut dans *La Gazette des hôpitaux*, 2, 4, 9 décembre 1862.


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 0/0 d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)

« L'inquiétude qui a pu s'élever un instant sur la disposition des étudiants en en ce qui concerne l'ouverture du cours de notre cher Charles est complètement dissipée aujourd'hui, A midi Robin est entré dans le grand amphithéâtre au millieu d'applaudissements répétés et le public a soutenu le professeur pendant toute la durée de sa leçon, par sa grande attention et sa grande bienveillance : il y avait plus de 1500 personnes.

Un instant, Robin auquel il manque malheureusement le talent de l'orateur ou du vulgarisateur, a été troublé si bien que ses amis ont eu la chair de poule, mais rien n'est venu mettre à profit pour les moins bien disposés cette émotion un peu prolongée, et Robin a pu poursuivre et achever son exposition au milieu de bien des redites, il est vrai, mais enfin il s'en est tiré.

Les applaudissements ont éclaté à la sortie ; aujourd'hui Robin est en possession de sa chaire, et espérons que, l'émotion première dissipée, il se trouvera plus à l'aise dorénavant » (1).

Robin par la suite connut des séances plus orageuses, notamment en 1868, où il eut sa part des ovations faites à Sée et à Vulpian pour protester contre les accusations de Mgr de Bonnechose, et en 1884 où sous prétexte que le mandat de sénateur était incompatible avec les fonctions de professeur, on lui organisa un chahut monstre (2).

C'est à cette occosion qu'il disait à son élève Retterer, en parlant de ses collègues de la Faculté : « Ils m'ont lâché comme un p.... »

M. Champy a connu un de ces orages mardi dernier. Il a reçu l'averse, une heure durant, le sourire aux lèvres. Il est vrai que tout s'est passé en bruit et qu'il n'a guère reçu que des bouquets de fleurs, tandis qu'on envoyait au doyen quelques pièces de monnaie.

Les collègues du Pr Champy — ceux qui étaient présents — ont été plus courageux que ceux de Robin ; leur allure calme et souriante a été la note sympathique de cette séance où les agitateurs n'ont guère fait preuve d'élégance ; il y a vingt ans on montrait plus d'esprit dans ces sortes de manifestations.

« Chahut idiot, qui n'a pas été préparé par nous », ai-je entendu dire à la sortie, par un étudiant. C'est sur cette impression qu'il faut rester.

A aucun moment la police n'a pénétré dans la Faculté ; ce libéralisme honore le Pr Champy et le Doyen. Mais maintenant que toute liberté a été laissée aux pertubateurs, il convient de ne pas oublier que le premier devoir de la Faculté est d'assurer la liberté à ceux qui veulent travailler.

Maurice GENTY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1928

Les dérivés de la malonylurée. — Sur la proposition de M. *Grimbert*, le vœu suivant est voté :

« L'Académie de médecine ayant pris connaissance du vœu de la Société de thérapeutique demandant que les dérivés de la malonylurée soient soumis à la réglementation des substances vénéneuses inscrites dans le tableau A ; considérant qu'il importe d'éviter d'appliquer la reglementation des « substances vénéneuses » à un trop grand nombre de produits et notamment à ceux dont le caractère médicamenteux domine le caractère toxique ; que la détention de tous les dérivés de la malonylurée dans le même endroit que les substances inscrites aux tableaux A et B pourrait engendrer des erreurs redoutables ; qu'en réalité les dérivés de la malonylurée ne sont pas des agents d'empoisonnement criminel, mais des substances employées à des doses relativement élevées et qu'ils se classent ainsi dans la catégorie des substances dangereuses plutôt que dans celle des substances vénéneuses :

Est d'avis qu'il y a eu lieu d'inscrire les dérivés de la malonylurée parmi les substances dangereuses classées dans le tableau C, annexé au décret du 14 septembre 1916. »

Les eaux de Saint-Christau. — Mlle ***Achard*** et **M. *P. Blum***.

MM. ***Regnier, Santenoise, Vare*** et ***Verdier***. — Mise en évidence dans la glande thyroïde, le sang veineux thyroïdien et le sang carotidien, d'un pouvoir d'abaissement de la chronaxie du Gyrus sigmoïde.

MM. Blanchetière et Ch. Richet fils sont présentés par le Conseil pour les deux places de Directeurs des Laboratoires de chimie et de physiologie pour le Service du contrôle des médicaments antisyphilitiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1928.

Tuberculose et éventration diaphragmatique. — ***MM. G. Caussade et Fatou***, en réponse à une question de M. le prof. ***Bard***, font connaître que sur 10 cas d'éventration diaphragmatique qu'ils ont étudiés cliniquement et radiologiquement (et dont 4 ont été autopsiés), ils ont trouvé 5 sujets atteints de tuberculose pulmonaire, soit une proportion de 50 %. C'est là une notion qui confirme des observations analogues d'Aime et Salomon, Samaja, Louste et Fatou, Savy, Jacquet, etc., pour ne citer que les travaux les plus récents.

Les réactions fébriles consécutives aux injections intraveineuses. — ***M. Flandin*** apporte de nombreux exemples de reactions fébriles à 39° ou 40° à la suite des injections intraveineuses les plus diverses : vaccins spécifiques, comme le vaccin de Nicolle anti-Ducrey, non spécifiques comme le TAB, solutions de peptone, sérums étrangers, humains, ou même auto-serum, solutions colloïdales, eau distillée, sang dilué dans l'eau distillée (autohémotherapie intraveineuse de Tzanck) eau salée isotonique. Ces réactions fébriles épisodiques, toujours accompagnées des symptômes sanguins de la crise hémoclasique ne paraissent avoir aucun caractère spécifique et être liés simplement à un déséquilibre sanguin momentané.

Les cas particulièrement visés par M. Milian dans sa précédente communication sur les conflits thérapeutiques ne semblent pas échapper à la règle commune. On peut se demander si la frequence avec laquelle cet auteur observe des reactions fébriles ne tient pas à ce qu'il a conservé la pratique des injections de novarsénobenzol très dilué et si l'eau distillée n'est pas en cause plus que l'agent therapeutique.

La guérison ou mieux les rémissions dans les endocardites. — ***M. Maurice Renaud*** considère l'observation de M. Netter comme une expression schématique de l'évolution des endocardites, telle qu'il s'est efforcé de la dégager dans ses mémoires de 1925.

Inflammation thrombosante à durée indéfinie et à poussées irrégulières, l'endocardite n'entraîne par elle-même aucune gêne fonctionnelle. Elle est silencieuse et passe inaperçue. Elle n'attire l'attention qu'en raison de la bactérihémie tout intermittente et des embolies septiques, dont les conséquences sont les plus graves.

Il faut bien distinguer le processus endocarditique lui-même de ses conséquences. La cicatrisation complète et definitive du premier est infiniment difficile. Elle est rare. L'atténuation des manifestations infectieuses n'en est en aucune manière la preuve.

Aussi, dans les cas tels que celui que signale M. Laubry et dont l'auteur a lui-même publié des exemples, lui paraît-il plus sage de parler de rémission que de guérison.

Traitement de certains états migraineux par le tartrate d'ergotamine. — ***M. Arnault Tzanck***. — Les resultats obtenus par cette medication sont des plus intéressants. Des migraines vraies avec vomissements, anorexie absolue, ont pu être arrêtées comme expérimentalement par l'ingestion ou même l'injection sous-cutanée de tartrate d'ergotamine. Les intervalles intermigraineux ont pu passer de 10 à 60 jours et même davan-

(1) Lettre communiquée par Madame Adolphe Dufour.

(2) Les haines accumulées contre Robin positiviste et penseur libre se manifestèrent en d'autres circonstances : n'alla-t-on point jusqu'à le rayer de la liste des jurés parce qu'il était positiviste !

tage. La médication peut être instituée selon deux modes, ou discontinue (au moment des migraines) ou continue (dans l'intervalle). Cette médication a été bien tolérée ; elle nécessite une surveillance très attentive. A signaler que contrairement à toute prévision les malades ainsi améliorés par le tartrate d'ergotamine (paralysant du sympathique) étaient tous des vago-toniques.

M. Flandin cite un cas d'état migraineux très amélioré par le tartrate d'ergotamine. Il a pu, en administrant un comprimé deux jours consécutifs éviter les accès migraineux au moment des règles et ceux consécutifs, aux écarts de régime.

Un cas d'hypoglycémie spontanée chronique avec accidents nerveux graves. — *MM. Guy-Laroche. Lelourdy et J.-A. Bussière* présentent une femme de 35 ans, atteinte depuis quatre ans, de troubles nerveux parosystiques (confusion mentale, crises épileptiformes : coma, parfois diplopie) lorsqu'elle reste plus de quatre à cinq heures, sans prendre de nourriture.

Ces crises cessent par l'ingestion de sucre, ou injection sous-cutanée ou intra-veineuse de glucose. A la suite d'un état de mal avec coma prolongé pendant sept jours, est survenue en octobre 1927 une polynévrite grave des membres supérieurs et inferieurs avec troubles de la marche, abolition des réflexes tendineux et réaction de dégénérescence partielle des nerfs. L'examen du sang a montré chez cette malade une hypoglycémie allant de 0.75 à 0.66 pour 100. Par suite du trouble du mécanisme régulateur du glucose, cette femme se trouve dans un équilibre toujours instable, et elle est extrêmement sensible, quelques grammes près, à une diminution de son alimentation en glucides. L'adrénaline, l'extrait surrénal, et le lobe postérieur d'hypophyse font cesser les crises, mais n'ont pas d'effet préventif tout au moins durable. L'insuline à dose de 15 unités par jour, a d'abord été tolérée pendant sept jours, puis semble avoir provoqué des crises, malgré l'ingestion d'une plus grande quantité de glucides.

Les auteurs font remarquer l'action aggravante des protéides et des lipides, qui semblent utiliser le reste du glucose disponible de l'organisme et déclanchent des crises.

Ce cas se rapproche de ceux de Harris, de Cannidge, et de Russel, Power et Robertson, et de ceux de Gougerot et Peyre.

Ces faits montrent qu'il existe chez des sujets, présentant différents troubles, tels que, faim subite, angoisse, crises nerveuses, une hypoglycémie spontanée, entraînant la nécessité d'une alimentation répétée. Dans leur cas, les auteurs n'ont pu préciser l'organe atteint. Le trouble du mécanisme glycorégulateur de leur malade, est complexe : en effet, elle assimile et emmagasine le glucose, mais elle le combure et ne peut le libérer facilement. D'autre part, elle ne peut former le glycogène aux dépens des albumines et des graisses, et elle doit, pour conserver son équilibre, recevoir des glusides. Peut-être, n'y a-t-il pas chez elle lésion particulière d'un seul organe, mais des troubles de la fonction glycorégulatrice relevant des divers organes en particulier du foie, du pancréas, des glandes à sécrétion interne, concourant normalement à l'équilibre glycorégulateur.

Amélioration rapide d'une polynévrite par une nouvelle technique d'ionisation médullaire Présentation de la malade. — *M Bourguignon.* — La malade, que vient de présenter le Dr Guy Laroche, était atteinte de troubles fonctionnels musculaires pour les quels on avait songé au pythiatisme. L'examen électrique, que m'avait demandé le Dr Laroche, a démontré qu'il s'agissait d'une polynévrite des quatre membres infectant principalement le sciatique poplité interne au membre inferieur, et le médian et le cubital au membre supérieur.

Cette polynévrite était au début, et l'on trouvait, à côté de l'abolition des réflexes achilléens, l'exagération des réflexes rotuliens. L'évolution a été progressive et la malade marchait de plus en plus mal, quand on a commencé le traitement.

Dans l'hypothèse, admise actuellement par beaucoup d'auteurs, de lésion cellulaire dans les polynévrites, j'ai proposé d'essayer chez cette malade une technique d'électrothérapie de la moelle dont je poursuis l'étude actuellement et dont je parle aujourd'hui pour la première fois.

Partant des résultats que j'avais obtenus dans le traitement de l'hémiplégie par ionisation trans-cérébrale réalisée en mettant une électrode sur l'œil, ce qui donne une voie d'accès au courant dans la masse cérébrale: ainsi que j'en ai la preuve par des expériences variées, j'ai pensé qu'en mettant la deuxième électrode sur l'interstice sacro-lombaire au lieu de la mettre sur l'interstice occipito-vertébral, le courant passerait non seulement par la masse cérébrale, mais encore par la moelle et tout le conduit du canal rachidien.

Depuis trois ans environ, j'étudie cette technique dans le traitement de diverses affections médullaires avec de très beaux résultats dans beaucoup de cas. C'est ce qui m'a incité à essayer ce traitement pour la polynévrite de notre malade. J'ai employé chez elle l'ion iode. Une électrode négative bifurquée, imbibée d'iodure de potassium à 1 % est placée sur les deux yeux fermés, l'electrode positive, mouillée d'eau pure est placée sur l'interstice sacro-vertébral. L'intensité est de 6 à 10 milliampères. La durée des séances de trente minutes.

Je procède par périodes de traitement coupées de repos.

Le traitement a été commencé le 14 décembre et il y a eu une première série de neuf séances en deux semaines. Après un repos de dix jours, on a fait une deuxième série de quatorze séances en quatre semaines.

L'évolution progressive s'est arrêtée presque immédiatement. A la sixième séance, l'amelioration a commencé, et elle s'est poursuivie jusqu'à maintenant. De 0 que la malade faisait au dynanomètre, elle est arrivée à 50. Les reflexes achilléens sont toujours abolis, mais l'exagération des réflexes rotuliens a disparu. La malade peut maintenant manger seule, se coiffer, tourner un bouton de porte, etc. L'amélioration a été si rapide qu'il est difficile de l'attribuer à autre chose qu'à la nouvelle technique d'électrisation cérébro-médullaire que je propose.

Sur l'endocardite rhumatismale maligne. Interprétation nosographique et pathogénique. — *MM. Langeron* et *Delcour* (de Lille).

Atrophie optique et paralysie du protoneurone moteur d'origine hérédo syphilitique. — *MM. Gaté, Devic, Fouilloud, Brigat* et *Chreidy* (de Lyon).

Un cas de grandes hémoptysies non tuberculeuses d'origine hémogénique. Splénectomie. Guérison. — *MM. P. Emile-Weill* et *R. Grégoire* rapportent un cas de grandes hémoptysies qui se reproduisirent pendant six mois par crises, et qui s'accompagnaient de toux, d'expectoration purulente, de fièvre et d'amaigrissement : aussi furent el es longtemps considérées comme étant de nature tuberculeuse. L'absence de signes pulmonaires importants à l'auscultation et a la radioscopie et celle de bacilles de Koch obligèrent à orienter autrement le diagnostic.

Ces hémoptysies survenaient en effet chez un malade de 31 ans, qui eut toujours une petite tendance hémorragique et qui depuis deux ans faisait des accidents hémorragiques graves et épistaxis, purpura.

Elles s'accompagnaient de lésions sanguines hémophilo-hémogéniques : retard de coagulation (une heure), temps de saignement prolongé (40'), signe du lacet positif, absence de rétraction du caillot, chute des hémoblastes (34000 96000).

La splénectomie pratiquée le 1er juillet a guéri complètement le malade, dont le sang est actuellement normal ; seul le signe du lacet persiste, discret.

La rate enlevée ne montre pas de lésions particulières.

Ce cas pose le problème de la thérapeutique des grandes hémoptysies non tuberculeuses. Le diagnostic, facile ici grâce à la coexistence d'autres hémorragies et à la présence d'antécédents hémorragiques personnels et héréditaires, est délicat en leur absence et n'est faisable que par les examens hématologiques.

Notre observation confirme la remarquable action de la splénectomie (Karnalsen) dans les états hémorragiques graves d'ordre hémogenique et hémogéno-hémophilique aujourd'hui bien démontrée.

Sur un cas de pneumothorax traité par pleurotomie. — *MM. Maurice Renaud* et *Miget* ont eu l'occasion de traiter par l'ouverture de la plèvre un pneumothorax suffocant survenu spontanément au cours d'une tuberculose à marche rapide.

La pression dans la plèvre était fortement positive.

La situation d'emblée dramatique et grave ne fut que médiocrement et de façon toute temporaire améliorée par les ponctions. Au troisième jour, en raison de l'asphyxie et de l'imminence du collapsus, on pratique une pleurotomie, simple incision de l'espace intercostal, par lequelle fut passé un drain.

Le résultat fut des plus satisfaisants. Le danger d'asphyxie fut immédiatement conjuré et on put croire pendant quelques jours à une évolution favorable.

Le malade mourut quinze jours plus tard. L'autopsie montra une énorme tuberculose caséeuse des deux poumons. Une véritable ulcération de 10 mm. de diamètre entamait la plevre, s'enfonçant dans du tissu caséeux.

Il n'en est pas moins intéressant de signaler l'heureuse influence de la pleurotomie sur les conséquence du pneumothorax lui-même. Il n'y a pas de raison en pareil cas, pour hésiter à y recourir.

Il faut remarquer aussi que la bénignité de la pleurotomie telle qu'un des auteurs la préconise paraît ici d'une manière éclatante puisqu'elle a été ici pratiquée avec plein succès immédiat, chez un sujet en plein collapsus cardiaque.

Œdèmes angio-neurotiques pseudo-inflammatoires. L'inflammation vaso-trophique. — MM. *Etienne May* et *G. Dreyfus-Sée*. — Des œdèmes subaigus d'allure inflammatoire, mais d'origine vaso-motrice et non infectieuse, peuvent revêtir des aspects cliniques variés, simulant une lymphangite des membres inférieurs, un rhumatisme articulaire aigu, une inflammation chirurgicale aiguë. Ces faits, mis en évidence par 12 observations, sont à rapprocher du groupe d'affections constituant les ecto sympathoses, en particulier, l'érythromélalgie, l'œdème de Quinchar, la sclérodermie ; il montrent que l'aspect inflammatoire des téguments n'est pas toujours de nature infectieuse et peut résulter d'un simple trouble vaso-moteur. Dans certains cas, une pathogénie analogue pourrait être invoquée à l'origine des poussées congestives ou viscérales, telles que celles qu'on observe au cours du rhumatisme déformant, affection qui peut d'ailleurs s'associer aux œdèmes pseudo-inflammatoires.

L'épreuve de Mac Clure et Aldrich pendant la période d'incubation des états infectieux. — MM. *Ricaldoni* et *Plé*, de Montevideo, rapportent d'intéressantes recherches sur l'épreuve de Mac Clure et Aldrich, c'est-à-dire l'injection intra-dermique d'eau salée entraînant une papule ou boule qui se résorbe d'autant plus vite que l'hydrophilie des tissus est augmentée, notamment au cours du choc peptonique. Ils ont pu provoquer des états infectieux chez l'homme par pyrothérapie, à l'aide d'un virus fourni par le professeur ***Brumpt*** (treponema hispanicum) et ils ont suivi chez les malades l'évolution de la fièvre en même temps que celle de la papule saline. Ils ont l'accélération de la résorption de la boule intradermique était manifeste pendant l'incubation des accès fébriles. Ces recherches préliminaires seraient utiles à répéter dans des circonstances similaires.

Etat de mal épileptique jacksonien chez un ancien traumatisé du crâne guéri rapidement après la provocation d'un abcès de fixation. — M. *Ricaldoni* rapporte l'observation d'un malade atteint d'épilepsie jacksonienne à crises fréquentes, chez lequel un abcès de fixation, provoqué à la suite de l'échec de toutes les autres thérapeutiques, a amené la cessation brusque et définitive des crises.

René Giroux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 février 1928,

Technique et résultats du traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie. — MM. *Barrieu* et *Nemours-Auguste*, poursuivant leurs recherches, montrent que, dès la première ou la seconde séance de rayons X le malade angineux éprouve un soulagement, et que les effets sont durables ; leur premier malade n'a pas eu de crise depuis un an.

Le traitement est totalement inoffensif ; il suffit de protéger le corps thyroïde. Sur sept cas traités, la disparition totale des crises a été observée cinq fois ; les deux autres cas ont fourni un succès partiel indiscutable.

Tous les syndromes angineux relèvent de la radiothérapie ; l'insuffisance ventriculaire gauche n'a pas été aggravée. Certaines arythmies extra-systoliques, toutes les sensations douloureuses cardiaques, les palpitations, le syndrome de cœur irritable, et la tachycardie paroxystique sont justiciables de ce mode de traitement.

Action des rayons ultra-violets sur le venin de vipère aspic. — Mme *M. Phisalix* et *M. F. Pasteur*, en faisant agir les rayons émis par un brûleur en quartz à vapeurs de mercure sur des solutions de venin de vipère aspic en solution aqueuse à 1 pour 1.000, à une distance de 50 cm. de la source, et pendant des temps variant de 15 à 75 minutes, ont obtenu les résultats suivants :

1° L'action des ultra-violets ne commence à devenir manifeste qu'au bout d'une demi-heure ; elle est la même dans les temps employés ;

2° Elle se traduit, contrairement à l'action des agents modificateurs jusqu'ici employés, par la restriction de l'échidnovacdin, c'est-à-dire de l'antigène antiveinimeux du venin de vipère : ce dernier irradié a perdu son pouvoir *in vitro* et *in vivo*, laissant prédominer l'action des composants toxiques qui devient ainsi prépondérant ;

3° Elle constitue un moyen nouveau de dissocier les deux sortes de composants biologiques du venin, en laissant intacts les composants toxiques.

M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 février 1928.

A propos de la sénescence. — M. *Sédillot* expose par quels mécanismes, selon lui, l'insuffisance fonctionnelle du foie endocrine, surtout dans le métabolisme de l'azote, en créant l'intoxication goutteuse, se trouve être à l'origine de la sénescence ou vieillesse prématurée localisée à certains organes (néphrite scléreuse et urémie, insulite scléreuse et diabète), à l'origine de la sénescence localisée à certains tissus (ankyloses articulaires enfin, à l'origine de la sénescence localisée à tout l'organisme (doctrine d'A. Lumière sur la vieillesse par floculation des colloïdes des humeurs.

La rééducation nasale par la diastolisation. — M. *du Pasquier* montre que la dilatation nasale caoutchoutée de C. Gautier constitue une méthode précieuse pour rétablir la respiration nasale chez les enfants dont le nez est sténosé par une hypertrophie muqueuse des cornets conditionnant la respiration buccale habituelle. Huit à dix séances de diastolisation suffisent pour rétablir la respiration nasale physiologique et augmenter la capacité vitale de 200 à 600 centicubes. Ce traitement très simple est facilement accepté et non douloureux. Plutôt que par dilatation mécanique, il agit par un effet dynamique modifiant la circulation, la sécrétion et la sensibilité de la pituitaire et la ramenant à son fonctionnement normal.

Sur le pouvoir antitoxique des eaux de Châtel-Guyon. — M. *J. Baumann*, par des analyses coprologiques effectuées avant et après la cure chez des typho colitiques ou des typhlotoniques, montre que les eaux de Châtel-Guyon entravent dans une certaine mesure, les processus de putréfaction et équilibrent les réactions humorales du gros intestin. Les meilleurs résultats paraissent être obtenus sur les fausses diarrhée et sur les dilatations cœcales avec stase.

Du massage dans les fractures. — M. *André Trèves* considère le massage et la mobilisation passive comme dangereux chez l'enfant où ils favorisent la production d'hyperostose et de cals douloureux. Seule, la mobilisation active est à recommander, après la période d'immobilisation plâtrée nécessaire dans les fractures avec déplacement.

Chez l'adulte, il faut d'abord réduire et maintenir la réduction. Après quoi, massage et mobilisation sont utiles, mais

sans jamais toucher au foyer de fracture, sous peine de voir apparaître de la douleur et de la périostite. Dans les fractures sans déplacement, ces manœuvres peuvent être entreprises d'emblée, mais en maintenant, entre les séances, une immobilisation au moins relative et en se gardant toujours de toucher au foyer de fracture.

A propos des troubles vago-sympathiques chez l'homme après la pyloro-gastrectomie. — ***M. Pron*** (d'Alger) après avoir, dans une communication de 1925, dit que ces troubles (crises quotidiennes consistant en angoisse, asthénie, pâleur de la face, sueurs abondantes et tachycardie) étaient spéciaux au sexe féminin, rectifie aujourd'hui cette opinion et résume l'histoire d'un homme de 36 ans, opéré en 1918, ayant eu, quoique à un degré moindre, ces malaises et les ayant encore par intervalles, fin 1927.

Le sort du bismuth insoluble dans l'organisme. — ***M. Galliot*** étudiant le sort du bismuth insoluble dans l'organisme, montre par plusieurs séries de radiographies faites de 2 à 15 mois après un traitement bismuthé que : une partie seulement du bismuth injecté est utilisé et qu'il en reste dans les muscles fessiers une importante quantité qui s'enkyste indéfiniment et n'est plus d'aucune utilité thérapeutique.

L'auteur demande que les chimistes essayent de mettre à la disposition des praticiens un sel insoluble de bismuth qui, tout en étant actif, soit entièrement assimilé par l'organisme et ne donne plus de reliquats inutiles et peut-être dangereux.

A propos d'un cas de bilharziose vésicale. — ***M. Ch. David*** relate un cas de bilharziose vesicale observé par lui dans sa clientèle. Ce malade, âgé de 13 ans, était un jeune Egyptien, récemment arrivé en France, qui présentait des hématuries très rebelles. La cystoscopie montre dans la vessie les lésions caractéristiques de la bilharziose, granulations blanches, ulcérations, petites végétations. L'auteur rappelle, à propos de ce cas l'évolution rapide du parasite de la bilharziose, et indique le traitement très efficace de l'affection par les injections intraveineuses de tartrate double, d'antimoine et de sodium qui permettent d'obtenir la guérison en quelques semaines.

PERPÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1928.

A propos des hydronéphroses. — ***M. Pierre Bazy*** continue à considérer l'hydronéphrose comme une affection d'origine mécanique dont le drainage déclive lui a donné un résultat favorable pendant 21 ans. Le rein a été étudié histologiquement par M. Letulle et reconnu sain.

Voie transrotulienne. — ***M. Alglave*** insiste sur les avantages de cette voie dans les lésions traumatiques graves du genou où le diagnostic est souvent douteux. Dans un cas, il a trouvé une bride fibreuse partie du ligament croisé antérieur et allant vers la face postérieure de la rotule. Dans un deuxième cas, le ménisque interne paraît lésé, mais il reste un doute. La voie transrotulienne permet de découvrir le ménisque interne rompu en plusieurs fragments ; il n'y avait aucune lésion sur les ligaments croisés, aucune lésion sur les ménisques externes.

M. Descomps rappelle qu'en 1918, il a décrit un procédé d'arthrotomie large du genou, incision de Langenbeck modifiée, qui lui a toujours donné d'excellents résultats.

Luxation récidivante acquise de la rotule. — ***M. Lecène*** rapporte un travail de ***M. Moulonguet*** et un autre de ***M. Bonnecaze.***

M. Lecène rappelle que Krogius, en 1904, a décrit une opération qui consiste à mettre la bandelette inférieure du vaste interne en cravate autour de la rotule. Il a réalisé une fois cette opération et il a eu un bon résultat. Mais il avait été frappé par le manque d'élasticité de la bandelette.

Aussi une deuxième fois a-t-il réalisé une opération analogue, mais en désinsérant la bandelette et en la réinsérant sur la rotule : guérison. M. Moulonguet, dans un nouveau cas, a employé ainsi la même technique, avec guérison consécutive. Quant à M. Bonnecaze, il a employé le procédé d'Ombrédanne qui consiste à insérer sur la rotule le tendon du demi-tendineux.

Rupture de la méningée moyenne au cours d'un traumatisme cranien. — ***M. Cunéo*** relate une observation de ***M. Bloch.*** Il s'agit là d'une lésion beaucoup plus rare qu'on ne le dit d'habitude. L'auteur insiste sur les difficultés que peut entraîner le lambeau temporal ostéoplastique qui découvre l'artère trop haut. Aussi est-il partisan de la trépanation basse que l'on pratique pour la neurotomie rétro-gassérienne.

Douze observations d'hydronéphroses. — ***M. Legueu*** rapporte un travail de ***M. Fey.*** Il dit que la pyéloscopie a montré que l'hydronéphrose n'est pas seulement mécanique, mais qu'elle est surtout liée à un trouble neuro musculaire du bassinet avec distension chronique sur laquelle se greffent des spasmes. Deux fois, l'auteur n'a pu trouver une épine irritative ; deux fois il s'agissait d'une bride dont la section a entraîné une guérison, un échec. Enfin, dans les huit autres cas, on a trouvé une artère anormale dont la section a entraîné la guérison complète. M. Fey est ainsi conduit à affirmer la très grande fréquence de ces artères anormales. La voie d'abord thoraco-abdominale qu'il a décrite permet d'ailleurs d'observer le pédicule en place et de se rendre compte des rapports de l'artère avec le bassinet. Celui-ci passe tantôt en avant, tantôt en arrière de lui, mais toujours dans la région bulbo-urétérale. Dès l'opération, la pyeloscopie montre que les mouvements redeviennent absolument normaux.

M. Chevassu dit que la pyéloscopie donne des résultats extrêmement intéressants ; mais leur interprétation reste très difficile. En particulier, pourquoi les faibles mouvements du bassinet seraient-il la cause et non la consequence de l'hydronéphrose ? D'ailleurs, il croit que la plupart des hydronéphroses sont dues à un obstacle très bas situé, au niveau de la partie inférieure de l'uretère.

Anévrysme artério-veineux. — ***M. Moure*** résumant la discussion en cours sur ce sujet, montre qu'au point de vue anatomique, il faut distinguer les fistules artério-veineuses simples, et les anévrysmes avec sac formé, suivant les cas, aux dépens de l'artere, de la veine, ou des parois de l'hematome primitif. Il insiste aussi, d'après les observations publiées et les belles expériences de M. Leriche, sur la gravité que peut avoir le retentissement cardiaque.

Au point de vue du traitement, il montre qu'il faut attendre longtemps, que l'anévrysme soit « mûr ». Il est essentiel de bien réaliser une hémostase temporaire parfaite : le procédé de Mathas à la bande d'Esmarch est excellent dans la continuité des membres. Des clamps doivent être employés à la racine des membres.

Au point de vue technique, le but essentiel est de fermer la fistule artério-veineuse ; on a décrit de nombreux procédés ; en réalité, il faut être éclectique. L'auteur défend cependant l'abord des orifices de l'anévrysme par voie transacculaire ou transveineux, sans aucune dissection extérieure du sac.

G. MENEGAUX.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu les lettres suivantes :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens d'avoir connaissance d'une lettre de M. Retterer, parue dans le *Progrès Médical* du 14 janvier 1928, p. 72. Dans cette lettre M. Retterer m'accuse expressément de plagiat scientifique. Je vous demande donc d'insérer en même lieu et mêmes caractères, conformément à la loi, la brève réponse suivante :

« J'ai décrit, dans une note à la Société de Biologie, l'origine nucléaire de l'hémoglobine dans les hématies du Lapin et du Merle. M. Retterer a, précédemment, fait dériver toute l'hématie d'un noyau dégénéré. Ces opinions ne sont pas identiques, mais parfaitement contradictoires.

Si, éloigné en général non pas de toute histologie, comme le dit M. Retterer, mais de l'histologie des Vertébrés, je me suis permis, à l'occasion, d'aborder un point de celle-ci, c'est que je l'ai fait avec une technique spécifique, jamais encore employée dans ce but, sans doute ignorée de M. Retterer, et qui depuis a fait ses preuves.

Ainsi, ni ma technique, ni mes résultats ne sont, heureusement, ceux de M. Retterer. Il a tort de revendiquer la priorité, et plus encore, de le faire avec des mots tels que « vilenies » et « vols. »

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments distingues.

M. PRENANT,
chef de travaux de la Faculté
des Sciences de Paris.

* * *

Marseille, le 28 février 1928.

Monsieur le Directeur,

Mis en cause par M. Ed. Retterer dans une lettre ouverte au Dr Callamand, publiée dans le *Progres Méd cal* du 14 janvier 1928, je vous prie de vouloir bien, en vertu du droit de réponse, insérer la rectification suivante, en même place et sous la même rubrique, dans votre prochain numéro.

M. Retterer fait allusion aux vilenies et aux vols de certains savants dont il se prétend la victime et, quelques lignes plus loin, il rappelle, de façon fantaisiste, ce qui n'a rien d'étonnant après cinq ans écoulés, les propos que je lui aurais tenus au cours d'une visite que je lui ai faite par simple déférence pour son grand âge.

Je lui aurais déclaré que mes constatations sur les hématies des Annélides constituent une belle confirmation de ses recherches. D'autre part, il donne à entendre que je me suis emparé de ses propres découvertes sans le citer.

Voyons ce qui en est, M. Retterer a écrit et soutenu dans plusieurs mémoires que l'hématie des mammifères représente un noyau transformé. Aucun histologiste sérieux n'a voulu admettre cette opinion et je me serais bien gardé de la faire mienne à propos des Invertébrés.

Il suffit de se reporter à la note que j'ai publiée en 1922 dans les C. R. de la Société de biologie (t. 86, p. 68) et à ma thèse de doctorat et sciences (Thèses de la Faculté des Sciences de Paris 1923 et Archives de Morphologie exp. et gén.. fasc. 17 1923) pour voir qu'il n'y a absolument rien de commun entre l'opinion de M. Retterer chez les Mamnifères et mes observations sur les Annélides. Par une méthode nouvelle basée sur l'emploi du réactif benzidine-eau oxygénée, que M. Retterer n'a jamais utilisée, j'ai constaté que le noyau des hématies chez les Invertébrés contient de l'hémoglobine et qu'il semble jouer un rôle essentiel dans la production de ce pigment. Mais je n'ai point constaté ni écrit, comme l'écrit M. Retterer, que l'hématie est un noyau, opinion particulièrement insoutenable chez les êtres présentant, comme c'est le cas des Annélides, des hématies pouvues d'un cytoplasme très abondant. Où peut-on voir là même un soupçon de plagiat : objet d'étude différent, méthode nouvelle, conclusion tout autre.

Quant au fait que je n'ai pas cité M. Retterer dans cette note, qu'il me soit permis d'indiquer tout d'abord que toute pensée imprimée n'est pas toujours bonne à relever, surtout lorsqu'elle résulte plutôt d'un raisonnement *a priori* que d'une observation réelle, irréfutable, et qu'en second lieu il n'est utile de citer dans un mémoire que les travaux dont on s'est occupé spécialement ou qui présentent un lien étroit avec le sujet traité, sinon il n'y aurait plus de limites aux références bibliographiques.

Si M. Retterer est persécuté par le fait que nombre d'auteurs passent sous silence ses recherches, il est facile de comprendre que c'est pour une tout autre cause que celle qu'il imagine ou voudrait laisser croire et qu'il n'y a dans ce fait nulle idée de s'approprier certaines de ses idées, bien au contraire !

Veuillez agréer, M. le Directeur, l'assurance de ma meilleure considération.

Dr Marc ROMIEU,
Agrégé des Facultés,
Professeur d'Histologie et d'Embryologie
à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Suivant l'usage nous avons communiqué ces lettres à M. Retterer qui nous adresse la réponse suivante :

Au lieu de faire des allusions plus ou moins claires, plus ou moins bienveillantes, je me contente de citer les textes. Je passe sur les hématies des Annélides que je n'ai pas eu l'occasion d'étudier. Quant à celles des Mammifères, M. Prenant (1) écrit : « Le noyau joue le rôle essentiel dans la formation de l'hématie... Chez les mammifères, le noyau me paraît pâlir progressivement sans être expulsé ni se fragmenter. »

Or, le noyau des cellules hématiformatives est sphérique et mesure 5 μ comme l'hématie du lapin adulte ; ce n'est donc que le noyau qui puisse former l'hématie, puisqu'il continue de persister, de l'aveu de M. Prenant lui-même.

Mes recherches datant de 30 ans ne sauraient compter aux yeux des jeunes techniciens d'aujourd'hui qui attribuent mes résultats à une technique défectueuse. Cependant ils ont été confirmés de divers côtés. Je me borne à citer J. Baudot (2) qui, sans connaître mes travaux, a décrit les faits dans des termes identiques aux miens. Soumettant à des saignées des cobayes en gestation, il a vu dans l'hypophyse des cordons cellulaires se transformer en hématies ; à cet effet, les noyaux commencent par devenir pycnotiques puis hémoglobiques, pendant que le corps de ces cellules subit la plasmolyse pour mettre les noyaux hémoglobiques en liberté.

Libre à chacun d'apprécier selon sa guise la valeur des travaux et la compétence des auteurs cités.

E. RETTERER.

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 19 novembre 1919, p. 913.
(2) *Contribution à l'étude de l'hypophyse* Thèse de Nancy, 1922.

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

FONDÉ EN 1873. — N° 12 LE NUMÉRO: 50 Centimes 24 MARS 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Epreuve écrite (séance du 14 mars). Question traitée : stomatorrhagies.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve clinique. Séance du 13 mars.— MM. Senèque 19, Aurousseau 15, Bloch (René) 17.

Séance du 15 mars : MM. Welti 15, Pascalis 15, Charrier 20, Wilmoth 13.

Séance du 16 mars : MM. Soupault 16, Oberlin 16, Huet 20, Thalheimer 17.

Concours de médecin de l'assistance médicale à domicile. — Composition du jury : MM. Lubetzki, Dufour, Quinqueton, qui ont accepté et MM. Descouleurs et Isidor qui n'ont pas encore répondu.

Faculté de médecine de Paris.— *Thèses.*— 13 mars. — M. CAHEN L'anesthésie par voie veineuse.— M. LEMARIEY. Etude sur l'otite scarlatineuse chez l'enfant. — Mlle SPIRÉANU. Etude sur le traitement de l'éclampsie. — M. CHEVEREAU. Traitement des fractures ouvertes de jambes. — Mlle RAUCH. Formes graves de la grippe chez le nourrisson. — M. BRIAU. Du peysth dans les états anxieux — M. NGUYEN VAN LUYEN. Mortalité des enfants du premier âge.

14 mars. — M. HADI PATCHEDJI. Etat actuel de l'hygiène publique en Irak. — M. FRIEDMANN. Tubage duodénal et cholécystographie.

17 mars. — (Thèses vétérinaires). — M. USSE. Le javart cartilagineux du cheval. — M. PUEL. Notes sur l'avortement contagieux des juments.

19 mars. — (Thèses vétérinaires). — M. VENDIESSE. Affections rhumatismales chez les grandes femelles domestiques.— M. GUEUGNIAUD. — Le pissement de sang chez les bovins. — M. MORDINE. Des mammites chez les brebis (troupeaux d'élevage de la Beauce).

22 mars. — Mlle ROBERT. Etude sur la thérapeutique dentaire. — M. BAUDET. Etude sur l'encéphalite épidémique.— M. MONTAKHAB. Traitement des névralgies du plexus brachial.

24 mars.— (Thèses vétérinaires).— M. MERLE. De l'avortement contagieux des juments. — M. MALVEZIN. Contribution à la production d'un lait propre et sain.

Dispensaire de salubrité de la préfecture de police. — Par arrêté du Préfet de police, M. L. BIZARD est nommé médecin en chef du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. LE NOIR, admis à la retraite, et M. BIZE est nommé médecin chef adjoint.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris. (8, rue Dante, Ve).— Le bureau pour 1928 est ainsi constitué :

Secrétaire : M. Jauneau ; secrétaire adjoint : M. Gouget ; trésorier : M. Pouzergues : trésorier adjoint : M. Jaleff ; bibliothécaire : M. Brun ; bibliothécaire adjoint : M. Simonot.

Faculté de Paris.— *Prix de thèses* (1926-1927). — Médaille d'argent : MM. Arnould, Azam, Azerad, Banzet, Bariéty, Bascourret, Benda, Boyer, Bruchon, Celice, Chabrut, Christophe, Coffin, Coutelen, Derocque, de Vadder, Duhamel, Fèvre, Garcin, Mlles Gauthier-Villars, Gobert, MM. Heim de Balzac, Kourilsky, Lacome, Lamy, Le Chaux, Desclainche, Lévy, Martin, Mayer, Motz, Renault, Su[illegible]eau, Thomas, Triboulet, Trocmé, Veil-Picard, Van der Horst, Weill, Hamburger, Escalier, Renard, Desgrez, Bordas, Garnier.

Médaille de bronze : MM. André, Aubry, Barret, Bidermann, B[illegible]isebois, Cannac, Cayla, Cottet, Dacquier, Decourt, Descomps, Ducourtioux, Durand, Mlle Frey, MM. Gaston, Gerson, Grenaud, Guilmard, Grullon, Jardet, Kalt, Kendiger, Kimpel, Laroche, Lazard, Lévy, Maduro, Nicolas. Poublan, Prévost, Rétat, Ricaud, Palmgren, Saint-Laurent, MM. Samsoen, Testart, Thibault, Topart, Valat, Vasseur, Carrega, Busy.

Mentions honorables : MM. Deglaude, Obaton, Morand, Pradier, Blanche, Tissier, Baconnet, Deléage, Willemin, Mlle Tisserand, MM. Bartet, Lacaisse, Huet, Ardoin, Duclos, Harburger, Blanc-Champagne, Hortopan, Guyot, Schmidl.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie. — ALGER. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à la date du 1er avril 1928, à M. SÉVENET, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

Ecole de médecine.— MARSEILLE. — M. le Dr Frédéric CORSY, professeur suppléant, a été nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Alézaïs, nommé professeur honoraire.

Journées médicales d'Egypte. — On nous prie d'annoncer que le Gouvernement Egyptien n'a aucun rapport avec les « Journées Médicales » du Dr ZEITOUN. Par contre, le Gouvernement a décidé de réunir, officiellement, au Caire, du 15 au 22 décembre 1928, un Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène auquel seront conviés les Gouvernements et les Sociétés médicales et scientifiques des divers pays.

Il y aura également une exposition d'instruments : appareils, médicaments, etc., qui restera ouverte pendant la durée du congrès.

Les assurances sociales en Allemagne.— En 1927 il a été dépensé 330 millions de marks pour les accidents du travail et 730 millions de marks pour l'invalidité.

Les recettes de la caisse des invalides se sont élevées à 983 millions. Il y a donc eu un excédent de recettes en 1927 de 253 millions.

Les recettes de la caisse des maladies se sont élevées à 1,449 millions et les dépenses à 1,324 millions.

La fortune des caisses d'assurances s'élève à 2 milliards environ.

Le nombre des ouvriers et employés assurés varie entre 21 et 23 millions. Trois millions d'ouvriers sont pensionnés. Le nombre total des pensionnés (ouvriers, mineurs et employés) dépasse 4 millions.

Il semble résulter des chiffres publiés que tandis qu'un employé reçoit une pension de 700 marks par an, un ouvrier invalide reçoit à peine 200 marks par an.

S'il en est ainsi il n'y a guère que la caisse des assurances contre la maladie qui soit d'une grande utilité pour les ouvriers, en Allemagne. (*Echo de Paris.*)

Voyage médical de Pâques sur la Côte d'Azur. — Comme chaque année, la Société médicale du littoral méditerranéen organise un voyage médical sur la Côte d'Azur, durant la semaine qui suit Pâques. La concentration se fera à Nice, le dimanche 15 avril, et l'on visitera, les jours suivants, le Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, le Cannet, Grasse, Vence, la Grande Corniche et les monuments romains de La Turbie, Menton et la frontière italienne, le Cap Martin, Monaco, Monte-Carlo et Beaulieu. Le voyage se terminera par une excursion dans les Alpes. La dislocation aura lieu à Nice le samedi 21.

Un voyage en Corse sera également organisé par la société du 22 au 26 avril, pour ceux qui en feront la demande.

Pour tous renseignements, écrire au Président de la Société médicale : Dr M. FAURE, 24, rue Verdi, à Nice.

Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France. — *Ordre du jour sur le secret médical, voté par le Conseil d'administration le 26 février* 1928 :

« Le respect du secret médical constitue pour le médecin une règle absolue en toute circonstance.

« L'expérience du passé montre que la violation de ce secret n'a donné aucun résultat favorable dans les lois et règlements et confirme la justesse des principes fondamentaux de la médecine.

« En conséquence le Corps médical demande non seulement que le secret médical soit rigoureusement respecté par les lois et règlements futurs, mais aussi que les lois et règlements actuellement en vigueur soient révisés au même effet, dans la mesure du possible.

« Il est à la disposition du législateur et des administrations publiques ou privées pour étudier avec eux les moyens d'assurer la santé publique sans violation du Secret médical ».

Cet ordre du jour a été transmis à l'Académie de médecine.

Amphithéâtre d'Anatomie (M. le Dr Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques). — *Avis.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires) en dix leçons, par M. le Dr Jean MEILLÈRE, prosecteur, commencera le lundi 16 avril 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 francs. Ce cours sera fait en liaison avec les cours de M. le Dr MARION. Se faire inscrire : 17, rue du Fer à-Moulin, Paris (5e).

Les emplois réservés médicaux aux médecins mutilés et réformés. — Comme suite au premier vœu présenté par l'Association des médecins de l'avant aux Etats généraux de la France meurtrie, et qui avait été voté par le Congrès, demandant qu'il fût réservé aux médecins mutilés et réformés de guerre une proportion importante des emplois médicaux créés ou à créer dans les ministères, services publics et grandes administrations, avaient été faites de pressantes démarches auprès du Ministre des Pensions pour qu'une mention spéciale fût insérée en faveur des emplois médicaux dans le projet de gouvernement en instance sur les emplois réservés que rapporte M. Chollet, député du Loiret ; M Thoumyre, député de Seine-Inférieure, s'était spontanément offert à présenter notre demande sous la forme d'un amendement au projet en question.

Dans une dernière conversation, le 25 février 1928, le bureau de l'Association des médecins de l'avant a cru devoir accepter, dans un but de haute solidarité envers les autres catégories de mutilés et réformés de guerre, de ne pas déposer en séance un amendement qui pourrait retarder le vote du projet que l'on voudrait voir passer sans débat à la tribune de la Chambre. Mais il a reçu l'assurance solennelle que l'amendement Thoumyre en faveur des emplois réservés médicaux sera soumis immédiatement pour avis à M. le Ministre des Pensions, et que notre vœu sera examiné avec la plus grande attention et avec le désir de donner aux médecins mutilés et réformés la satisfaction légitime qu'ils demandent.

En effet, à l'heure où notamment de nombreux postes de médecins inspecteurs des écoles vont être créés pour l'Inspection médicale des écoles réorganisée, il importe de faire reconnaître le principe des revendications des médecins mutilés que l'Association des médecins de l'avant a posé depuis 1921 dans une série d'articles paru notamment dans le *Fanion médical*. Les médecins ont été mobilisés en tant que médecins, mutilés et réformés de guerre, ils ont droit à des emplois réservés ; il est juste que les emplois qui leur sont attribués soient des emplois médicaux.

Le Ministre des Pensions a promis de soutenir les droits des médecins mutilés et réformés aux emplois réservés médicaux.

Nécrologie. — Dr Joseph COSTILHÈS, décédé à Paris à l'âge de 72 ans. — Dr Alfred CARLET, (de Grenoble) médecin du bureau d'hygiène, décédé à l'âge de 42 ans, — Dr CHAVOIX, de Bordeaux.

Office d'hygiène sociale. — Les médecins diplômés d'hygiène, susceptibles de s'intéresser aux questions d'hygiène sociale, sont informés que si, en attendant leur nomination à un poste définitif, ils désirent participer comme enquêteurs à des recherches concernant la protection de la santé publique, qui vont avoir lieu dans un certain nombre de départements, ils doivent s'adresser pour tous renseignements, à l'Office national d'hygiène sociale, 26, boulevard de Vaugirard.

Guerre. — Sont désignés pour assurer en 1928 le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin au 30 septembre.) — MM. le médecin principal de 2e classe Rebierre, médecin chef ; le médecin-major de 2e classe Sarrelabout.

Hôpital militaire de Bourbonne (26 mai au 30 septembre.) — MM. le médecin principal de 2e classe Delacroix, médecin chef ; le médecin-major de 1re classe Dellys ; le médecin-major de 2e classe Marion.

Hôpital militaire de Châtel Guyon (15 mai au 30 septembre.) — M. le médecin-major de 1re classe Delacroix, médecin chef.

Hôpital miltaire du Mont-Dore (15 mai au 30 septembre.) — M. le médecin-major de 1re classe Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai au 26 octobre.) — MM. le médecin-major de 1re classe Fauque ; les médecins-majors de 2e classe Pambet, Dillenseger et Audouy.

Hôpital militaire de Barèges (12 juillet au 9 septembre.) — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Chemin et Gorsse.

Hôpital militaire de Bourbonne (12 juillet au 15 septembre.) — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Poulin et Robert.

Hôpital militaire de Châtel-Guyon (12 juillet au 15 septembre.) — M. le médecin-major de 1re classe Spetebroet.

Hôpital militaire du Mont Dore (12 juillet au 15 septembre.) — M. le médecin aide-major de 1re classe Cadi.

Hôpital militaire de Vichy (12 juillet au 25 septembre.) — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Lacaux, Nahon et Pages.

Hôpital militaire de Briançon (12 juillet au 15 septembre.) — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Harter et Humann.

BIBLIOGRAPHIE

Barème des Accidents du travail, par le Dr Lucien MAYET, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin-expert près les Tribunaux, la Cour d'appel et le Tribunal des pensions de Lyon. — Deuxième édition. Un volume de 176 pages, avec 96 figures schématiques dans le texte. Prix : 9 fr. A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris.

Le titre complet de ce petit livre est le suivant : *Barème à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail.*

Malgré son tirage élevé, la première édition du *Barème* a été rapidement épuisée. Cette seconde édition a été entièrement revisée, largement augmentée et parfaitement mise au point. Clarté, précision, exactitude, texte vérifié en quelque sorte mot par mot, schémas au nombre d'une centaine, excellente disposition typographique font de cette nouvelle présentation de l'ouvrage du Dr Mayet un vade-mecum indispensable pour le praticien, en matière d'accidents du travail aujourd'hui, d'assurances sociales demain.

TRAVAUX ORIGINAUX

Métabolisme du calcium et gestation
(Dangers de la décalcification et dangers de la surcharge calcique)

Par Henri VIGNES.

Teneur du fœtus en calcium.

Teneur totale. — Les tissus d'un enfant né à terme contiennent quarante à cinquante grammes de chaux, soit environ quinze grammes par kilo (1).

Ce taux est inférieur à celui de l'adulte, qui est d'environ vingt-cinq grammes : en effet, un adulte de 60 kilos possède une quinzaine de grammes de CaO dans ses parties molles et mille sept cents grammes dans son squelette.

Répartition chez le fœtus. — 1° Le squelette est moins riche en chaux que chez l'adulte : les cendres de ses os en contiennent moins que n'en contiennent les cendres des os chez l'adulte ( ) et, d'autre part, les nouveau-nés étant moins minéralisés, plus « aqueux » que les adultes, cette différence est beaucoup plus marquée si l'on considère l'os frais.

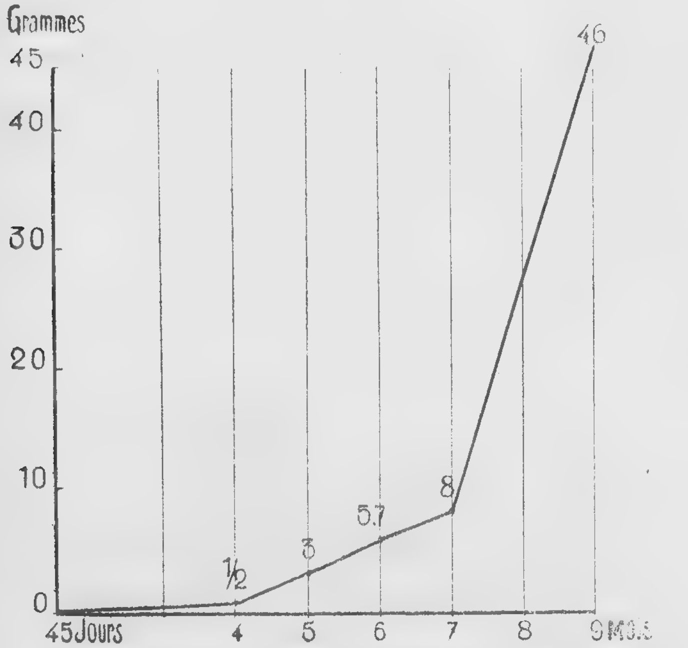


FIG. 1. — Augmentation du taux calcique au cours de la vie intra-utérine (établie d'après les chiffres de MICHEL) (3).

2° Le sang est, également, moins riche que chez l'adulte (4).

3° Le système nerveux est très riche en chaux (1). Étant donné que l'ion Ca diminue l'excitabilité du système nerveux, on peut supposer que le système nerveux du fœtus et du nouveau-né doit sa moindre excitabilité à ce fait et que l'augmentation d'excitabilité, au cours de la vie extra-utérine, va de pair avec la diminution progressive du taux calcique.

4° Le tissu musculaire jeune est plus riche en calcium (par rapport au sodium) que chez l'adulte, ce qui explique sa moindre contractilité.

Passage de la mère au fœtus. — Nous ne savons pas sous quelle forme et quel mécanisme le calcium franchit le filtre placentaire.

Le taux calcique augmente d'autant plus que la gestation est plus proche du terme. Les dosages de Michel ont montré que le fœtus s'enrichit en CaO surtout pendant les dernières semaines de la gestation.

Delezenne et Fourneau ont observé des faits analogues dans l'œuf de poule fécondé : au fur et à mesure de l'incubation, l'œuf s'enrichit en CaO, prélevé au dépens de la coquille (2).

Cet enrichissement du fœtus en chaux est proportionnel à l'accroissement du poids après dessiccation. Si, en effet, nous choisissons comme unité les chiffres de départ de M. Michel entre trois et quatre mois, nous arrivons aux accroissements suivants :

	à 5 mois	à 6 mois	à 7 mois	à terme
Le poids du fœtus à l'état frais et égal au	poids initial × 3,5	Pi × 5,5	Pi × 9.5	Pi × 27
Le poids du fœtus à l'état sec est égal au	poids initial × 4	Pi × 8	Pi × 12	Pi × 82
Le poids de la chaux est égal au	poids initial × 4 à 5	Pi × 9 à 10	Pi × 14	Pi × 80

L'accroissement de la calcification serait un peu plus rapide que l'accroissement de la minéralisation en général, si du moins l'on en croit les pourcentages que nous avons calculés d'après les chiffres de Michel et d'après ceux d'Hugounenq (3). Voici ces teneurs des cendres en chaux :

	Michel	Hugounenq
3 à 4 mois	27 p. 100	
4 à 4 1/2		32,60 p. 100
4 1/2 à 5		38,21 —
5	30 —	
5 à 5 1/2		32,50 —
6	34 —	34,60 —
6 1/2		34,13 —
7	32 —	
A terme	41 —	40,48 —

Teneur du placenta en calcium.

J'ai fait avec Coisset (4) quelques dosages pour essayer d'établir la teneur du placenta humain à terme en Ca. Voici les chiffres auxquels nous sommes arrivés (5).

---

(1) MICHEL analysant 112 grammes de cendres qui résultaient de l'incinération d'un fœtus, du poids de 3.335 grammes, trouva 46 gr. 565 de CaO. Sur la composition chimique de l'embryon et du fœtus humains aux différentes périodes de la gestation. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1899, p. 423.)

(2) Chez l'adulte, 40.1 % de CaO dans les cendres et 37.7 % chez un nourrisson de 14 jours.

(3) Détail des chiffres de Michel :

	pesant		contient
4 mois	125 grammes	et 12,61 à sec)	0,586 de chaux
5 —	445 —	54,26	— 2,657
5 —	448	59,44	— 3,542
6 —	672	100,62	— 5,715
7 —	1.024	156,30	— 8,233
à terme	3.355	1.028,35	— 46,565

Le graphique est établi en carré à partir du 15e jour, pris comme terme de l'organogénèse et début de la croissance.

(4) MARTHA JONES (Teneur en calcium du plasma et des globules chez le nouveau-né. *Journ. of Biol. Chim.*, 1921, tome LXIX, p. 187) trouve, pour 100 cc. de sang, 0.0088 chez le nouveau-né et 0.010 ou plus chez la femme. De plus, 100 cc. de globules ont un taux de 0.05 et 100 cc. de plasma un taux de 0.0123 : les globules sont donc moins riches et le plasma aussi riche ou plus riche qu'à l'état adulte.

(1) A la naissance, d'après Quest, le cerveau contient 0.168 pour 100 de CaO, alors qu'à huit ans, il en contient trois fois moins.

(2) DELÉZENNE et FOURNEAU. — Sur la part que prend la chaux de la coquille de l'œuf de poule à la formation du squelette du poussin pendant l'incubation. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, sept., 1918, p. 413.)

(3) HUGOUNENQ. — La composition minérale de l'enfant et la loi de Bunge. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1899, p. 528.)

(4) COISSET et H. VIGNES. — Documents sur la teneur du placenta humain en calcium. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, mai 1926.)

(5) En grammes de métal pour 100 gr. de tissus frais.

Numéros	Parité	Durée de la gesta-tion (1)	ENFANTS			PLACENTA			
			Sexe	Taille	Poids	Poids frais	Poids sec	Teneur en solides	Teneur en Ca
1303	II	269	fem.	52		690	110	16 %	0.014
1179	II	275	hom.	51	3.775	660	90	13,7 %	0.028
1185	II	275	hom.	51	3.920	915	132	14,4 %	0.049
1286	I	279	fem.	45	1.970	310	50	16,2 %	0.028
1206	III	279	fem.	47	3.500	630	98	15,5 %	0.057
1219	I	282	fem.	56	3.750	620	94	15,1 %	0.028
1157	II	286	fem.	51	3.620	580	90	15,5 %	0.021
1641	II	292	fem.	49	3.410	670	112	16.7 %	0.077

On voit que, dans la série étudiée, la teneur en calcium a été très variable suivant les sujets. (2) La moyenne arithmétique a été de 37 milligrammes pour 100 gr. de substance fraîche, avec des écarts maxima de + 40 et de — 23 et le chiffre le plus souvent rencontré a été de 28. Ce chiffre de 28 est voisin du taux moyen de la rate (28) et du cœur (25), légèrement inférieur à celui du poumon (32) et supérieur à celui du rein (21). La moyenne arithmétique est particulièrement élevée, puisque seuls les tendons, l'aorte et les os ont un taux supérieur.

Ces différences ne s'expliquent ni par la parité ni par le terme de la gestation, ni par le sexe, la taille ou le poids de l'enfant, ni par le poids ou l'hydratation du placenta, ni par la teneur en halogènes. Un placenta dont la face maternelle était saupoudrée de grains calcaires, chez une femme ayant ingéré de la chaux pendant sa gestation (obs. 1179), n'était pas particulièrement riche en calcium. Un enfant qui fit de la tétanie précoce avait une teneur normale de son placenta en calcium (ob. 1286).

Nous n'avons pas retrouvé le parallélisme que Ballantique avait signalé entre la richesse du placenta en CaO et le poids de l'enfant.

Dans un travail plus récent, Boinot (3) indique pour le placenta de vache le chiffre de 0.0196 pour 100 gr.

Besoins du fœtus en Ca.

Des chiffres que nous avons indiqués précédemment, on peut déduire que la quantité de Ca demandé par le fœtus à la mère est assez important (4), surtout vers la fin de la gestation : Michel l'évalue à 0 gr. 638 par jour près du terme : Givens et Macy arrivent à des chiffres inférieurs : jusqu'au troisième mois, le fœtus a besoin de 200 milligrammes en tout, — au 3e mois, il lui faut 7 à 20 milligrammes par jour et à terme le besoin quotidien atteint 70 milligrammes (5).

(1) Exprimée en jours écoulés depuis le dernier jour des D. R.

(2) *Particularités cliniques diverses* : 1303. Hématorrhée pendant la gestation.

1179. A pris beaucoup de glycérophosphate de chaux, nombreuses granulations calcaires de la face maternelle.

1286. Traitement intensif par le lipiodol pour une raison inconnue de nous, bronchite chronique ancienne sans bacille de Koch, mauvais état général, tétanie précoce de l'enfant.

1206. Syphilis congénitale de la mère, syphilis acquise et soignée du père.

1157. Hématorrhée pendant la gestation.

1164. Fécondée après un traitement thyroïdien qui a été continué pendant la gestation, hydrohématorrhée.

(3) Boinot. — *Le rôle du calcium en biologie et en thérapeutique* (un vol., Paris, 1927.)

(4) Voir, à ce propos, les travaux anciens de Herbst et la note de Paul Roth. Influence de la teneur de l'eau en calcium dans la croissance et dans la métamorphose expérimentale des têtards de *Rana temporaria*. (*C. R. de la Soc. de Biol.*, Paris 1927, tome XCVII, p. 1284.)

(5) Givens et Macy. La teneur en calcium et magnésium du fœtus humain. (*Journ. of Biol. Chem.*, fév. 1922.

Origine du calcium fœtal.

Première hypothèse : *Il n'est pas impossible que le fœtus ne prenne ce dont il a besoin dans la chaux assimilée chaque jour par sa mère.* Une femme normale a besoin chaque jour d'environ 1 gramme de calcium, — 70 centigrammes, dit Sherman. Cette quantité, elle la trouve habituellement dans son alimentation quotidienne et, même, elle peut en trouver davantage : elle peut donc très bien faire face de la sorte aux besoins du fœtus, en principe, du moins.

Deuxième hypothèse, formulée par Kirk (1880) : *Le fœtus puise dans les réserves de sa mère la chaux dont il a besoin.* Pour certains auteurs, la nourriture de la mère serait toujours insuffisante pour les besoins en chaux du fœtus. Bar, prenant une chienne pleine, lui donnant un régime dont la teneur en chaux était calculée et analysant les urines, les matières fécales et les cendres des petits, est arrivé aux chiffres suivants :

Quantité de chaux ingérée pendant la gestation.	5 grammes
Quantité de chaux éliminée pendant la gestation.	1 —
Quantité de chaux contenue dans les cendres de la portée	10 —

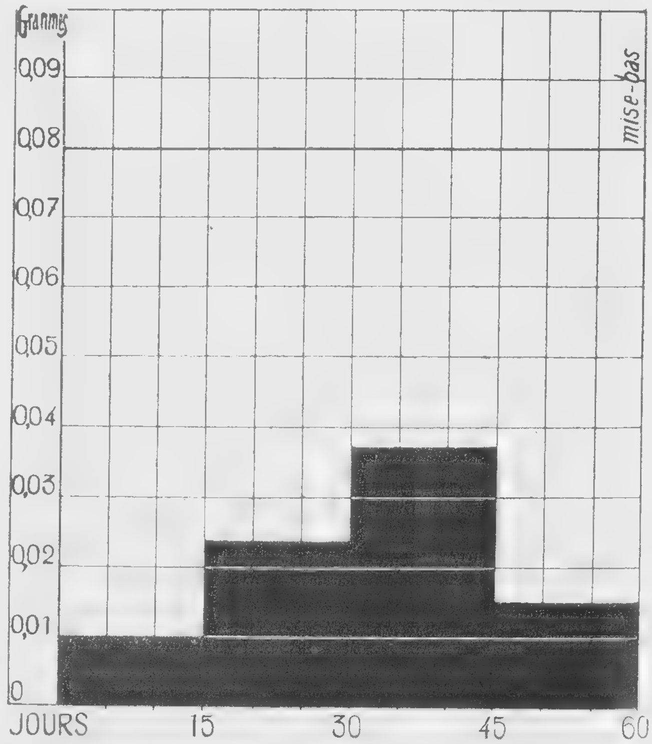


Fig. 2 (d'après Bar). — Augmentation de l'excrétion calcique au milieu de la gestation : jusqu'à 0,08, la chaux ingérée en quantité constante ; en noir, la chaux excrétée par l'intestin. (Les chiffres d'excrétion urinaire sont comparables.)

Il y aurait donc déficit sur le bilan et appel aux réserves.

Cette chaux proviendrait du squelette ou des dents, et l'on a précisé qu'il s'agit de carbonate et de fluorure de chaux, plus que de phosphate du moins en ce qui concerne les spoliations faites aux dépens des dents. La fréquence de certains accidents qui ont été attribués à l'appauvrissement de l'organisme en chaux et dont nous parlerons tout à l'heure constitue un argument pour cette théorie : par exemple, si l'on attribue certaines caries dentaires à une spoliation calcique et si l'on considère les caries comme réellement fréquentes au cours de la gestation, on peut en déduire un bon argument.

Pour assurer l'utilisation des réserves maternelles, il se produirait une mobilisation de ces réserves que traduirait l'augmentation de chaux dans le sang. Bar et Daunay ont constaté une telle augmentation et l'évaluent au double de la teneur normale : l'intermédiaire entre le besoin fœtal et la mobi-

lisation gravidique seraient une augmentation de l'acidité sanguine.

Lamers (1) a également constaté cette augmentation de la calcémie : les femmes non enceintes avaient en moyenne 10 mgr. 81 pour 100 centimètres cubes de plasma, les femmes enceintes 11 mgr. 67 ; dès le troisième mois de la gestation, il a pu constater l'élévation de la calcémie. il n'a pas constaté de relations définies par rapport au développement de l'enfant. Chez les femmes en travail, le chiffre moyen (9 cas) fut de 12.77. Chez quatre femmes en lactation, il a constaté en partie des valeurs élevées de la chaux.

Dans les cas de môle hydatiforme, une fois la proportion de la chaux fut anormalement faible ; dans une gestation extra-utérine de six semaines, il était égal à celui observé chez les femmes non enceintes. Quatre éclamptiques présentèrent des chiffres remarquablement bas. Dans une aménorrhée non gravidique, il a trouvé des chiffres trop élevés.

Underhill et Dimick étudiant le sang total, ont trouvé également que la teneur en calcium est plus élevée que normalement (2).

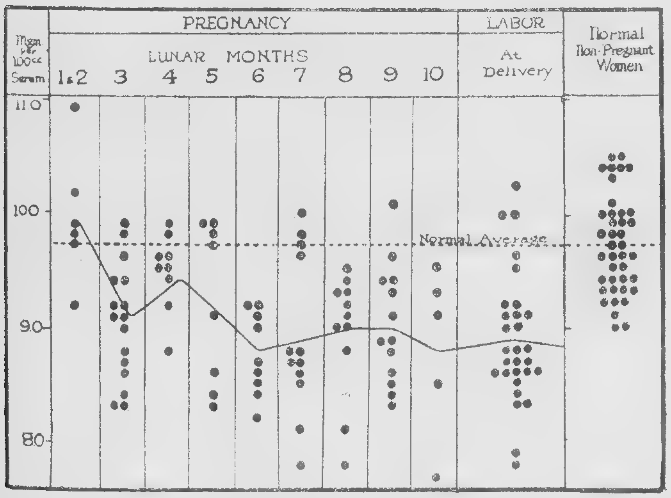


FIG. 3. — Calcémie d'après BOGERT et PLASS (sérum) : en pointillé, moyenne extragravidique ; en trait plein, moyenne gravidique.

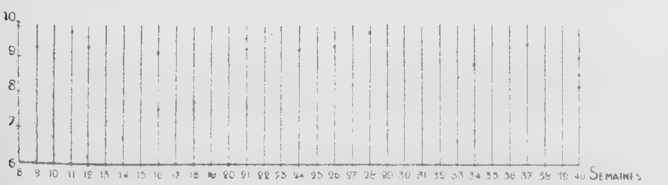


FIG. 4. — Calcémie d'après KREBS et BRIGGS.

Des renseignements contradictoires sont donnés par d'autres auteurs. Mazzocco et Bustos Moron (3), chez des femmes non enceintes, ont trouvé 9.19 pour 100 centimètres cubes de sérum, en moyenne, et chez des femmes enceintes près du terme 8.77 en moyenne (7.80 à 9.73). Widdows a également constaté une hypocalcémie nette

(1) LAMERS A.-J.-M. — La proportion de la chaux dans le sang humain, et spécialement chez la femme ; méthode pratique pour la déterminer quantitativement. *Zeits. f. Geburtshilfe*, 1912, tome LXXI, p. 392.

(2) UNDERHILL et DIMICK. — Metabolism of Inorganic Salts. IV. Content of Inorganic Salts in Blood in Pregnancy ; especially Calcium. (*Journal of Biological Chemistry*, novembre 1923, p. 133.)

(3) MAZZOCCO et BUSTOS MORON. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 28 de 1921, p. 692. — WIDDOWS. — Calcium content of the blood in Pregnancy. *Bioch. Journ.* 1923, tome 17. — Voir aussi C. WALDORP. Le taux du calcium dans le sang humain. Sa régulation par les glandes endocrines dans les conditions normales et pathologiques. *La Prensa Medica Argentina*, 20 mai 1926.

Bogert et Plass ont constaté que le sérum des femmes enceintes avaient une teneur en calcium inférieure à la normale, à la différence de leurs fœtus qui étaient très supérieurs à la normale (1). Krebs et Briggs arrivent à des chiffres analogues.

La décalcification au cours de la gestation.

A la faveur de cette mobilisation gravidique de la chaux, il se produit soit de façon constante, soit de temps à autre, une décalcification appréciable. — L'excrétion urinaire des sels de chaux est souvent augmentée pendant la gestation, — souvent, mais pas toujours. D'autre part, il est probable qu'en même temps, l'élimination calcique augmente par la muqueuse du gros intestin.

Ces faits ont pu être étudiés minutieusement sur une chienne par MM. Bar (2) et Daunay. Chez cette chienne en état de gestation, soumise à un régime alimentaire pauvre en chaux, l'abondance de la chaux dans les matières fécales augmenta jusqu'au 45e jour. D'autre part, l'élimination de chaux par les reins a été jusqu'au 45e jour supérieure à la chaux absorbée. Puis cette excrétion fut très diminuée, par l'intestin ainsi que par l'urine, pendant le dernier quart de la portée.

La décalcification commencerait donc avant la période des besoins maxima, et cesserait quand le fœtus devient particulièrement exigeant.

La réalité de la décalcification gravidique se fonde sur des preuves indirectes et sur des preuves directes.

Les preuves indirectes sont : 1° un petit nombre de bilans établis entre ingesta et excreta ; 2° quelques faits pathologiques qu'on interprète comme traduisant une décalcification (caries dentaires, relâchement de la ceinture pelvienne, tétanie, aggravation de certaines tuberculoses) ; 3° les dosages pratiqués dans le sang. Certains auteurs constatant une diminution de la calcémie ou plus exactement une calcémie qui se maintenait à un niveau normal faible, d'autres concluant à une augmentation de la calcémie qu'ils interprètent comme traduisant une mobilisation gravidique des réserves calciques.

Les preuves directes de la décalcification résultent des dosages qui ont été effectués par mon collaborateur Coisset sur les cendres d'animaux entiers, dans l'espèce, des cobayes (après excision de l'estomac et des intestins). Les teneurs en Ca sont exprimées en grammes de Ca pour 100 gr. dans le tableau suivant (3). (*Voir le tableau à la page suivante.*)

Nos conclusions étaient les suivantes : 1° les femelles gestantes F, A et B ont une teneur en calcium inférieure à celle des trois témoins D, E, H ; la femelle gestante G, à l'extrême début de sa gestation, avait une teneur en calcium inférieure à celle des témoins E (jeune) et H (adulte) et supérieure à celle du témoin jeune D ; il semble donc légitime de parler de décalcification gravidique ;

2° la décalcification la plus accentuée a été observée chez la femelle le plus proche de la fin de la gestation, le terme étant apprécié d'après le poids des embryons et fœtus ;

3° la teneur des tissus maternels en halogène ne permet pas de confirmer la réalité de la rétention chlorurée gravidique ; toutefois elle indique une prédominance de chiffres forts chez les deux femelles A et B plus avancées dans le cours de leur gestation.

(1) BOGERT et PLASS. — The Ca and Mg content of the blood serum during pregnancy, labor, and the puerperium (*Amer. Journ. of Obst.* 1923, t. VI, p. 427). — Le magnésium est à égalité dans le sérum maternel et fœtal (et un peu inférieur à la normale). Il n'y a pas de modification du taux du calcium dans les toxémies gravidiques. Le calcium est normal pendant l'allaitement. KUBS et BRIGGS : Blood studies in normal pregnancy. *Amer. Journ. of. Obst.* 1923, t. V, p. 67.)

(2) BAR. — Leçons de pathologie obstétricale, fasc. 2, 1907, p. 445.

(3) H. VIGNES et COISSET. — Teneur de l'organisme en calcium et en halogènes au cours de la gestation (*C. R. de l'Ac. des sciences*, 1927, t. CLXXXIV, p. 472.)

	Poids en grammes de l'animal		Teneur en solides (Extrait sec)	Teneur en Ca 0/0 exprimée en Ca		Teneur en halogènes 0/0 exprimée en Cl.	
	frais	sec		frais	sec	frais	sec
Femelle G	490 gr.	178 gr.	36 %	**1,58**	4,56	0,16	0,45
ses 4 embryons	0,299						
Femelle F	580	210	36 %	**1,05**	2,91	0,10	0,28
ses 4 embryons	2,08						
Femelle A	575	221	38 %	**1,06**	2,77	8,18	0,47
ses 3 fœtus	125	35	28 %	1,00	3.59	0,22	8,79
ses 3 placentas	13,5	2,4	17 %			0,18	1,06
Femelle C							
ses 3 fœtus	125	33	26 %			0,15	1,64
ses 3 placentas	13,8	2,4	17 %			0,20	1,20
Femelle B	528	176	33 %	**0,93**	2,78	0,18	0,71
ses 2 fœtus	95	25	26 %	0,75	2,87	0,19	1,09
ses 2 placentas	8,9	1,6	17 %				
Femelle témoin jeune D	230	70	32 %	**1,18**	3,92	0.13	0,44
Femelle témoin jeune E	250	77	32 %	**1,76**	4,04	0,11	0,37
Femelle témoin adulte H	530	203	38 %	**1,86**	4,86	0,18	0,48

Les travaux de Hétényi et Liebmann (1) constitueraient aussi une preuve directe de la décalcification : la calcémie du sang qui va de la mère au placenta est plus élevée que celle du sang qui va du placenta à la mère. Notons toutefois que, pour avoir un résultat net, il faudrait supposer qu'à chaque systole la mère cède une considérable quantité de Ca à son fœtus.

Conclusions. — Il est bien difficile de prendre parti entre les deux théories qui veulent expliquer l'origine du calcium pris par le fœtus.

Il est possible que, dans le plus grand nombre des cas, ce calcium provienne des aliments et qu'il soit inutile de faire appel aux réserves de l'organisme, — exception faite pour les cas où il existe une autre cause de décalcification.

Mais il n'est pas impossible non plus que le mécanisme physiologique comporte un emprunt aux réserves et une reconstitution immédiate, souvent incomplète, de ces réserves par l'apport alimentaire. Une mobilisation exagérée des réserves, une compensation déficitaire par la ration pourraient alors devenir des causes de décalcification : là, comme pour bien d'autres phénomènes observés au cours de la gestation, le physiologique est aux confins du pathologique.

Dans une hypothèse comme dans l'autre, les variations de l'alimentation d'une part et d'autre part un facteur individuel tenant au « tempérament », et sans doute au fonctionnement des glandes endocrines influent sur le métabolisme du calcium pendant la gestation : le bilan calcique est très variable suivant les individus et suivant les circonstances.

La mobilisation gravidique de la chaux a divers effets secondaires.

1° *Achèvement du squelette maternel* : si la femme est jeune, on voit souvent le bassin achever son développement morphologique pendant la gestation, ce qui serait un effet secondaire de cette décalcification.

2° *Formation d'ostéophytes.* — Il s'agit de dépôts d'une substance qui ressemble à du tissu osseux et qui se font entre l'endocrâne et la dure-mère.

Il semble qu'on a exagéré le nombre des cas d'ostéophytes chez les femmes enceintes. Le pourcentage de 50 p. 100 est au-dessus de la vérité, et, si l'on a soin d'éliminer les cas où l'on peut incriminer la tuberculose ou le rachitisme, le pourcentage tombe à 33,3 p. 100. (2).

Ils se voient dans les cas où il existe des foyers calcaires dans le placenta. Ils disparaissent avec la gestation et ne déterminent aucune compression pendant leur évolution.

Les ostéophytes résultent d'une périostite ossifiante dont Dreyfus a récemment étudié les trois stades. Tout d'abord, il s'agit d'un léger exsudat ténu, blanchâtre ou jaunâtre, qui se limite à de faibles étendues et qui se laisse facilement enlever à la pointe du couteau. Le périoste sous jacent est lisse. Puis, cet exsudat prolifère ; il se forme une couche molle et poreuse, mal limitée, se perdant en un réseau délicat et qui adhère au périoste du crâne. On peut encore la détacher, mais le périoste sous-jacent est rugueux. Enfin, au niveau de cette couche gélatineuse, on voit les cloisons s'étendre du périoste vers la dure-mère. Il se forme ainsi une sorte de pont osseux unissant la méninge aux parois craniennes et qui va continuer à se développer.

3° *Dépôt calcaire dans la caduque placentaire.* — « Souvent la surface maternelle du placenta est parsemée de dépôts blancs, sableux. Ils peuvent être discrets ou, rarement, confluents. Ils sont formés de carbonate et de phosphate de chaux et de phosphate de magnésium, et siègent dans les couches superficielles de la caduque basale, au voisinage des villosités crampons. Ils n'ont pas de signification pathologique » (De Lee).

Décalcification et surcharge calcique.

En dehors de toute gestation, le métabolisme calcique peut être modifié par divers facteurs, s'exerçant soit sur l'assimilation, soit sur la désassimilation du calcium. Ces facteurs réalisent des syndromes de décalcification et des syndromes de surcharge calcique.

La décalcification peut tenir à une insuffisance de l'apport alimentaire, assez fréquente avec les procédés modernes de meunerie et de cuisine et, par un cercle vicieux, il arrive qu'un régime pauvre en chaux s'accompagne d'une exagération de l'élimination calcique (Rumpf.)

Les affections gastro-intestinales avec diarrhée, les circonstances qui augmentent l'activité du parasympathique, les fortes doses d'alcalins, l'acidose, d'autres facteurs encore, connus et inconnus, peuvent soustraire la chaux à l'organisme.

Inversement, on peut réaliser une *surcharge calcique*, le calcium se mettant en réserve dans les os et la calcémie restat normale. L'ingestion de sels de chaux en excès (et surtout de sels d'acides minéraux), l'ingestion de graisse, de NaCl, l'action des U. V., l'extrait parathyroïdien actif, les extraits surrénaux peut-être, les circonstances qui augmentent l'activité du sympathique arrivent à augmenter les réserves calciques de l'organisme.

Ces états de décalcification et de surcharge peuvent exister chez une femme enceinte soit avant sa gestation.

(1) Cité d'après ICHOK. — L'influence de la grossesse sur la calcémie. (*Presse médicale*, 17 décembre 1927, p. 1539.)

(2) DREYFUS. — Recherches sur le développement des ostéophytes durant la gestation. (*Archiv. für Gynakologie*, 24 octobre 1921, p. 126.)


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable
Ampoules – Comprimés – Sirop
Littérature :
Produits : F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

soit plus récemment. Ils sont susceptibles d'influer sur sa santé et sur celle du fœtus.

Insuffisance calcique et produit de la conception.

Morti-natalité. — Hart et ses collaborateurs ont démontré, dès 1911, qu'un régime carencé en calcium détermine de fréquents avortements et des cas de morti-natalité chez les fœtus en expérience (1). Macomber (2), chez le rat, a vu des faits analogues : l'insuffisance calcique ne détermine pas de stérilité, mais nettement elle augmente le nombre des morts-nés ; les nouveau-nés ont le même poids et la même teneur en Ca que les témoins ; cependant si on continue le régime calciprive chez la mère-nourrice, un certain nombre de nourrissons succombent.

Je crois avoir observé un fait de cet ordre en clinique humaine.

Mme B... (Obs. 461, 1.353, 1.703) (réglée 8 jours tous les 32 à 35 jours, avec règles très douloureuses le premier jour et vomissements), très frileuse, pas constipée, fait une première gestation en 1923 : vomissements inquiétants et constipation gravidique qui cède à la belladone, asthénie pendant toute la gestation, bradycardie. Accouchement à terme d'une enfant pesant 3 kgr. 500.

Pendant toute l'année suivante, elle reste très fatiguée, spécialement après ses règles. En même temps, son acuité auditive diminue considérablement (surtout avant et pendant les règles).

Puis elle fait une seconde gestation. Dernières règles du 27 novembre au 3 décembre. Hydro-hématorrhée le 26 février et 1er mars. Le 6 mars, début des vomissements et baisse considérable de l'acuité auditive. Les vomissements sont intenses pendant tout un mois, puis s'améliorent brusquement. Un mois plus tard (vers le 15 mai), elle expulse un œuf mort depuis longtemps (depuis la cessation des vomissements, sans doute).

En recherchant la cause de cette mort, j'eus l'idée de faire doser le calcium dans le sang. Mon collaborateur Ch. O. Guillaumin trouva 0.092 par litre : chiffre normal faible.

En 1927, troisième gestation. Dès le début, chlorure de calcium et rayons ultra-violets. Pas de vomissements, pas de baisse de l'acuité auditive. Accouchement à terme d'un enfant qui pèse 3 kgr. 280 (pesée pratiquée le lendemain de la naissance) et qui mesure 53 cm.

Dystrophies osseuses congénitales. Il est possible qu'une alimentation carencée en calcium soit responsable de diverses affections congénitales du système osseux. Je renvoie aux travaux de Korenchewsky (3), de Hers (4) et à un rapport dont j'ai eu l'honneur d'être chargé par la *Société de pathologie comparée* (5).

Insuffisance calcique et état de la mère.

1° *La décalcification gravidique se traduirait par une assez grande fréquence des caries dentaires au cours de la gestation.* — La carie, au cours de la gestation, est de notion courante. Le point obscur est d'en déterminer la fréquence. En lisant Playfair, ou Tarnier, ou Vinay, on a l'impression d'une maladie assez fréquente. Elle serait même habituelle, pour De Lee. Ely (6), sur cent seize femmes qu'il a interrogées, n'en trouve que six n'ayant pas eu de trouble dentaire pendant la gestation.

(1) Hart, Steenbock, Mac Collum et Humphry. — Improvement in reproduction in Cows by supplementing a wheat ration with inorganic salts. (*Research Bull. of the Wisc. Exp. station*, 1911.)

(2) Donald Macomber. — Effect of a diet low in calcium on fertility, pregnancy, etc. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1er janvier 1927, p. 6.)

(3) Kowenchewsky et Carr. — Influence of mothers's diet during pregnancy and lactation on growth, general nourishement and skeletose of young rats. (*Journ. of Patho. and Bact.*, juillet 1923, p. 389.)

(4) Hess et Weinstock. — Rickets as influenced by the diet of the mothers during pregnancy and lactation. (*Journ. of the Amer. med. Ass.*, 15 nov. 1924, p. 1558.)

(5) Vignes. — Le rachitisme congénital. (*Revue de Patho. comp.*, 20 oct. 1923, p. 641.)

(6) Ely. — Affections stomato-dentaires d'origine gravidique, (*Thèse* de Paris 1908, Jouve, éd.).

Pour ma part, j'ai l'impression que la carie est une manifestation relativement rare et je ne suis pas le seul à être de cet avis, si j'en juge par divers stomatologistes que j'ai interrogés.

Cette carie serait due à la décalcification, et il convient de rappeler ici que, pour Galippe (1), le coefficient de résistance des dents est en rapport direct avec leur densité : et la gestation diminuerait la densité des dents en leur faisant perdre une notable proportion de leurs éléments minéraux. Cette deuxième proposition est d'ailleurs sujette à revision, car elle se fonde sur une seule détermination de densité, avant donné 2,09 au lieu de 2,24, chiffre normal. On a ultérieurement donné, à l'appui de cette décalcification dentaire, une analyse de Gautrelet dont nous reproduisons les pourcentages et qui indique un appauvrissement en carbonate et en fluorure de chaux.

	Canine de femme n. enceinte		Incisive de femme n. enceinte		Molaire de femme enceinte		
	—		—		—		
Matières organiques	2,08	p. 100	4,16	p. 100	5,66	p. 100	+
Fluorure de Ca.....	1,57	—	1,35	—	0,58	—	—
Phosphate de Ca....	54,28	—	51,46	—	59,64	—	+
Phosphate de Mg...	1,94	—	3,12	—	4,62	—	+
Carbonate de Ca....	35,06	—	34,37	—	29,06	—	=
Chlorure de Na.....	3,63	—	4,68	—	0,44	—	=

2° *Sous l'influence de certains facteurs que nous ignorons, la décalcification gravidique peut mener à l'ostéomalacie.* — Cette affection, qui n'est pas propre à la femme enceinte, ni même à la femme, est pourtant beaucoup plus commune pendant la gestation (2), où les os sont exposés à se décalcifier et où en même temps le sang s'enrichit en chaux. Cette teneur élevée du sang en Ca est un fait qui a été retrouvé par Marquis (3) dans deux cas d'ostéomalacie gravidique qu'il a pu observer ; il a constaté la concordance entre les résultats du dosage de la chaux dans le sang et des symptômes cliniques : toujours la quantité de chaux véhiculée par le sang a été supérieure à la normale. En même temps, les recherches de laboratoire (Limbeck, Neumann, Caporali, Marquis), prouvent que la quantité de chaux excrétée, dépasse la quantité de chaux ingérée. D'autre part, l'analyse des os a montré que les matières minérales sont diminuées, et en particulier que la perte est proportionnellement plus grande en chaux qu'en magnésie.

A côté des ostéomalacies typiques, il faut faire une place à des accidents plus ou moins fréquents qu'on a rattachés à une ostéomalacie fruste :

1° le relâchement des articulations pelviennes :
2° le ramollissement des vertèbres ;
3° la lenteur de consolidation des fractures.

Si ce fait existe. — et Lambotte en a observé un cas démonstratif, — il est très loin d'être constant.

Maurice Perrin, dans son article Cal (4) s'exprime ainsi : « La gestation paraît sans effet, Gurlt, après avoir recueilli la plupart des observations connues de fractures chez la femme enceinte est arrivé à cette conclusion. Malgaigne professe la même opinion.... Les recherches d'Ollier chez les animaux corroborent cette manière de voir ». Pinard, à l'article Grossesse du même dictionnaire, donne une note moins optimiste : « Si les observations de fracture, dans lesquelles la formation du cal a été normale, sont nombreuses, il est des faits qui démontrent que, dans certains cas, la grossesse suspend tout travail de consolidation, cette dernière ne survenant qu'après l'accouchement. »

(1) Galippe. — Recherches sur la constitution physique et clinique des dents à l'état de santé et de maladie. (*C. R. H. de la Soc. de Biol.*, 1884, p. 289.)

(2) Les gestations répétées qui appauvrissent l'organisme en chaux, ne permettant pas de récupérer les pertes par un repos entre deux gestations, se rencontrent souvent dans les antécédents, des ostéomalaciques. Les femmes atteintes d'ostéomalacie sont remarquablement fécondes.

(3) D. Marquis. — Diagnostic et rôle de la décalcification gravidique. *L'Obstétrique*, n° 6, juin 1910, p. 552-580.

(4) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1887.

3° *Tétanie et spasmophilie.* — L'ablation totale des parathyroïdes est suivie de mort plus constamment encore pendant la gestation qu'en dehors de cet état parce que la tendance décalcifiante de la gestation vient ajouter ses effets à ceux de la parathyroïdectomie. Les expériences et observations de divers auteurs ont montré que la femme, ou la femelle en état de gestation ou d'allaitement avait, plus que tout autre individu, besoin de l'intégrité de son appareil parathyroïdien : une parathyroïdectomie partielle ou une insuffisance pathologique bien tolérées jusque-là déterminent, s'il se produit uue gestation, des crises de tétanie : tressaillement musculaire, puis convulsions toniques et cloniques, tachycardie, oligurie, albuminurie, mort parfois. Dans d'autres cas, où la gestation ne détermine pas la tétanie, cet état se réalise soit au cours de la parturition, soit plus tard pendant l'allaitement ; la suppression de l'allaitement suffit alors pour amener la guérison du syndrome ainsi créé si, du moins, il n'est pas d'emblée trop accentué.

Les formes bénignes de la tétanie sont fréquentes. Trop souvent on les prend pour des crises hystériques.

Les symptômes apparaissent dans la première moitié de la gestation. On observe d'abord des fourmillements, des parathésies, de la difficulté pour écrire ou pour coudre. Dans les cas graves, il y a perte de conscience. Il y a des attaques par série, avec état intermédiaire de contractures. Certaines femmes ne peuvent plus se servir de leurs doigts. On a observé parfois des modifications des cheveux, des ongles, du cristallin. La localisation la plus fréquente se produit aux bras, mais il peut y avoir des formes généralisées.

Les enfants sont tantôt sains et tantôt atteints de tétanie. Il arrive qu'ils naissent morts et qu'à l'autopsie, on trouve des hémorragies de leurs parathyroïdes.

La poussée dure habituellement quelques semaines et guérit, parfois, avant la fin de la gestation. L'affection peut se reproduire ou ne pas se reproduire lors des gestations ultérieures. Mais si elle se reproduit, elle va en s'aggravant avec le nombre des gestations.

Il faut surtout connaître les formes frustes de ces tétanies. Au cours de la gestation et surtout de l'allaitement, chez des femmes nerveuses un peu hyperthyroïdiennes, on observe des états de crampes et d'excitabilité qu'on doit rattacher à une insuffisance parathyroïdienne et à un déficit de chaux et qu'on traite par l'opothérapie parathyroïdienne et le lactate de chaux à haute dose.

Ces signes frustes de tétanie marchent souvent de pair avec un état d'hypervagotonie : siarlorrhée, troubles de la motilité gastrique, vomissements, bradycardie, hypotension, sensibilité à la pilocarpine, bons effets de l'atropine et de l'adrénaline.

Le traitement consistera, dans les formes bénignes, en régime lacté ou lacto-végétarien déchloruré, sels de calcium par prises fréquentes et importantes. On se trouvera bien parfois d'extrait parathyroïdien, d'atropine pour le spasme gastrique. Il convient, par ailleurs, de s'abstenir de morphine, d'ergot, de chloroforme, d'éther et de fortes doses de bicarbonate de soude.

Dans les formes graves, il faudra parfois interrompre la gestation.

4° *Vomissements gravidiques.* — Merletti a obtenu d'excellents résultats dans les vomissements gravidiques par l'emploi de chlorure de calcium intra-veineux ou par l'usage des rayons ultra-violets (1).

Schpoljansky incrimine l'hypo-calcémie comme cause d'une spasmophilie, laquelle par l'intermédiaire d'un pylorospasme conditionnerait les vomissements gravidiques (2).

5° *L'asthme bronchique* dériverait, d'après cet auteurs, d'un mécanisme analogue.

(1) D.-C. MERLETTI. — Spasmophilie et gestation. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, avril 1926.)
(2) SCHPOLJANSKY. — Spasmophilie et gestation. (*Arch. für Gyn.*, 926, tome 129, p. 271.)

6° *Eclampsie.* — Lamers, Merletti, ont trouvé un taux très bas de la calcémie dans l'éclampsie. Lévy-Solal a signalé des faits analogues.

7° *Hypertension gravidique.* — On a supposé que l'hypertension gravidique était fonction d'hypocalcémie. Encore que la coexistence de ces deux états soit fréquente, il n'a pas semblé à Stieglitz que le phénomène soit constant (1).

8° *Décalcification gravidique et tuberculose.* — On a prétendu que, si certains cas de tuberculose sont aggravés au cours d'une gestation, la faute en est à la décalcification gravidique. Il est possible en effet, qu'une femme enceinte qui présenterait à la fois une décalcification accentuée pour une raison quelconque et une poussée de tuberculose, voie s'aggraver de façon alarmante la déchéance de son état général.

Surcharge calcique et fœtus.

1° *Un régime trop riche en chaux peut déterminer une ossification précoce du crâne fœtal* et constitue, dans le cas de bassin modérément rétréci, une cause de dystocie.

2° *Un régime trop riche en chaux détermine presque toujours un accroissement pondéral exagéré de l'enfant.* Les recherches d'Eward ont établi ce fait dans l'espèce humaine.

L'emploi des préparations calciques chez les femmes enceintes pour prévenir la décalcification gravidique, si fort à la mode, si souvent préconisé par les médecins et par les non-médecins agit de la sorte. CE RÉSULTAT N'EST PAS SANS DANGER. Pour ma part, je considère même comme dangereux l'emploi régulier pendant toute la gestation de produits, par ailleurs utiles, à base de lactate de chaux, qui sont utilisés contre certains troubles intestinaux et l'emploi régulier et intense du carbonate de chaux trop souvent prescrit contre les épigastralgies gravidiques.

J'ai observé de nombreux faits qui témoignent de l'action des préparations calciques sur le poids de l'enfant. J'en résume brièvement trois :

		Emploi de Ca	Durée de l'accouchement	Poids de l'enfant	Observations
Mme C.	I	+	24	3.500	délivrance longue à venir
	II	+	3	3.000	id.
	III	+	5	4.000	délivrance artificielle
	IV	0	2	3.300	délivrance spontaen dix minutes
Mme du C.	I	0	17	3.500 (plac. 650)	
	II	+	16	4.470 (plac. 1.040)	crâne ossifié Diam. Bi P. II 5
Mme P.	I	+	?	4.950 (plac. 1.800)	enfant mort par dystocie des épaules
	II	0	11	4.300 (plac. 470)	

Influence de la décalcification et de la surcharge calcique sur la contraction utérine.

Le calcium, qui est un calmant du système nerveux central et du parasympathique, est un excitant du sympathique, et étant donné ce que l'on sait du rôle joué par l'excitation du sympathique au cours de l'accouchement, il y a lieu d'étudier l'action du calcium et de la surcharge calcique sur le muscle utérin et sur son fonctionnement.

Toute une série d'expériences dues à Tate et Clark, à Turolt, à Hayakawa Ayichiro ont démontré expérimentalement que le Ca augmentait dans certaines conditions de doses le tonus utérin.

L'insuffisance tonique de l'utérus peut s'accompagner d'hy-

(1) STIEGLITZ. — Hypertension gravidique *Archives of internal méd.*, avril 1927, p. 465.

pocalcémie. Blair Bel (1) considère l'inertie utérine primitive comme due à une teneur insuffisante du sang en calcium ionisé. Une femme qui a un utérus flasque vers la fin de la gestation et de l'hypotension risque de faire de l'inertie, l faut la traiter prophylactiquement par les préparations calciques et l'extrait hypophysaire.

Je suis enclin à admettre cette théorie, tout en faisant remarquer combien rare est l'inertie vraie ; je rappelle que la très grande majorité des cas étiquetés inertie sont des cas de paresse contractile par contracture fruste.

La prophylaxie de l'inertie est particulièrement importante pour prévenir les hémorragies de la délivrance. Louvel, dans un article de la *Gazette médicale du Centre*, dont je n'ai pas conservé la référence, signale l'importance du traitement calcique dans ces cas.

« J'enjoignais, dit Louvel, aux futures mères de prendre trois cuillerées à soupe par 24 heures d'une solution à 8 grammes pour 150 de chlorocalcion un peu avant l'échéance du terme.

Si l'accouchement, mal escompté, retardait, je ne manquais pas de prescrire une nouvelle dose à tenir sous la main, pour s'en servir, si besoin, au cours des douleurs.

J'avais inauguré cette médication chez des femmes dont les couches antérieures avaient été particulièrement inquiétantes et dont les hémorragies avaient mis la vie en danger.

Avec ce traitement préventif, les couches suivantes furent des plus simples et sans le moindre accident fâcheux.

Depuis, j'ai toujours employé ce très simple remède dans les cas que j'avais en surveillance. [Je critiquerai plus loin cette généralisation H. V.]. Il ne me fit jamais défaut.

S'il m'arrivait d'être appelé, au débotté, près d'une parturiente que je ne connaissais pas, je ne manquais pas d'emporter avec moi du..... (2) dont je lui faisais absorber des doses d'urgence.....»

Sûr, par ma très vieille expérience, de l'efficacité, dans l'espèce, de ce sel hémostatique, je reviens sur ce que j'ai dit autrefois et recommande à mes confrères l'usage du chlorure de calcium dans tous les accouchements, sans exception. Son emploi n'a pas de contre-indication. [Mais si, il en a H. V.], et offre une grosse sécurité.

On n'aura plus, avec son usage, à craindre les pertes en nappe effarantes. »

La lecture de cet article m'engagea à essayer la méthode chez une de mes clientes lors de son quatrième accouchement, les autres ayant été l'occasion d'hémorragies graves : six cuillerées à café de la solution précitée de chlorure de calcium, ingérées dès les premières douleurs, procurèrent à cette femme une délivrance avec un écoulement de sang que je qualifierai d'abondant mais normal ou encore de normal fort (obs. 125.)

Schickelé notait que si l'extrait hypophysaire agit sur l'utérus à la fin de la gestation, c'était grâce à la décalcification,

Il est probable que la surcharge calcique augmente la tendance à la contracture utérine : beaucoup de faits me l'ont donné à penser et c'est là à mes yeux que réside le grand danger de saturer de chaux INDISTINCTEMENT toutes les femmes enceintes. Le conseil d'administrer de la chaux à toutes les femmes en état de gestation, conseil que répètent bien des médecins, bien des commères élégantes et bien des prospectus, est un conseil pernicieux : IL FAUT ADMINISTRER DU CALCIUM A QUI EN A BESOIN. Si la décalcification gravidique est un processus physiologique, il n'y a point lieu de la contrarier, hormis les cas où elle est excessive.

(1) *Brit. méd. Journ.*, octobre 1921.
(2) Ici le nom d'une spécialité bien connue à base de chlorure de calcium.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Généralités sur les tuberculoses chirurgicales de l'adulte

Par Ch. CLAVELIN,
Médecin-major de 1es classe,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

II. Evolution. Pronostic. Traitement.

Evolution.

La clinique, la radiographie et le laboratoire associés ont permis de poser un diagnostic : c'est également leur association qui permettra de suivre l'évolution de la maladie et de poser un pronostic.

C'est dans la tuberculose ostéo-articulaire que cette question d'évolution nous arrêtera plus spécialement. Pour ces localisations, guérison équivaudra à reprise des fonctions de l'articulation intéressée et, si la lésion n'a pas terminé son évolution, cette reprise fonctionnelle trop rapide provoquera une nouvelle poussée évolutive.

Il est donc d'un très gros intérêt de voir sur quels signes nous nous baserons pour dire si une lésion est encore en évolution ou si elle est au contraire arrivée à la période de cicatrisation.

Les facteurs dont nous nous servirons et qui se compléteront mutuellement sont :

Le temps, les signes cliniques, la radiographie, le laboratoire.

Le temps. — La durée des ostéo-arthrites tuberculeuses est toujours très longue, d'autant plus longue que le foyer sera plus important, et c'est presque par années qu'il faut compter la durée de leur évolution.

Insistons sur ce fait que, dans les formes bénignes, la longueur de l'évolution n'est pas raccourcie mais que, par contre, dans les formes graves, elle peut se trouver singulièrement allongée.

Les signes cliniques. — Il nous suffira de rappeler ce que nous avons dit à l'étude de la symptomatologie. Une articulation chaude, tuméfiée, douloureuse, est en évolution, et il ne convient de parler de début de cicatrisation qu'en présence d'une articulation dont la forme, le volume sont normaux, qui ne présente plus d'élévation de température locale, dont les abcès ont disparu dont les fistules sont cicatrisées et dont la réaction ganglionnaire a rétrocédé.

La radiographie. — Les examens radiographiques faits en série au cours de la maladie seront d'un grand secours, et, par l'interprétation des clichés, nous pourrons voir la destruction succéder au simple pincement puis, plus tard, la sclérose apparaître, la récalcification se faire.

La radiographie montrera également la présence d'un séquestre qui expliquerait une suppuration tenace, elle nous donnera une idée de l'existence d'une ankylose osseuse, ou, au contraire, d'une pseudarthrose, notion qui va guider le pronostic fonctionnel.

Le laboratoire. — Les réactions de Vernes faites en série au cours de la maladie permettront d'établir une courbe de séro-floculation qui apportera un élément d'appréciation important sur l'évolution.

Ces courbes, faites systématiquement chez les malades de notre service (1) montrent qu'une courbe descendante est en rapport avec une évolution clinique favorable, une

(1) Jean GUILBERT. — Réactions de fixation et réactions de floculation dans la tuberculose chirurgicale. (Thèse, Paris 1927.)

courbe ascendante coïncide avec une aggravation des lésions, une altération de l'état général et permet de prévoir l'apparition d'une nouvelle localisation.

Mais c'est l'ensemble de ces facteurs, et non les renseignements isolés qu'ils donnent, qui permettra de suivre l'évolution de l'affection : par leur réunion, ils donneront le maximum d'éléments pour prononcer le mot de consolidation et pour permettre au malade de reprendre ses occupations.

Pronostic.

Pronostic fonctionnel. — Il dépendra essentiellement du degré de destruction qui aura frappé l'articulation intéressée. Il est des cas légers et indiscutablement tuberculeux, dans lesquels l'articulation récupérera une grande partie de ses mouvements.

Mais ces cas s'observeront chez des malades traités très précocement, le traitement étant la seule manière de limiter les destructions et, chez la trop grande majorité des malades, le pronostic fonctionnel est à réserver.

L'ankylose osseuse est, chez cette catégorie, la meilleure terminaison que l'on puisse obtenir : à condition que cette ankylose soit en bonne position. Le malade aura alors un membre solide sur lequel il pourra compter, réserve faite évidemment pour la perte des mouvements de l'articulation.

S'il y a ankylose en mauvaise position, le résultat est déjà moins bon et peut même, dans certains cas, apporter une gêne telle qu'une intervention orthopédique sera nécessaire. Mais elle sera possible puisque l'ankylose osseuse de l'articulation donne un point d'appui solide.

Mais l'adulte cicatrise lentement et cicatrise mal. Les destructions sont moins complètes, moins étendues que chez l'enfant ; l'irrégularité de ces destructions, la fréquence de cavernes dans les extrémités osseuses, font que les surfaces osseuses détruites contractent entre elles un contact moins intime et l'ankylose osseuse sera de ce fait moins fréquente.

C'est une pseudarthrose fibreuse plus ou moins serrée qui s'établira le plus souvent avec la coexistence, au milieu d'elle, de cavernes contenant du pus, des fongosités, peut-être des séquestres.

Le résultat est que à chaque mouvement, l'ancien foyer mal immobilisé par la pseudarthrose, va subir de véritables traumatismes. Ces traumatismes seront légers, évidemment, mais ils ne tarderont pas à faire souffrir leur porteur, et seront susceptibles de provoquer des réveils infectieux, véritables rechutes qui viennent assombrir le pronostic fonctionnel de ces lésions chez l'adulte.

Ces pseudarthroses, si elles sont en bonne position, pourront être compensées par un appareil orthopédique ou traitées par des interventions ankylosantes propres à chaque articulation.

Mais une pseudarthrose serrée en mauvaise position sera d'un pronostic fonctionnel très défavorable car le manque de fixité de l'articulation ne permettra pas d'opération orthopédique correctrice, cependant que la mauvaise position n'autorisera ni appareillage, ni intervention ankylosante.

Le problème thérapeutique se trouve ainsi singulièrement compliqué.

Pronostic vital. — Ce qui domine le pronostic vital est ce fait sur lequel nous avions tenu à insister au début de ces chapitres, que la tuberculose chirurgicale est une maladie générale. Il y a ensemencement général de l'organisme par le bacille de Koch, et si dans un grand nombre de cas cet ensemencement ne se traduit que par une seule localisation, il n'est malheureusement pas rare chez l'adulte d'observer des localisations multiples.

Ces localisations peuvent être, soit pulmonaires, soit d'autres lésions ostéo-articulaires : nous les avons observées chez nos adultes dans plus du tiers des cas. Il est évident que le pronostic vital se trouve considérablement aggravé. Il n'est pas possible de donner un pourcentage de mortalité globale pour l'ensemble des tuberculoses chirurgicales, mais pour donner une idée de la gravité de ces localisations multiples, nous donnerons les deux chiffres suivants de notre statistique.

Sur cent tumeurs blanches de toutes localisations, nous avons eu neuf décès, sur lesquels huit chez des malades atteints de localisations multiples (cinq présentant des lésions pulmonaires). Sur treize décès observés, chez soixante-dix-huit Pottiques, six étaient dus à des localisations multiples (trois localisations pulmonaires).

Cette notion de l'ensemencement général de l'organisme était importante à rappeler avant d'aborder l'étude du traitement, et elle montre combien il est indispensable de toujours terminer l'examen du malade par l'examen général qui pourra déceler une autre localisation.

Un autre élément du pronostic vital est la fistulisation compliquée d'infection secondaire. Nous reviendrons sur ce point au sujet du traitement local, signalant dès maintenant la gravité considérable de l'infection secondaire dans certaines localisations de la tuberculose chirurgicale.

Traitement.

Le traitement d'un tuberculeux chirurgical comprend obligatoirement deux parties :

L'une s'applique à la lésion locale, ce sera suivant les cas un traitement orthopédique, opératoire ou médical ;

L'autre, basée sur l'ensemencement général de l'organisme, sera un traitement général dont l'importance est considérable car sans lui le traitement local pourra être insuffisant pour obtenir la guérison du malade.

Traitement local. — Le traitement local sera naturellement essentiellement variable suivant les localisations. Mais si nous nous en tenons aux localisations si nombreuses et si importantes de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire, il est possible d'indiquer dès maintenant quelques règles générales sur lesquelles on ne saurait trop insister.

Chez l'enfant, chez l'adolescent et même dans certains cas observés chez l'adulte jeune, la tendance à la guérison spontanée est très grande et les cartilages épiphyso-diaphysaires étant en pleine activité, le traitement sera essentiellement conservateur.

Mais chez l'adulte, la croissance est terminée, la réparation est moins bonne et plus lente et, de plus, tandis qu'il y avait peu d'importance à immobiliser un enfant pendant de longues années, la durée du traitement va présenter chez l'adulte, au point de vue social et personnel, un intérêt considérable.

Aussi la tendance à intervenir chez l'adulte est-elle assez grande, intervenir voulant dire réséquer lorsque la chose est possible, ou immobiliser par des greffons à distance les articulations que l'on ne peut réséquer.

Mais il s'en faut que lorsque l'intervention est indiquée elle doive être pratiquée dès que le diagnostic est posé. Au contraire, la date de l'opération a son importance et, exception faite pour les cas particulièrement aigus qui forcent la main et nécessitent une intervention d'urgence, il vaut mieux en général attendre, et, en quelque sorte, laisser la lésion se refroidir avant de prendre le bistouri.

Il est classique de faire à l'intervention chez les tuberculeux l'objection de la possibilité du déclanchement d'une méningite tuberculeuse.

Pratiquement, cette crainte nous parait exagérée et, dans notre statistique personnelle, nous n'en avons jamais observé, quel que soit l'organe sur lequel l'intervention ait porté (ostéo-arthrites, ostéites, adénites, synovites, péritonites).

Par contre, nous sommes très réservés chez les multiples surtout chez les mixtes, et nous estimons que, chez eux, l'indication opératoire doit être serrée de très près, réservée à quelques cas d'apparence favorable, si l'on


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
41, Boulevard des Brotteaux
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
...... Nous devons arriver à obtenir une plaie moins éclairée en surface qu'en profondeur, car, ce qui importe, ce n'est pas une clarté absolue de la salle, mais un bon éclairage de la plaie.....
Prof^r Heller.
Pub. Proust Lyon

BIBLIOGRAPHIE

Visage et cuir chevelu. — Massage, mobilisation, ultra-violet, suivis d'un formulaire pratique, par le Dr H. BULLIARD, avec 33 figures dans le texte ; 13 fr. Librairie Le François, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris, VIe.

Dans la vie moderne, un physique agréable est souvent aussi nécessaire qu'une bonne santé. Par le désagrément qu'elles provoquent, les affections du visage et du cuir chevelu méritaient une monographie où le *côté thérapeutique* fût placé au premier plan. C'est dans ce but que ce livre a été écrit, en tenant compte des dernières a quisitions de la physiothérapie, en particulier de l'*ultra-violet*.

Les dermatoses les plus fréquentes sont passées en revue et, pour chacune d'elles, le traitement de choix est indiqué.

Les méthodes classiques de massage : massage plastique de L. JACQUET, massage du cuir chevelu, massage vibratoire, mobilisation, brossage, sont décrites en détail et illustrées de figures explicatives.

Un chapitre particulier est consacré à l'hypertrichose et à l'épilation, et un formulaire cosmétique, aussi complet que possible termine l'ouvrage.

Dans ces pages, le médecin trouvera en même temps qu'un *A B C de cosmétique*, un manuel pratique, lui permettant d'aborder avec facilité l'exercice de cette spécialité.

Accidents et dangers de l'électricité, par le docteur DUHEM. Un volume in-8 (20 × 13) de 72 pages ; 1928 : 10 fr. (Gauthier-Villars, éditeur, Paris.)

L'auteur commence par étudier l'action physiologique des courants électriques ; il s'attache particulièrement à l'étude du mécanisme de la mort dans l'électrocution et cherche, dans l'étude des causes les plus fréquentes de ces accidents, à démêler la part qui peut incomber à la défectuosité des installations de celle, beaucoup plus grande qui est due à l'ignorance ou à l'imprudence du public.

Tout le texte est illustré d'exemples d'accidents de causes bizarres, étranges et si souvent mystérieuses.

Les symptômes, les séquelles, les complications des accidents électriques y sont copieusement étudiés, et, pour terminer, l'auteur consacre deux chapitres importants sur le traitement des accidents électriques et sur les mesures préventives qu'il convient d'appliquer pour en prévenir le retour.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 mars 1928 : A. Jolivet : Les drames de Strindberg (III) : Maître Olof (suite.) — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (VII.) — Th. Gérold : Les instruments de musique du moyen-âge (III) : Les instruments à cordes. — P. Moreau : Chateaubriand, Lamartine et la politique (II) : Splendeur et misère (avant 1830). — G. Cohen : Crestiien de Troies : sa vie et son œuvre (XVI) : Yvain ou le chevalier au Lion (suite.) — Mlle L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (IV.) — J. Brunel : Bibliographie : Chateaubriand.

La santé de l'enfant par l'hygiène du nez, de la gorge et des oreilles. *Comment éviter les maladies et les tares physiques qui se développent chez l'enfant.* (Dr Pierre GAND. Un volume in 16 de la Bibliothèque de la Vie pratique », broché 6 francs. Librairie Hachette.)

C'est le fruit de son expérience de clinicien avisé que le Dr Pierre, Gand a traduit sous forme de ce petit ouvrage, où il a réuni tout ce qu'il est intéressant pour une mère de connaître en oto-rhino-laryngologie.

Dépistage des maladies les plus fréquentes, complications sérieuses qu'elles peuvent entraîner, premiers soins à donner, technique du traitement, indication de l'opportunité d'un avis médical, judicieux conseils d'hygiène, tout est réuni dans ce précieux volume, clair, précis, où les mères instruites et averties trouveront les éléments indispensables pour la santé de leurs enfants.

L'héritière du roi Salomon, par Claude EYLAM. Un volume in-16 : 12 fr. Bernard Grasset, éditeur, rue des Saints-Pères. Paris (VIe.)

Histoire passionnante, vivante, émouvante, où les études psychologiques se mêlent aux descriptions de paysages, de mœurs, d'atmosphère ; pour cadre, la vie de Malacca et celle de la forêt vierge, la vie des européens et des indigènes, la vie des *rois salomons*, et celle des sultans plus authentiques, la vie enfin des immenses plantations.

veut éviter de voir une aggravation brutale de la lésion pulmonaire ou d'une autre localisation.

La période d'attente sera celle du traitement orthopédique, car, pour permettre à la lésion de se refroidir, il sera indispensable de la mettre au repos le plus rigoureux.

La première thérapeutique à appliquer sera donc l'immobilisation absolue de l'articulation. Elle sera réalisée aux membres inférieurs et au rachis par le décubitus dorsal, qui soustrait le foyer à l'ulcération compressive, combiné ou non, suivant les cas, à l'appareil plâtré, ou à l'extension continue.

Pour les membres supérieurs, ce sera l'appareil plâtré qui donnera l'immobilisation désirée.

Signalons dès maintenant que dans tous les cas d'ostéo-arthrite, le membre tend à prendre une position vicieuse spéciale à chaque articulation.

Le traitement luttera contre elle et l'appareil plâtré devra figer le membre dans la position de choix dictée par la fonction de l'articulation intéressée en tenant compte des destructions possibles et des raideurs articulaires terminales.

Cette immobilisation étant réalisée, on surveillera l'évolution pour dépister et traiter précocement les complications.

La plus fréquente de ces complications est l'abcès froid, et son traitement sera le même, qu'il s'agisse d'un abcès ossifluent ou d'une adénite ramollie.

Il faut éviter d'inciser l'abcès froid ce qui serait, en le vouant à la fistulisation, risquer de provoquer une infection secondaire qui aggraverait considérablement le pronostic.

Mais il faut également éviter de le laisser fistuliser spontanément et pour cela on pratiquera une ponction dès que l'abcès sera aisément accessible.

Cette ponction sera pratiquée avec l'aseptie la plus rigoureuse et sera faite de façon à éviter qu'une fistule ne s'organise par le trajet de la ponction.

Elle sera exécutée avec une aiguille assez longue pour qu'il existe en tissus sains un trajet qui ne devra être, ni au point déclive, ni au niveau d'une voie anatomique que l'abcès pourrait suivre.

Nous ne sommes pas d'avis de pratiquer des injections de liquides modificateurs, estimant que ce n'est pas la petite quantité de liquide injecté dans une poche parfois très grande qui suffira à modifier les parois de cette poche ou le foyer osseux.

Malgré les ponctions faites avec la méthode la plus stricte, la fistulisation peut s'établir. Il ne faut pas croire que l'infection secondaire est fatale. Des pansements aseptiques quotidiens, une propreté rigoureuse, pourront éviter la complication redoutable de l'infection secondaire et les cicatrisations de fistules non infectées sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Par contre, l'infection secondaire est d'un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance.

L'amputation sera la ressource ultime lorsqu'elle peut être pratiquée et dans les cas où la localisation ne permettait pas cette exérèse, nous avons tenté de traiter l'infection secondaire par des auto-vaccins.

Les résultats n'ont pas été très satisfaisants et, après parfois une amélioration passagère, la suppuration a repris sa virulence et l'issue fatale s'est produite par dégénérescence amyloïde et cachexie progressive.

Enfin la consolidation étant obtenue, des séquelles gênantes au point de vue fonctionnel pourront nécessiter une intervention.

Ce seraient des ankyloses en positions vicieuses ou des pseudarthroses fibreuses plus ou moins serrées faisant souffrir leur porteur et provoquant des réveils infectieux.

Ces interventions seront étudiées en détail à chaque localisation, nous nous contenterons de dire ici qu'il faudra savoir attendre dans certains cas et intervenir de préférence à distance du foyer, pratiquant, par exemple, une ostéotomie oblique ou cunéiforme en cas d'ankylose vicieuse de la hanche, ou une arthrodèse extra-articulaire pour une pseudarthrose suite de coxalgie.

Traitement général.

Dès que le diagnostic est posé, la première chose à faire est de mettre le malade à même de vivre au grand air.

Lorsqu'on parle de tuberculose chirurgicale et en particulier de tuberculose ostéo-articulaire, il est classique d'envisager pour ces malades un séjour au bord de la mer ou plus exactement une cure hélio-marine.

A ce point de vue encore, il ne faut pas perdre de vue l'ensemencement général de l'organisme par la tuberculose, la fréquence chez l'adulte des associations pulmonaires ou pleurales et au lieu de résumer le traitement général de ces malades en une seule formule, il faut l'envisager d'une façon plus large en considérant :

Le climat, l'aérothérapie, l'héliothérapie.

Le climat. — Il ne nous est pas possible de discuter dans cet article les mérites respectifs de la mer, de la montagne et de la plaine (1), nous nous contenterons de donner leurs indications.

Le climat marin jouit d'une luminosité remarquable et possède une action tonique précieuse sur l'organisme surtout, comme c'est le cas pour Berck, quand les vents dominants viennent du large. Mais il est un point sur lequel l'attention doit être attirée, c'est sur la nécessité de n'envoyer à la mer aucune lésion susceptible d'évoluer, à plus forte raison en évolution, car l'air très vif, les coups de vents fréquents, pourront amener une poussée pulmonaire aiguë qui aggraverait considérablement le pronostic.

Le climat d'altitude est caractérisé par une très forte proportion de toutes les radiations solaires, caloriques, lumineuses, ultra-violettes, ainsi que par la pureté de l'air. Mais là encore il y a des contre-indications imposées par la possibilité d'une association pulmonaire.

Le climat de plaine doit-il rester réservé aux contre-indications de la mer et de la montague ? Nous ne le croyons pas et fort heureusement la plaine par elle-même jouit d'avantages non négligeables.

Théoriquement, lors qu'il n'y a pas de contre-indications, l'*idéal* serait d'alterner les stations comme d'Œlnitz l'envisage (montagne l'été et plages du midi en hiver : montagne l'hiver et plages du Nord l'été ; plages du Nord en été, plages de l'Atlantique ou de la Riviera en hiver).

Nul doute que ces changements de climat ne soient très favorables à l'état général des malades. Mais combien de malades pourront en profiter ?

Heureusement, la plaine n'est pas dépourvue de toutes qualités et si elle ne jouit pas de la luminosité du climat marin ni de la proportion des radiations du climat d'altitude, on y trouve de l'air pur et du soleil qui présentent certainement plus d'importance que le climat.

Cette notion n'est d'ailleurs pas nouvelle et il y a de nombreuses années que Poncet a obtenu à Lyon de beaux résultats.

Aérothérapie, héliothérapie. — Le malade doit passer au dehors, lorsque le temps le permet, la plus grande partie de la journée et lorsque les locaux et la température s'y prêtent il pourra même dormir dehors. Lorsque la sortie sera impossible, il devra toujours dormir la fenêtre ouverte.

A l'aérothérapie doit s'ajouter l'héliothérapie qui en hiver peut être pratiquée derrière une vitre dans une chambre plus ou moins close et qui en été, pratiquée au grand air, au grand soleil combinera à la fois les avan-

(1) DUGUET et CLAVELIN. — De la cure héliothérapique des tuberculoses chirurgicales de l'adulte dans la région parisienne. (*Le Monde médical*, 1er septembre 1926.)

tages de l'une et de l'autre méthode et deviendra l'hélio-aérothérapie intégrale.

L'héliothérapie a ses contre-indications ; les nerveux, les pulmonaires, les fébricitants, les aigus doivent être écartés ; ils se contenteront de l'aérothérapie simple. Dans les cas limités l'héliothérapie pourra être pratiquée mais en redoublant de précautions et de surveillance, et nous faisons rentrer dans cette catégorie les multiples que l'on observe si fréquemment chez l'adulte.

L'héliothérapie doit être générale, c'est-à-dire pratiquée à tout le corps, sauf la tête. Mais elle sera progressive en durée et en surface ; c'est ainsi que l'on commencera par isoler cinq minutes un segment de membre non malade les deux jambes ou les deux avant-bras par exemple pour arriver progressivement à faire supporter au corps entier deux ou trois heures de soleil par jour.

Lorsque la localisation le permet l'héliothérapie sera faite également sur le dos du malade.

Il convient d'éviter pour faire la cure héliothérapique les heures les plus chaudes de la journée et celles qui suivent les repas.

L'héliothérapie doit être surveillée pour éviter des accidents locaux (simples brûlures ou congestions locales) et des accidents généraux, véritables coups de soleil pouvant aller jusqu'à la syncope.

A côté de ces accidents banaux nous avons observé quelques cas d'intolérance qui n'étaient dus ni à une cure mal réglée, ni à une erreur d'indication d'héliothérapie.

Certains malades, qui apparemment présentaient les mêmes conditions locales ou générales que les autres réagissaient très violemment aux premières insolations, même très prudentes.

A la moindre exposition ils présentaient une élévation de température brusque, accompagnée d'oligurie qui obligeait d'interrompre la cure.

Or chez ces malades d'autres localisations ont apparu dans les semaines qui ont suivi et avec notre maître le professeur Duguet, nous pensons que cette intolérance, chez des malades normalement apyrétiques, est la signature d'une complication latente, d'une aggravation prochaine non encore cliniquement décelable.

Cette cure héliothérapique bien menée aura des résultats excellents que ce soit à la mer, à la montagne, en plaine ; et dans la banlieue de Paris, nous avons constaté, après beaucoup d'autres les mêmes améliorations.

On observe une action analgésique manifeste sur les douleurs, une action résolutive sur les lésions en évolution, de plus il existe une action tonique sur les tissus malades et les tissus voisins : les malades ont le teint hâlé, les muscles fermes et l'on est surpris de voir des coxalgies en évolution, des maux de Pott fistulisés avec un excellent état général.

Rappelons, en terminant la question de l'héliothérapie, que le traitement orthopédique local doit obligatoirement lui être associé lorsque la localisation l'impose

Pour conclure, nous citerons les deux règles qui d'après Bufnoir dictent le choix du climat.

1° La cure d'héliothérapie doit être pratiquée là ou luit le soleil et où il luit dans des conditions qui permettent de l'utiliser comme agent thérapeutique.

2) La cure d'héliothérapie doit être pratiquée dans un climat qui convienne à la réaction individuelle de chaque malade.

Mais nous y ajouterons ces phrases (1) : « Certes la cure à la montagne ou à la mer représente des optimas que l'on ne saurait mépriser, mais qui ne sont réservés qu'à de rares privilégiés. Pour l'immense majorité des malades il faut une adaptation aux ressources régionales et locales.

Donc ne soyons pas exclusifs. On peut faire de l'héliothérapie partout, un climat spécial n'est pas nécessaire, il importe seulement de tenir compte de deux facteurs fondamentaux : l'air et la lumière, et des obstacles qui peuvent s'opposer à leur action, en particulier les poussières atmosphériques et le ciel brumeux et nuageux. »

(1) *Le Monde médical*, 1er sept. 1926, *loc. cit.*

Les résultats sont d'ailleurs là, et, pour appuyer cette conclusion nous citerons les chiffres suivants, obtenus dans notre service de tuberculose chirurgicale de l'hôpital militaire Percy à Clamart.

Pour les maux de Pott nous avons de 16 à 18 % de décès et environ 75 % de consolidations ou améliorations sérieuses Pour les tumeurs blanches des grandes articulations nous avons 9 % de décès et environ 85 % de consolidations ou améliorations très notables.

Mais l'impossibilité pour l'immense majorité des malades d'aller chercher le soleil là où on le trouve suivant les saisons, implique la nécessité de le remplacer pendant la période où il ne luit pas.

Les rayons ultra-violets. — Véritable héliothérapie artificielle, les rayons ultra-violets peuvent être employés pendant toute la saison privée de soleil.

C'est ce que nous faisons systématiquement depuis quatre ans dans notre service pendant la période d'hiver.

Ces irradiations sont toujours utilisées en bain général, la technique est en résumé, la suivante : irradiations générales commençant à un mètre de distance pendant une minute pour terminer à 0 m. 60 pendant trente minutes. Les contre-indications sont les mêmes que celles de l'héliothérapie et les résultats sont également semblables à ceux obtenus avec le soleil naturel, un peu moins accentués peut-être.

Depuis deux ans, profitant de la propriété des rayons ultra-violets de fixer le calcium, nous leur associons des injections intra-veineuses de chlorure de calcium suivant une technique dérivée de celle de Rosen.

Le traitement comprend deux séries de dix injections séparées par vingt jours de repos.

La première série est de cinq injections d'une solution à 1 % aux doses progressivement croissantes de 50, 100, 150, 200, 250 centimètres cubes, suivies sans interruption de cinq injections de solution à 1,25 % aux mêmes doses. Les injections sont faites tous les deux jours.

Après le repos de vingt jours on reprend le traitement avec cinq injections à 1.25 % suivies de cinq injections à 1.50 toujours aux doses croissantes de 50 à 250 centimètres cubes.

Les injections doivent être faites *très lentement*, cent centimètres cubes devant passer en cinq minutes minimum.

Après l'injection le malade est transporté sous la lampe à ultra-violets et pendant les deux mois que dure le traitement calcithérapique il subit trente séances d'ultra-violets à deux jours d'intervalle.

Dans la très grande majorité des cas ce traitement amène, en plein hiver, des améliorations semblables à celles que l'on observe en été.

L'état général s'améliore, l'appétit reprend, le poids augmente.

Du côté local les fistules en activité se tarissent et se cicatrisent rapidement.

Mais il faut s'abstenir de cette thérapeutique chez les malades qui ont une température élevée ; et chez les multiples, les mixtes, il convient d'être très prudent, et de tâter la susceptibilité du malade au début du traitement.

La radiothérapie a été également préconisée. Nous la retrouverons dans la thérapeutique des adénites tuberculeuse. Mais nous n'en avons aucune expérience dans le traitement des tuberculoses osseuses ou articulaires, cependant nous estimons que si l'on veut la pratiquer elle ne doit être considérée que comme un adjuvant du traitement orthopédique absolument indispensable, et du traitement général également indispensable.

Les rares cas que nous avons eu l'occasion de voir ne font que confirmer cette opinion.

Les médications spécifiques : sérums, vaccins, tuberculines, ne sont pas au point actuellement et nous n'en avons personnellement pas l'expérience.

Au point de vue *médicaments*, il est classique de prescrire

l'huile de foie de morue l'hiver : le sirop iodo-tannique l'été : on peut également faire des séries de cacodylate de soude.

Au traitement s'ajoute la *suralimentation*. Mais il faut faire attention que ces malades sont en majorité des malades couchés et qu'il y a intérêt à ne pas leur surcharger l'estomac. En plus du régime ordinaire on pourra se contenter de leur donner du jus de viande, des sardines à l'huile, du beurre, du jambon, etc.

Pour terminer cette étude des généralités sur les tuberculoses chirurgicales nous insisterons sur un point un peu particulier.

C'est sur l'intérêt qu'il y a à grouper ces malades. Seul au milieu de sa famille et de ses amis, ou isolé dans un service de chirurgie générale, le malade aura trop de tentations d'échapper aux règles très strictes du traitement imposé et la rigueur de l'immobilisation indispensable, dans un grand nombre de cas, en souffrira fatalement.

Au contraire, réunis, que ce soit dans une clinique ou dans un service hospitalier spécialisé, les tentations seront moins fréquentes, l'homme debout étant l'exception, et la discipline sera d'autant plus facilement acceptée que les nouveaux venus seront encouragés par les bons résultats observés chez les anciens malades.

En plus de cet intérêt, le groupement des maladies permet de leur assurer plus facilement les bénéfices de l'installation et du matériel complexe mais indispensable pour traiter aussi longtemps et dans de bonnes conditions ces affections.

Précocement diagnostiquées et correctement traitées, les tuberculoses chirurgicales verront ainsi s'améliorer leur pronostic vital et diminuer le déficit fonctionnel souvent important que l'on observe dans certaines localisations.

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels

Menus incidents de consultation

I. Pensée sauvage et vieux billets

C'était une de ces Transatlantiques qu'attirait alors non pas la dépréciation de notre monnaie, mais une exacte appréciation des agréments de la vie parisienne. Elle passait plusieurs mois à Paris chaque année ; tout en faisant de son mieux pour altérer sa santé par l'abus des fatigues mondaines et aussi des boissons spiritueuses, elle se préoccupait souvent de chercher à la réparer grâce à la médecine.

Mais elle ne pouvait se contenter d'un « petit » médecin traitant, confident de ses misères pathologiques ; il lui fallait très souvent appeler à la rescousse un « grand » consultant. Le petit médecin était généralement chargé de choisir le grand consultant ; parfois on lui signalait un choix d'après la suggestion de quelques amies. Ces consultations ont donné lieu à des incidents assez amusants ; deux me reviennent en mémoire.

Pour combattre des manifestations eczémateuses, j'avais amené l'As de la dermatologie française d'alors. Ce maître au visage rasé, au profil fin avec des lèvres minces et un nez aigu (symbolisant sa perspicacité clinique), aux gestes rares, à la parole brève, avait en consultation une attitude d'une courtoisie parfaite, mais parfois cassante, si on le contrariait. On le voyait entrer, toujours ganté, le chapeau à la main et le pardessus étroitement boutonné.

Sa froideur se réchauffait si le malade et son entourage écoutaient attentivement ses questions et ses prescriptions, sans bavardages inutiles. Il consacrait à chaque cas tout le temps nécessaire, mais prétendait justement qu'on ne lui en fît pas perdre.

Ma cliente était en général d'une obséquiosité exubérante et maniérée, très vite familière avec tout venant ; toujours prête à régler ses consultations au plus haut prix, elle se croyait en droit de garder le consultant aussi longtemps qu'elle voulait et ne s'abstenait pas de réflexions hors de propos.

Je n'avais pas encore fait la présentation que la dame s'était déjà écriée : « Betzy, débarrassez le professeur de son chapeau et de son pardessus... Cher professeur, asseyez-vous dans ce bon fauteuil et placez sur ce coussin *vos chers petits pieds* (sic). »

Le consultant pince les lèvres, s'incline, livre son chapeau à la femme de chambre, retire ses gants, les met dans sa poche et dit : « Madame, je préfère garder mon pardessus. Je ne suis pas professeur ; je suis médecin de l'hôpital St-Louis. » Je n'avais pas eu le temps de préciser la qualité professionnelle du maître et la dame ignorait que ce prince des dermatologistes français, n'étant pas agrégé de la Faculté, n'avait pu être nommé professeur et, par une correction raffinée, n'aimait pas qu'on lui attribuât ce titre universitaire indû.

— « Oh ! nous étrangers, nous appelons professeurs tous les grands médecins ! »

La cliente est examinée minutieusement ; le consultant est souvent obligé d'endiguer un débordement de paroles superflues : « Comment peut-il se faire que j'aie cette vilaine maladie de peau ? Je suis si propre ! » — « Peut-être même l'êtes-vous trop, Madame. Il y a des cas où il ne faut pas irriter la peau par trop de frottements et de lavages avec des savons parfumés ! » — « Alors Docteur, vous me conseillez de rester sale ? de ne pas me laver ? » Le consultant pince les lèvres et sourit, il se lève.

Nous passons dans une pièce voisine et je confirme ce que le maître avait déjà diagnostiqué : loquacité due en partie à l'usage abusif des spiritueux, ainsi que les récidives d'eczéma. Prescriptions minutieuses de soins locaux et de diététique ; nous revenons pour les commenter.

En notre absence on a apporté un plateau chargé de verres et de flacons variés. Offre d'y goûter « Merci, Madame, je ne prends jamais rien entre mes repas » — « Oh ! comment alors supportez-vous les fatigues de votre profession ? »

Eludant ce point d'interrogation, le maître dit : « Vous appliquerez d'abord des compresses de gaze bouillie imbibées d'eau bouillie. » — Interruption « Pour tuer les microbes ! Oh ! c'est toujours avec de l'eau bouillie que je me brosse les dents, six fois par jour, avant et après les repas ! »

— « Vous avez peut-être tort de brosser vos gencives si souvent ; vous les irritez et risquez de faciliter le déchaussement des dents. » — « Mais, docteur, beaucoup sont enveloppées d'or ! »

Le maître continue : « Voici le régime : éviter tels et tels aliments et toutes les boissons spiritueuses, ainsi que le vin. » — « Comment ! pas même de la tisane de champagne ? Mais, cher professeur... Pardon, cher docteur, vous ne voulez pas dire que je ne dois plus boire que de l'eau ? » Le maître : « Mais si ! A moins que vous ne préfériez de la tisane de pensée sauvage.. » Eclat de rire de la dame. — « Sauvage ! Oh ! cher docteur, pourquoi sauvage ? (avec un sourire malin et prétentieux) nous sommes civilisés autant que vous à Chicago. »

Le consultant dirige son regard vers le plafond, pince les lèvres, se lève, remet ses gants et s'incline, « Merci, cher professeur... pardon, docteur, voici les honoraires ! » Madame prend dans un portefeuille des billets de cent francs sales et en partie recollés et les étale sur la table.

A cette vue je frémis. Tous les familiers du maître savaient qu'il avait une sorte de phobie de la monnaie sale et des vieux billets de banque, vecteurs de microbes ; chez lui on le voyait les prendre avec des pinces. Ayant regardé les chiffons monétaires avec un air d'inexprimable dégoût, il était manifestement irrésolu ; je le vis tirer d'une poche de son pardessus un journal, comme s'il y allait enfouir les vilains petits papiers offerts par cette dame si propre. Puis brusquement il salua et dit : « Merci, Madame, je vous prie d'envoyer cela chez moi ! » et il disparut.

Je le suivis et, pendant que je l'accompagnais jusqu'à sa voiture, il me glissa dans l'oreille : « Inconséquence, ton nom est femme. Faire des orgies de brosse à dents et manier des billets si sales ! »

Je retrouvai ma cliente indignée de la sortie du maître « Quel ours empaillé, votre prétendu grand médecin ! Je ne suis pas étonnée qu'il ne soit pas professeur ! »

Cependant elle suivit ses prescriptions, au point de vue du traitement local. Quant à l'abstention du champagne, des vins d'Espagne et des coktails, tarare. L'aube de l'Amérique « sèche » ne blanchissait pas encore l'horizon.

II. Des pellicules sur un collet.

Des troubles nerveux s'accentuant chez ma cliente, je fus prié par son mari, qui était venu faire une apparition à Paris — d'ordinaire il séjournait là-bas, très affairé à gagner l'argent que Madame dépensait ici —, je fus prié de faire venir un consultant pour les maladies nerveuses.

Cette fois, je fis choix d'un professeur universitairement authentique ; mais c'était le plus jovial, le moins guindé des savants, réputé depuis l'internat pour sa disposition aux farces : veston déboutonné, lavallière flottante, chevelure exubérante, pas toujours très soignée.

Il vint, causa, questionna, plaisanta, riant aux éclats des minauderies de la dame, mais je fus surpris de voir qu'au contraire celle-ci se guindait, répondait de plus en plus froidement et, quand le consultant s'approchait plus près d'elle, examinait les réflexes, la palpait et voulait l'ausculter, elle se reculait manifestement avec une appréhension inquiète.

La séance prit fin : la conclusion thérapeutique fut, outre l'hydrothérapie et un déplacement, un peu moins rigoureuse quant aux boissons que celle du dermatologiste ; le neurologiste autorisait l'extrait de malt et le jus de raisin frais !

Pourtant, quand je revis ma cliente, elle était aussi exaspérée qu'après la consultation pour l'eczéma « Comment ! docteur, vous m'amenez *un médecin qui a son collet d'habit couvert de pellicules* ! C'est dégoutant. »

Je me souvins en effet que mon spirituel et un peu négligent ami était atteint, comme bien des personnes, de séborrhée sèche du cuir chevelu et que le collet de son veston n'était pas exempt de pellicules pityriasiformes? Que n'avais-je pensé à le lui brosser dans l'antichambre. Mais on ne saurait penser à tout.

III. Pédagogie inopportune.

Ma génération d'internat a fourni plusieurs des plus savants et des plus habiles oto-rhino-laryngologistes. On n'avait que l'embarras du choix à faire parmi eux, quand on avait besoin d'un consultant.

Celui que j'appelais le plus souvent unissait aux qualités scientifiques et manuelles un tact admirable, un souci constant des nuances psychologiques et sociales, une fine et spirituelle bonhomie. Une fois, en son absence, j'appelai un autre spécialiste également habile, mais de la catégorie des bourrus bienfaisants et des redresseurs de torts ; à l'instar du Huron Ingénu de Voltaire, il disait toujours la vérité sans s'inquiéter des conséquences ; c'était un sauvage bien intentionné.

Je l'amenai, à la demande d'une Irlandaise du grand monde, pour examiner l'appareil auditif de son petit garçon. Celui-ci, habitué à beaucoup de ménagements, fut un peu effrayé par l'entrée en action un peu brusque du nouveau médecin et ne se prêtait pas à l'examen.

« Cet enfant est insupportable » dit le consultant. — La mère impatientée donne une tape sur la main de l'enfant, qui pousse des cris affreux. — « Mais ce n'est pas sa faute » ajoute le médecin, « si vous l'avez mal élevé. On doit tout obtenir des enfants sans les battre ; seulement, Madame, il faut de très bonne heure ne pas leur laisser prendre de mauvaises habitudes ! »

La dame se lève furieuse : « C'est vous, docteur, qui êtes un homme mal élevé. Je ne vous ai pas fait venir pour recevoir une leçon de pédagogie ! » — « Fort bien ! Madame, restons-en là » réplique le consultant, se levant à son tour.

Malgré mes efforts pour rompre les chiens, impossible de calmer les deux adversaires qui s'éloignèrent brusquement, l'une entraînant son enfant et l'autre remettant son chapeau avec dignité. Heureusement l'état de l'enfant ne nécessitait pas de décision urgente.

Quand je revins le lendemain je fus accueilli par cette exclamation : « C'est un sauvage que vous m'avez amené hier. Comment peut-il avoir des clients ? »

Cette épithète me rappela l'indignation de l'Américaine dont j'ai parlé plus haut et qui ne voulait pas supporter la sauvagerie, même *en pensée*. Je me dis une fois de plus qu'en dehors même du point de vue scientifique il n'est pas toujours facile pour le médecin traitant de choisir un consultant inattaquable à la critique, surtout féminine.

Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars 1928.

A propos d'un cas de bradycardie nodale. — M. *Lian* fait remarquer, à propos de la récente communication de MM. *Mougeot* et *Lemaire*, qu'il n'a jamais pensé que dans le cas rapporté par les auteurs, il s'agissait de bradycardie nodale.

Grande hémogénie guérie par la splénectomie. — MM. *Gosset*, *Chevalier* et *Gutmann* rapportent un cas de purpura hémorragique guéri par la splénectomie. Tous les accidents hémorragiques ainsi que le signe du lacet ont disparu aussitôt après l'intervention. Les auteurs attirent l'attention sur le fait que les globulins n'ont jamais été diminués de nombre et que, malgré ce fait, la splénectomie donne d'excellents résultats.

L'hypoglycémie et la saccharocorie dans la pancréatite traumatique avec pseudo-kyste hématique. — MM. *Jean Troisier* et *R. A. Casaubon*, insistent sur la description d'un syndrome (érythrose faciale, vertige, diplopie, asthénie, horreur invincible du

CHLORAMINE FREYSSINGE

Pil. glut. titrées à 0,05 - 1 à 3 à chaq. repas - 6, R. Abel, Paris
DÉSINFECTION INTESTINALE - PORTEURS DE GERMES

GAND 1913. — *Médaille d'Or.*
LYON 1914. — *Diplôme d'Honneur*
RIO 1922. — *Grand Prix.*

CAPSULES DARTOIS

0,05 Créosote titrés en Gaiacol 1 à 3 à chaque repas.
CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

MONACO 1920. — *Grand Prix.*
BEYROUTH 1921. — *Grand Prix.*
STRASBOURG 1923. — *Grand Prix.*

QUASSINE FRÉMINT = APPÉTIT

1 à .. pilules avant chaque repas. — 6, Rue Abel, Paris.

Tout DÉPRIMÉ
— SURMENÉ
Tout CÉRÉBRAL
— INTELLECTUEL
Tout CONVALESCENT
— NEURASTHÉNIQUE



est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

GOUTTES DE GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (0.40 CENTIGR. PAR XX GOUTTES)

XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

Grand Prix
Strasbourg 1923

6, Rue Abel,
PARIS (12e)

GRIPPE

Noter la remarquable efficacité de la NÉVROSTHÉNINE en cas de convalescence traînante et de dépression post-grippale

Échantillons sur demande : 6, rue Abel, PARIS (XIIe)

Eau Minérale Naturelle
DU BREUIL & DU BROC
(Puy-de-Dôme)

L'HYDROXYDASE

« Il n'y a, à ma connaissance, rien de pareil en Hydrologie, à l'Eau de Breuil »

Professeur GARRIGOU.

L'HYDROXYDASE possède la curieuse propriété, grâce à ses nombreux colloïdes naturels, de fixer l'oxygène intérieur, pour le rétrocéder ensuite aux toxines et aux déchets de l'organisme.

L'HYDROXYDASE favorise donc d'une façon puissante l'OXYDATION DES DÉCHETS ORGANIQUES et rend leur élimination plus facile.

LITTÉRATURE SUR DEMANDE
à la Compagnie de l'*HYDROXYDASE*
10, Rue Blanche, PARIS
Téléphone : TRUDAINE 08-21

INDICATIONS

Les Intoxications endogènes et exogènes.
L'élimination des déchets et de l'acide urique.
Les maladies par ralentissement de la nutrition.
Les convalescences des maladies graves.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

sucre) permettant de prévoir le développement d'une hémorragie juxta-pancréatique. Ce syndrome est lié à un excès de sécrétion interne d'insuline, comme le démontre l'abaissement du taux du sucre sanguin ; il doit être assimilé au syndrome hypoglycémique des accidents de l'insulinothérapie. Les auteurs soulignent la répulsion instinctive de leur malade, pendant toute la crise, pour le sucre (saccharocorie) dont la valeur sémiologique mérite dès lors d'être relevée. Ils opposent la saccharocorie de l'hypoglycémie spontanée à la recherche instinctive des aliments sucrés, si fréquente chez les diabétiques. Pour lutter contre ces crises brusques d'hyper-insulinisme, *Troisier* et *Casaubon* n'ont pas craint, pour vacciner l'organisme, de pratiquer entre les crises des séries d'injections d'insuline, sans dépasser 30 unités par jour. Les résultats cliniques leur semblent favorables.

Accidents pluriglandulaires apparus à la suite d'oreillons graves. — M. *Julien Huber* présente un malade atteint, à la suite d'oreillons graves avec orchite, d'accidents consistant en tachycardie, hypertension, ichtyose, tassement vertébral, algies diffuses qu'il rapporte à des troubles dystrophiques et sympathiques sous la dépendance de manifestations endocriniennes rebelles à la thérapeutique opothérapique.

M. *René Besnard*, à propos de la communication de M. *Huber*, fait remarquer que l'orchite double avec atrophie testiculaire bilatérale est très exceptionnelle et que le pronostic de l'orchite ourlienne ne doit pas être considéré aussi sévère qu'on le pense habituellement.

M. *P.-E. Weill* pense que la septicémie ourlienne peut toucher d'autres glandes que le testicule et que, dans le cas rapporté par M. *Huber*, il ne pense pas que les troubles soient sous la dépendance de la glande la plus touchée, c'est-à-dire, le testicule.

M. *Appert* ne saurait se prononcer au point de vue pathogénique. Il fait remarquer cependant que la présence des vergetures peut faire penser à une atteinte des surrénales ainsi que le développement du système pileux.

A propos de deux cas de sclérose pulmonaire avec atrophie du sein gauche. — M. *Rist* présente deux malades atteintes d'arrêt de développement du sein gauche coïncidant avec une sclérose pulmonaire unilatérale du même côté et développée avant la puberté.

Le diabète insipide et ses rapports avec le diabète sucré et la carbonurie désoxydative. — MM. *G. Marinesco*, *O. Kauffmann Cosla* et *St Draganesco* montrent que dans le diabète insipide, comme dans le diabète sucré, il y a un trouble du métabolisme des sucres, mais, tandis que dans le diabète sucré, la carbonurie désoxydative se présente ordinairement sous une forme glycosurique ; dans le diabète insipide, elle est toujours aglycosurique. Le trouble de l'oxydation cellulaire peut concerner les sucres, les protéines et les graisses, soit isolément, soit pour deux d'entre eux, ou bien pour ces trois classes d'aliments. Après l'administration de l'insuline, on constate une régression passagère ou définitive du trouble du métabolisme général, avec disparition ou diminution de la polyurie.

La mort pendant les hémoptysies dans la tuberculose. — M. *Maurice Renaud* et *Miget*. — La mort des tuberculeux par hémoptysie est un phénomène considéré comme si banal par la plupart des auteurs qu'il peut se passer de commentaires. Cependant, en pareil cas, le mécanisme de la mort est loin d'être aussi simple qu'on pourrait croire. Il a été impossible de le déterminer dans deux cas que rapportent les auteurs.

Une jeune fille atteinte de lésions tuberculeuses diffuses et profondes, mais pas du tout cachectique, gagnant du poids, sans fièvre, fait dans la nuit après un crachotement sanguin d'alarme, une grande hémoptysie. L'interne de garde n'arrive que pour constater le décès.

L'autopsie montre quelques caillots dans les bronches, mais il n'y a pas trace de l'inondation bronchique qu'on s'attendait à trouver. Aucune lésion viscérale ne peut d'autre part expliquer la mort subite.

L'histoire du deuxième malade, qui a été observé par M. Macaigne et Nicod est calquée sur la précédente.

Pas plus l'analyse clinique que les constatations anatomiques ne permettent donc de déterminer la cause de ces morts inopinées et rapides. La seule chose certaine, et qui a son importance, c'est que de tels malades, malgré les apparences ne meurent pas d'hémorrhagie.

Laryngite diphtérique de l'adulte. Les caprices de l'immunisation occulte. — *Chr. Zœller* rapporte l'observation d'un cas de croup d'emblée chez un adulte ; l'aspect des lésions fit tout d'abord songer à une laryngite tuberculeuse. La dysphagie était le trouble fonctionnel prédominant. Il n'existait aucun symptôme d'angine diphtérique. La sérothérapie fut rapidement efficace. Au cours de la convalescence, le malade présenta des troubles paralytiques et des accidents sériques marqués. L'intérêt de l'observation réside dans la grande rareté du croup d'emblée chez l'adulte.

Il est remarquable d'autre part qu'un sujet de cinquante ans qui a vécu pendant de longues années dans les collectivités et à la ville garde une réceptivité qui l'expose à une atteinte d'une certaine gravité vis-à-vis de la diphtérie. Le fait est à rapprocher de faits analogues observés par l'auteur qui apparaissent comme autant de paradoxes à l'égard du phénomène d'immunisation occulte.

Seules, des hypothèses peuvent actuellement expliquer ces faits paradoxaux : ces sujets ont rencontré le bacille de Lœffler et n'ont acquis ni l'immunité ni la maladie, ou bien leur immunité fut passagère, ou bien ils n'ont jamais, malgré les occasions qu'ils en eurent, rencontré le bacille diphtérique.

La fréquence relative des sujets réceptifs dans le personnel soignant des hôpitaux, même ancien dans le service, engage l'auteur à proposer l'établissement d'un signalement immunologique qui comporterait les résultats des réactions de Schick et de Dick. La vaccination par l'anatoxine pourrait être proposée aux sujets à Schick positif par la voie sous-cutanée dans la majorité des cas, par la rhino-vaccination dans certains cas particuliers.

L'emploi des « vaccinations associées (TAB + anatoxine diphtérique) est à préconiser.

Un cas d'agranulocytose pure. — MM. *Aubertin* et *Robert Lévy* rapportent un cas d'agranulocytose pure caractérisé par la diminution des globules blancs (1200) la formule leucocytaire (1 à 2 % de polynucléaires), les ulcérations bucco-pharyngées, l'évolution rapide et fatale. Les auteurs n'ont constaté aucune hémorragie, ni anémie. L'hémoculture fut négative.

A côté de cette forme pure, les auteurs décrivent la forme avec anémie aplastique, la forme avec hémorragie. Ils pensent que dans ces formes comme dans la forme pure il y a lieu de penser à une infection méconnue. Les auteurs enfin signalent une forme toxique : celle qu'on peut observer après les injections de novarsénobenzol et qui s'accompagne d'anémie grave et d'hemorragies.

Elimination aqueuse par un abcès involontaire causé par le novasurol. — M. *E. Achitouv* (de Constantinople.)

A propos d'un cas de poliomyélite aiguë s'étant caractérisée par un œdème intense, symétrique et transitoire au niveau des mollets. — M. *Mussio Fournier* (de Montévidéo.)

Séance du 9 mars 1928.

Les réactions thermiques consécutives aux injections intra-veineuses. — M. *Milian*, à propos de la communication de M. Flandrin fait remarquer que si les réactions thermiques semblent plus fréquentes dans son service, c'est que dans tous les cas d'injection intra-veineuse de novarsénobenzol, la température est prise toutes les trois heures après les injections. Il signale en outre que les injections sont toujours faites en solution dans du sérum physiologique.

Œdème inflammatoire et cellulite. — M. *Comby* rapporte quelques cas offrant des analogies avec ceux de M. Etienne *May* et Mlle *G. Dreyfus-Sée*.

1° Garçon de 3 ans 1/2 présente, à la suite d'une grippe, des plaques d'œdème pseudo-inflammatoire au-dessus du coude droit, à la face externe de la cuisse gauche, au dos de la main droite, ensuite l'enfant s'étant levé trop tôt, on a assisté à deux poussées de *purpura orthostatique* aux jambes ; guérison.

2° Jeune homme de 22 ans, champion de tennis ; sensibilité et gêne des mouvements à la racine des cuisses ; le malade est hanté par la crainte d'une hernie dont il n'y a pas trace. Mais on constate la présence, sous la peau des régions inguino-crurales, de petites nodosités sous-cutanées, peu dures et peu douloureuses à la pression. On a l'impression de petites boules œdémateuses siégeant dans le tissu cellulaire ou l'aponévrose superficielle. Ces noyaux de cellulite ont disparu complètement, en quelques jours, par le repos et des applications émollientes.

3° Garçon de 19 ans, fatigué par le déchargement de charrettes de paille. Sensibilité à la partie supérieure de la cuisse droite, entrave aux mouvements, claudication. Une large plaque d'œdème pseudo-inflammatoire c'est formée, faisant redouter la supuration, Pas d'adénopathie inguinale. Induration étendue, sans chaleur notable, sans douleur bien vive par la pression. Repos, applications émollientes. Guérison complète par résolution en une semaine.

Les rapports de la réactivité anti-toxique et de l'anergie. — M. ***Chr. Zœller*** montre l'intérêt qu'il y a à se préoccuper de la *constance* et de la *stabilité* de l'immunité vaccinale.

En matière d'immunité anti-diphtérique trois éléments d'information peuvent être utilisés : les donnés de la réaction de Schick ne donnent qu'une appréciation qualitative ; les titrages d'anti-toxine apportent une précision plus grande, mais ne fournissent qu'une donnée *statique* de l'immunité ; l'étude de la réactivité anti-toxique met en évidence un élément *dynamique* de l'immunité. Etudiant à ce triple point de vue l'évolution de l'immunité anti-diphtérique au cours de la rougeole, l'auteur montre la persistance de la réactivité anti-toxique chez les rougeoleux ; ceci quelles que soient les variations de l'anergie tuberculinique, exprimées par la cuti-réaction. L'éclipse de l'allergie tuberculinique au cours de la rougeole ne s'accompagnerait donc pas obligatoirement d'une éclipse de réactivité totale passagère.

M. ***Martin***, à propos du procès-verbal et de la remarque de M. Netter, considère qu'il y a lieu de différencier l'immunité consecutive à la vaccination par anti-toxine et celle qui est acquise par la maladie. D'après la statistique dans le premier cas, l'immunité porte sur 98 % de vaccines, dans la deuxième elle porte seulement sur 50 %.

M. ***Lereboullet*** partage l'opinion de M. Martin. Dans les récidives de diphterie on note 50 % d'enfants ayant eu antérieurement la diphtérie. Chez les enfants vaccinés par l'anatoxine, il n'a vu que quatre cas renvoyés au pavillon de la diphtérie, deux n'avaient d'ailleurs pas la diphtérie, les deux autres n'avaient reçu que deux injections d'anatoxine. Selon lui, on ne peut établir de comparaison entre les enfants qui ont eu la diphtérie, et ceux qui sont vaccinés.

Coexistence chez un même malade de deux côtes cervicales et d'une atrophie des muscles de l'éminence thénar. — MM. ***Rist*** et ***Hirschberg***.

La vaccination anti-tuberculeuse de l'enfant par la B. C. G. (voie digestive et voie sous-cutanée. — MM. ***Weill-Halle*** et ***Turpin***.

1° La vaccination anti-tuberculeuse par le B. C. G., pratiquée sur des sujets non contaminés antérieurement, est sûrement inoffensive.

2° Elle peut être effectuée soit par voie digestive dans les dix premiers jours de la naissance, soit par voie sous-cutanée au-delà de ce terme.

3° Par voie digestive, on fait ingérer au nouveau-né trois doses de 1 cgr. de B. C. G., selon les indications fournies par l'Institut Pasteur.

4° Par voie sous-cutanée, on injecte une dose variant de 0 mgr. 02 à 0 mgr. 5.

5° L'injection sous-cutanée sera précédée d'une période d'observation de cinq à six semaines avec contrôle de cuti-réaction négative.

6° Il est désirable de réaliser l'isolement relatif des sujets vaccinés, afin d'éviter toute contamination au moins pendant la période d'immunisation.

7° Les résultats que nous ont fournis sept années d'observation, les essais confirmatifs pratiqués en France et à l'étranger nous autorisent à recommander l'extension de la méthode aux nourrissons menacés, aux nourrissons non menacés dont les familles sollicitent la vaccination, aux adultes, notamment au personnel infirmier, soumis à des dangers de contamination permanents, et reconnus au préalable indemnes d'imprégnation bacillaire.

Pleurésie purulente aiguë, devenue chronique et reconnue tardivement tuberculeuse. — MM. ***Maurice Renaud*** et ***Juge***. — Une femme de 40 ans atteinte de pleurésie purulente d'origine apparemment grippale est traitée chirurgicalement par une large résection costale.

La suppuration reste abondante et fétide et la malade devient profondément cachectique. C'est à ce moment-là que les auteurs ont commencé à la traiter.

Ils ferment la large brèche du thorax, et pratiquent une pleurotomie simple, suivant le procédé préconisé par l'un d'eux, réalisant par siphonage un drainage continu que complètent des lavages au Dakin.

L'amélioration est immédiate. En trois mois la malade reprend 15 kilogr. Mais l'attente d'une guérison complète est déçue. A différentes reprises on peut croire que la guérison est tarie, mais toujours la suppuration persiste.

La cause de cette suppuration interminable, est vainement cherchée jusqu'au jour où, quatre ans après le début de l'affection, on découvre dans le pus de très nombreux bacilles de Koch (des examens et inoculations avaient été antérieurement pratiqués sans résultat).

La nature de l'affection expliquait ainsi l'échec d'une thérapeutique qui donne des résultats constants dans les pleurésies banales.

Cette observation est du plus haut intérêt pour l'histoire des pleurésies dites chroniques. En raison de la difficulté qu'on a eue à établir le diagnostic de tuberculeuse on peut se demander si certaines des pleurésies chroniques intarissables ne sont pas, elles aussi, de nature tuberculeuse, et si ce n'est pas la vraie raison pour laquelle échouent la plupart des énormes interventions chirurgicales dirigées contre elles.

Elle montre surtout qu'une pleurésie tuberculeuse peut être largement ouverte, non seulement sans dommage, mais avec le plus grand bénéfice, car l'état général ne se maintient excellent que grâce au drainage.

M. ***Sergent*** partage la conclusion de M. Renaud, l'intervention n'est pas contre-indiquée dans la pleurésie purulente tuberculeuse, les ponctions répétées sont recommandées mais il y a toujours à craindre l'abcès froid de la paroi.

M. ***Rist*** préfère aux résections costales les ponctions répétées avec bloquage de la plèvre par l'oléothorax.

Algie précordiale et encéphalite épidémique. — MM. ***Mussio Fournier***, ***Garra***, ***Rocca*** et ***Monestier*** (de Montévidéo.

Un cas d'amibiase pulmonaire pure à rechutes, définitivement guérie par l'émétine, le stovarsol et le tréparsol. — MM. ***Vialard*** et ***Paponnet***.

Processus d'oblitération complète de la sous-clavière et de la carotide primitive gauche et incomplète dans la sous clavière droite chez un aortique. — MM, ***Etienne Bernard***, ***Gilbert Dreyfus*** et ***Foulon*** présentent l'observation anatomo-clinique d'une aortite syphilitique compliquée d'oblitérations des gros vaisseaux nés de la crosse aortique : sténose complète de la carotide primitive gauche due à des placards d'aortite rendant punctiforme l'orifice du vaisseau ; sténose complète de la sous-clavière gauche qui n'empêchait pas quelques battements au sphygmotensiophone et à l'oscillomètre et qui relevait d'un thrombus obstruant le vaisseau à un centimètre de son origine ; stase incomplète de la sous-clavière droite diagnos-

tiquée sur l'existence d'un thrill systolique et due à un épaississement si marqué de l'intima et de la mésartère qu'un clivage des tuniques se produisit à l'ouverture du vaisseau. Les auteurs insistent sur la rareté de ce document anatomo clinique, sur les problèmes que posent ces oblitérations complètes et incomplètes : suppléances vasculaires et absence de troubles fonctionnels, existence d'artérites de la base avec leur séméiologie autonome mais avec des lésions qui semblent sous la dépendance des lésions d'aortite.

M. *Lian* insiste sur l'intérêt de la communication de M. Bernard et sur la valeur du souffle systolique perçu au niveau de la sous-clavière en cas d'oblitération incomplète. Il signale à ce propos une observation d'artérites multiples ayant revêtu l'aspect clinique du collapsus cardiaque.

Infarctus rénal en « corbeille ». — M. *Apert* et Mlle *Bach* présentent les deux reins d'un enfant de 14 ans qui a subitement succombé en urémie aiguë ; la substance corticale des deux reins est nécrosée dans sa totalité, tandis que la substance pyramidale est respectée ; un liséré hémorragique sépare les deux substances. Une telle topographie n'est observée que très exceptionnellement et les quelques cas semblables jusqu'ici publiés concernaient des nouvelles accouchées.

Poliomyélite antérieure consécutive à une vaccination anti-typhoïdique. — MM. *Alajouanine, Fribourg-Blanc* et *Gauthier* présentent un malade de 21 ans qui fut atteint, dans les 48 heures suivant une revaccination anti-typhoïdique d'un syndrome de poliomyélite antérieure avec monoplégie du membre inférieur gauche. Il présente encore, six mois plus tard, une monoparésie de ce membre avec réaction de dégénérescence partielle du jambier antérieur et grosse amyotrophie de la cuisse. Les auteurs attirent l'attention sur la rareté de ces cas. Ces accidents consécutifs à la vaccination anti-typhoïdique ne doivent pas porter atteinte à la valeur de cette vaccination.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances du 14 mai 1928.

A propos des lésions méniscales. — M. *Mauclaire* apporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute sur le genou, voit se développer une petite masse. On pense à une lésion méniscale. A l'intervention, il s'agit d'un lipome développé aux dépens d'une frange synoviale.

Actinomycoses. — M. *Descomps* dit qu'il a vu constamment s'améliorer les actinomycoses cervico faciales par un traitement radio-actif réalisé soit par la pose de radium *in situ*, soit par des injections de mesothorium.

Il a eu d'ailleurs de bons résultats dans les adénites cervicales chroniques et même il insiste sur les effets parfois remarquables des injections radioactives dans les cancers inopérables.

Ulcère récidivant après gastro-entérostomie. — M. *Picot* apporte l'histoire d'un malade qu'il avait opéré de perforation gastrique avec gastro-entérostomie complémentaire. Le malade est resté 18 mois tranquille puis les brûlures ont réapparu et à la radio, deux ans après la première opération, on trouve une niche voisine de la nouvelle bouche. A l'intervention, on trouve un ulcère peptique adhérent au côlon transverse. Gastrectomie et nouvelle anastomose gastro-jéjunale au niveau de la partie inférieure de la branche de section gastrique. Suites favorables. La radiographie montre un fonctionnement gastrique normal.

L'acidité gastrique est devenue inférieure à la normale. A l'ouverture de la pièce, l'ulcère siège, non pas sur le versant jéjunal, mais sur le versant gastrique. La cicatrice de la perforation suturée est très difficilement retrouvée.

De nombreux facteurs ont été invoqués pour expliquer la production de l'ulcère peptique. Il faut avant tout penser à l'hyperchlorhydrie, au matériel de suture. En réalité, aucun de ces facteurs ne peut être invoqué dans cette observation.

Injection de lipiodol intra-utérin. — M. *Claude Béclère* apporte à la Société 100 observations qui sont rapportées par M. *Grégoire*. Cette méthode montre aussitôt une déviation utérine, ou d'une tumeur pelvienne voisine La question la plus intéressante est l'étude de la perméabilité tubaire. Celle-ci semble en effet être une des causes les plus importantes de la stérilité féminine. L'oblitération peut être isthmique, ou au niveau du pavillon. La salpingo-utérostomie avec résection du fragment oblitéré peut être utilisée. La perméabilité tubaire ainsi obtenue persiste et Cotte (de Lyon) rapporte cinq grossesses sur quinze interventions.

M. *P. Duval* dit qu'on a déja publié trois cas de mort par inflammation pelvienne à la suite d'injection de lipiodol dans l'utérus.

M. *Proust* dit qu'image lacunaire ne veut pas dire image néoplasique.

M. *Picot* montre que quelquefois, quand on radiographie les malades plusieurs heures après, on peut déceler une perméabilité tubaire passée inaperçue.

Ulcéro-cancer de l'estomac. — M. *P. Duval* et *Moutier* croient que l'ulcéro-cancer est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement. Les statistiques sont extrêmement différentes et varient de 0 à 100 %. Les interprétations histologiques sont extrêmement variables. Les auteurs, sur des coupes revues à quinze ans de distance, ont eu ainsi eux-mêmes des avis différents. Actuellement, on admet que, dans l'ulcéro-cancer, les berges de l'ulcère sont à pic : le fond ulcéreux est peu ou point envahi, tanddis que le cancer ulcérisé présente les caractères inverses. D'ailleurs, il peut exister au niveau de l'ulcère des réactions adénomateuses, ou même conjonctives épithéloïdes qui peuvent être prises pour des néoplasmes.

De 1908 à 1914, le pourcentage est de 44 %. De 1919 à 1927, de 3,5 %. Aussi les auteurs ont-ils repris la première statistique et après cette révision, le pourcentage est de 25 %. Il reste cependant une différence profonde, mais on opère à l'heure actuelle beaucoup plus tôt les ulcères.

Il y aurait une différence suivant la localisation de l'ulcère. Suivant les auteurs, la cancérisation est beaucoup plus fréquente dans l'ulcère du pylore que dans l'ulcère de la petite courbure.

M. *Lecène* montre qu'il est plus intéressant de savoir reconnaître s'il s'agit d'un ulcère calleux ou d'un cancer.

Or sur 63 gastrectomies ainsi faites, il y avait quinze cas de cancer vrai. Il recommande donc, dans tous les cas douteux de faire la gastrectomie systématique.

G. MENEGAUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1928.

L'organisation de l'hygiène en France. — M. *Chauffard* demande qu'il soit établi un ministère de l'hygiène dans le fonctionnement duquel la politique ne joue aucun rôle, qui soit muni de moyens d'action puissants et doté de larges crédits.

Après une discussion à laquelle prennent part notamment MM Chauffard, Léon Bernard, Strauss, Roux, Bard, les vœux sont adoptés avec quelques modifications de détail.

La vaccination antidiphtérique. — M Jules *Renault* expose les conclusions de la Commission ministérielle de l'Hygiène et du Travail sur ce sujet. Ces conclusions sont les suivantes ;

1° La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de l'Institut Pasteur confère une immunité qui s'établit en six semaines et persiste indéfiniment.

2° Elle est d'une innocuité absolue ; elle provoque dans quelques cas une réaction locale et une réaction générale de très courte durée, sans aucun danger, et d'autant plus rares que l'enfant est plus jeune ; ne contenant pas de sérum, l'ana-

toxine peut être injectée sans préoccupation d'un traitement sérothérapique antérieur ou ultérieur ;

3° Elle peut être faite à tous les âges, mais doit être appliquée à tous les enfants qui sont beaucoup plus souvent atteints par la diphtérie que les adultes ;

4° Elle doit être recommandée dès la fin de la 1re année parce que la diphtérie est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes ;

5° Une propagande ardente et continue sera préférable à une obligation légale, elle présentera aux familles la vaccination antidiphtérique sous son vrai jour, c'est-à dire non comme une nouvelle servitude, mais comme un bienfait de la science, dont l'application générale conduirait à la disparition d'un terrible fléau.

Sept cas d'amibiase pulmonaire en un an et demi dans une localité de la banlieue parisienne. — MM. ***E. Grasset*** et ***G. Fourquier***, ayant eu l'occasion de rechercher et de constater la présence d'amibes dysentériques dans les expectorations de deux malades infectés aux colonies, se sont avisés de pratiquer la même recherche dans toutes leurs analyses de crachats ultérieures ; or, cinq fois, chez des malades n'ayant que des antécédents vagues ou totalement nuls, et présentant les formes cliniques des affections thoraciques aigues ou chroniques les plus banales en même temps que les plus variées, les plus graves, les plus étendues, ils ont eu la surprise et l'étonnement de trouver cette recherche positive ; le succès rapide, certaines fois cliniquement paradoxal du traitement anti-amibien a confirmé le diagnostic.

Ils insistent sur la nécessité primordiale qui découle désormais de ces constatations, de pratiquer précocement l'examen bactériologique des crachats de toutes les affections thoraciques, et de le pratiquer « à l'état frais » sans colorations en réalité et surtout sans les avoir laissé refroidir, l'abaissement de la température faisant, comme on sait, cesser, les mouvements des amibes et rendant leur diagnostic beaucoup plus aléatoire.

M. ***Imbert***. — Etude histologique de la greffe osseuse.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 mars 1928.

Fibrome et grossesse méconnue. Hystérectomie. — M. ***H. Blanc*** en communique trois observations. Dans ces cas, rien ne pouvait faire soupçonner la grossesse qui ne fût reconnue qu'après l'opération.

Fibrome évoluant après trois grossesses. Hystérectomie à propos de la quatrième grossesse, à la demande de l'accoucheur. — M. ***H. Blanc*** communique cette observation dans laquelle il fut obligé de pratiquer l'hystérectomie, car la myomectomie était impossible.

Adénopathie inguinale et lésions du col de l'utérus. — M. ***Brodier*** déclare que l'adénopathie inguinale dans les lésions du col de l'utérus est loin d'être un fait exceptionnel. Les dissections anatomiques et l'anatomie pathologique en démontrent la possibilité. Les observations cliniques en sont nombreuses ; mais, si, dans les lésions cancéreuses du col, l'adenopathie inguinale est peu fréquente, par contre, dans les lésions vénériennes, l'adénite n'est jamais pelvienne, mais toujours inguinale.

L'ossification et la réparation des fractures. Contribution à l'étude de la consolidation accélérée des fractures. — M. ***Massart*** fait un rapport sur un travail de M. ***Crétin*** (du Mans). L'étude histochimique de l'ossification montre que le muscle intervient dans la construction de l'os et que tous les éléments qui servent à l'édification du squelette se retrouvent dans le muscle et le tendon. Ces minéraux sont véhiculés par des albumines et les plus importants sont le phosphore et le calcium. Dans la réparation des fractures, c'est sous l'influence du silicium que le cal se prend en masse et durcit. L'auteur apporte une série d'observations de malades atteints de fractures auxquels on a donné des comprimés de silicium et dont la réparation osseuse a été très rapide.

Les bases du traitement de la stase intestinale chronique. — M. ***V. Pauchet*** fait un rapport sur un travail de ***Sir Arbuthnot Lane*** (de Londres). L'auteur déclare que l'une des causes de la constipation chronique est l'habitude prise par les hommes civilisés de n'aller à la selle qu'une fois par jour ; et qu'il est nécessaire de rééduquer les individus, et principalement les enfants, pour les habituer à avoir une selle après chaque repas.

Kyste hydatique du foie. Choc anaphylactique sévère après intervention. — M. ***Bressot*** communique l'observation suivante : opération pour un kyte hydatique ; formolisation du kyste ; nécessité d'ouvrir la poche. Dès la fin de l'opération, choc anaphylactique très grave avec réaction urticarienne généralisée. Guérison.

L'auteur insiste sur les variations des réactions biologiques qui prouvent une sensibilisation antérieure. Il pense que la rapidité des phénomènes de choc est due à l'absorption du liquide hydatique au niveau de l'épaisse tranche de section hépatique, et conseille, avec Lemaire, l'adjonction au formol de sulfate de soude ou d'alcool, substances modificatrices des albumines du liquide hydatique et dont l'absorption serait la cause de la sensibilisation antérieure.

A propos de la rachianesthésie. — M. ***Haller*** communique sa statistique et sa technique opératoire. Il emploie la stovaïne. La rachianesthésie est contre-indiquée chez les shockés et les hémorragiques ; elle rend de grands services dans les opérations abdominales de longue durée par le silence abdominal qu'elle procure.

Le traitement des paraplégies pottiques. — MM. ***R. Massart*** et ***R. Ducroquet*** communiquent une observation de paraplégie pottique dans laquelle ils ont, après repérage exact par la radiographie, pratiqué une costo-transversectomie et ponctionné directement l'abcès médiastinal. Guérison de la paraplégie en une semaine ; plaie cicatrisée par première intention.

Plaie pénétrante étendue du coude avec luxation de dix centimètres d'humérus et délabrements épiphysaires. Opération. Guérison. — M. ***Muller*** communique cette observation dans laquelle le résultat fonctionnel est excellent.

La coli-bacillurie. Etiologie, symptômes et diagnostic. — M. ***Luys*** expose l'état de nos connaissances actuelles sur cette maladie fréquente et, en particulier, le polymorphisme de sa symptomatologie.

Un cas de rein mastic. — M. ***Lauret*** communique une observation de cette forme assez rare de dégénérescence tuberculeuse du rein. L'évolution est silencieuse. L'aspect de la radiographie, qui montre des ombres arrondies très foncées, à contour flou, très différentes des taches données par les calculs, permet de poser le diagnostic. La néphrectomie, dans ces cas, est indispensable ; car cette tuberculose silencieuse n'est pas nécessairement éteinte.

Trois cas d'extraction de balle de revolver. — M. ***Bourguet***. — Les projectiles étaient situés : dans le premier cas, dans la cavité orbitaire ; dans le second, dans le ventricule latéral gauche ; dans le troisième, au-dessus de la tente du cervelet. Ces projectiles ont été extraits avec succès.

Sur un cas de torsion de fibrome utérin s'accompagnant d'appendicite aiguë. — M. ***Lutaud*** communique cette observation rare. Intervention d'urgence ; appendicectomie ; hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

REVUE DE PRESSE DEPARTEMENTALE ET COLONIALE

Diagnostic.

L'œil au beurre noir sans traumatisme (cellulite orbitaire spontanée) dépend de causes diverses. (Bosc, *Gazette médicale de France*. 15 février 1928) : furoncle de la lèvre supérieure, lésions dentaires (accident de la dent de sagesse ou périostite au niveau des grosses molaires), érysipèle de la région, sinusite, infection générale (grippe). L'oculiste précisera s'il s'agit d'une anodine cellulite ou d'une redoutable thrombo-phlébite des veines orbitaires (prélude de la thrombo-phlébite du sinus caverneux et de l'infection méningée mortelle).

Le radio-diagnostic fait des progrès marqués dus au perfectionnement de l'appareillage. (J. Cluzet, *Journal de médecine de Lyon*, 20 décembre 1927.) 1° Les *anti-diffuseurs* (modèles Potter-Bucky, Akerlund) consistent essentiellement en une grille de plomb destinée à arrêter les rayons X secondaires ou diffusés, produits dans les tissus du sujet pendant la pose et qui donnent un voile aux clichés ; la netteté et les contrastes des images deviennent remarquables. 2° Les *radiographies en série* (radiographie radioscopique) sont intéressantes dans le diagnostic des lésions de l'œsophage, du duodénum et du côlon ; le sélecteur de Béclère permet d'obtenir de quinze à vingt clichés à la minute. 3° La *télestéréo-radiographie* fournit des précisions sur la localisation des corps étrangers, les affections du squelette et les foyers pulmonaires ; le dispositif de Dioclès pour radiographie stéréoscopique à grande distance (2 m. 50) donne, en moins d'une seconde, les deux clichés successifs d'un couple stéréoscopique.

Epidémiologie.

L'épidémie de fièvre jaune qui règne au Sénégal fait jeter un cri d'alarme au *Maroc-Médical* (15 décembre 1927) ; l'article de P. Remlinger met bien en relief les points suivants, très importants, car de l'intégrité sanitaire du Maroc dépend celle de la Méditerranée. 1° Le Maroc n'a jamais encore été visité par la maladie. 2° Tout s'y trouve réuni pour favoriser le développement de la fièvre jaune si un cas venait à y être importé ; le stegomya fasciata y étant extrêmement abondant, le virus rencontrerait les mêmes conditions favorables à sa conservation et à sa dissémination qu'au Sud, sur la côte occidentale française. 3° Le seul mode de propagation possible est la voie maritime classique. 4° Dans les grands ports la lutte devrait être dès maintenant entreprise contre le stegomya (larves et adultes) afin de diminuer son extrême abondance ; mais elle commencera dès le temps de paix, c'est-à-dire dès la saison froide ; il importe de prévoir dans les hôpitaux des cabines grillagées permettant de soigner les malades à l'abri des piqûres de moustiques ; il est aussi indiqué de constituer à l'avance, quelle que soit l'opinion qu'on en ait, une petite provision de vaccin de Noguchi et de serum anti-amaryllique. Dans le doute, c'est-à-dire tant que le diagnostic est hésitant et en attendant les résultats du laboratoire, il vaut mieux traiter en cabine grillagée plusieurs cas de spirochétose ictéro-hémorragique ou de fièvre bilieuse hémoglobinurique que de laisser piquer la nuit par des stegomya un seul cas de fièvre jaune.

Voies respiratoires.

Les formes frustes de la coqueluche sont signalées très brièvement dans les traités modernes de médecine ; Duverger insiste, dans la *Gazette médicale de Nantes* (15 février 1928), sur les signes atténués, isolés ou modifiés. La toux est le symptôme capital et, bien qu'elle puisse sembler banale à

un examen superficiel, elle présente des caractères spéciaux qui permettent de faire, sinon un diagnostic, du moins des réserves : 1° La *La toux en deux temps* se compose de deux accès, faits de quelques secousses expiratrices, courtes, pressées, saccadées et séparées par une pause de deux ou trois secondes. 2° La *prédominance nocturne* est aussi un bon signe. 3° La *persistance* pendant plusieurs semaines, sans signes d'auscultation, est un élément de diagnostic tardif, mais important.

Dans les broncho-pneumonies infantiles graves, le ballon d'oxygène de 30 litres donne des résultats bien minimes et doit céder la place au tube d'oxygène industriel, qui permet de pratiquer l'oxygénation permanente (Deshayes, *Gazette médicale de France*, 15 février 1928). Le procédé se bornant à enrichir l'air inspiré et non à faire respirer de l'oxygène pur, on installe au-dessus de la tête du petit malade, une espèce de tente ouverte en avant et sous laquelle débouche un simple tube de caoutchouc relié au détendeur. On règle le débit sur un sifflement discret, qui correspond à trois ou quatre litres à la minute ; l'oxygénation est assurée pour trente-six heures avec le tube d'un mètre de haut et pour quatre jours avec le tube de deux mètres. L'oxygène n'est pas un agent curateur direct, mais il empêche le petit malade d'asphyxier et diminue le travail imposé au cœur.

Tube digestif.

Dans les maladies de l'œsophage, la radioscopie doit toujours précéder l'œsophagoscopie. (A. Sargnon, *Journal de médecine de Lyon*, 5 janvier 1928), car il faut éliminer toute dilatation aortique sur le parcours crosse-diaphragme. Dans les compressions par lésions vasculaires, les rayons X seuls sont à utiliser, l'œsophagoscopie est contre-indiquée. Dans les sténoses (aiguës ou chroniques, fonctionnelles ou organiques) les deux méthodes se complètent ; la radioscopie en précise le siège, l'œsophagoscopie en détermine le degré, la nature et le traitement.

Oto-rhino-laryngologie

Deux observations d'opérations endo-nasales confirment la nécessité de la collaboration des spécialistes (Beynes, *Gazette médicale limousine*, décembre 1927). Le premier malade, atteint depuis très longtemps de poussées aiguës d'iritis attribuées successivement à toutes les étiologies classiques, a été guéri complètement à la suite d'une intervention endo-nasale ayant consisté dans l'ablation de deux volumineux cornets inférieurs et d'un gros polype muqueux du méat moyen gauche. Une seconde observation montre qu'en bien des cas l'oto-rhino-laryngologie peut être l'utile instrument de la thérapeutique du praticien de médecine générale ; la malade, atteinte de céphalées violentes et rebelles qui l'avaient menée à un véritable état neurasthénique, s'est vue soulagée complètement par la résection d'une déviation haute de la cloison ; il existait une sinusite frontale chronique, entretenue par l'oblitération partielle du canal fronto-nasal droit, oblitération due à la déviation de la cloison.

Urologie.

La cystostomie a pour première conséquence de diminuer la pression intravésicale et d'abolir les contractions du muscle vésical et les douleurs intolérables engendrées dans certaines cystites rebelles (Jean Kœhrenn, *Strasbourg médical*, 20 octobre 1927) ; elle décongestionne les organes du petit bassin, la prostate notamment, qui, après un drainage plus ou moins prolongé, est susceptible de régresser dans une certaine mesure ; d'autre part, elle représente un moyen rationnel et efficace pour enrayer l'infection vésicale et rénale, agit favorablement sur les organes situés en amont et en aval de la vessie et améliore ainsi la fonction uréique des reins. La cystostomie est indiquée dans les

troubles mécaniques (hypertrophie prostatique, traumatisme de l'urètre, rétrécissement, etc.), dans les hémorragies vésicales, dans les cystites douloureuses, dans les infections vésicales et rénales, et enfin dans les intoxications d'ordre urémique, chez les prostatiques notamment.

Maladies vénériennes.

Le drainage filiforme est le traitement de choix de l'adénite suppurée (Longin, *Bourgogne médicale*, novembre 1927) ; la technique en est simple : une aiguille un peu longue et un peu grosse (11/10 de millimètre de diamètre), une aiguille à ponction lombaire par exemple, est traversée par un crin de moyenne grosseur, qui n'en n'affleure pas l'orifice ; on transperce la collection suppurée en piquant en peau saine, en sortant en peau saine et en tunnellisant le trajet sous un centimètre de peau au moins ; on tire le crin ; on le maintient par deux bandes de leucoplaste et on panse à plat ; la guérison est rapide (de quatre à quinze jours). Il est préférable de drainer de façon précoce, avant même la fluctuation franche.

Varia.

S'il est vrai de dire, en théorie, que la recherche et la connaissance des causes sont le but essentiel, il n'est pas douteux qu'en pratique l'étude attentive des effets est non seulement souvent la seule possible, mais encore qu'elle est la plus facilement utilisable, parce que les effets, résultats des causes en action, mettent souvent en évidence, comme des réactifs délicats, des influences dont on ne soupçonnait même pas l'existence. (L. Bard, de Lyon).

L'encéphalite sensibilise certains cerveaux à la psychose en réveillant de lointaines aptitudes héréditaires au délire. (A. Hesnard, de Toulon).

Aucun malade urinaire ne peut être considéré comme examiné si le chirurgien n'a exploré sa prostate, ses vésicules séminales, son déférent, son bas-fond vésical, par un toucher rectal méthodiquement conduit. (H. Blanc, de Bordeaux).

La réussite d'une cure hydro-minérale nécessite la collaboration de deux médecins : le médecin habituel et le médecin thermal (Merklen, d'Aix-les-Bains).

En matière de thérapeutique esthétique on n'a pas le droit de remplacer une difformité par une autre. Raisonner autrement c'est s'inspirer de la psychologie de Gribouille. (Houlié, de Rouen).

J. Lafont.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'Eumictine

« Apte servabis urethras »
(*Ecole de Salerne*).

Les préparations à base de santal sont fort nombreuses. Mais les praticiens avouent qu'ils les prescrivent avec un résultat et surtout une tolérance assez variable. Ils se plaisent à préférer l'eumictine, essentiellement constituée par le *santalol*, chimiquement défini C 15 H 16 O, alcool primaire, représentant le principe actif du santal, efficace aux doses les plus faibles, comme modificateur parfait de la muqueuse uro génitale, extincteur des purulences, clarificateur parfait de la secrétion rénale et sédatif du ténesme vésico-urétral. L'adjonction de deux précieux antiseptiques urinaires, le *salol* (agissant par ses principes phéno-salicylés à l'état naissant) et l'*hexaméthylène-tétramine* (par son acide formique également naissant) vient corroborer le pouvoir du santalol contre les uropathies.

Toutefois, il nous semble équitable d'observer que la supériorité thérapeutique de l'eumictine est due surtout à la haute qualité de ses composants. Nous comprenons mieux, ainsi, que cette association de *remèdes parallèles* soit utilisable, non seulement au déclin des processus inflammatoires, mais même comme *polyvalent* métatrophique des phlegmasies aiguës. En attendant que les méthodes vaccinales aient droit de domicile incontesté dans la pratique l'eumictine doit demeurer longtemps à la tête de la médication antigonococcique parce qu'elle modifie activement la blennorragie à ses diverses périodes, tout en garantissant l'estomac, l'intestin et le filtre rénal contre toute irritation. Amendement de la souffrance, des érections et de l'écoulement, absence de néphralgie et d'exanthèmes intempestifs, élimination prompte et régulière de l'essence, oxydée dans le sang, en même temps que des éléments naissants formo-phéniques, voilà, en résumé, la signature du meilleur *modificateur centrifuge* uro-génital. Il détermine non seulement, l'abortion gonococcique (en créant rapidement un milieu humoral dans lequel les agents microbiens ne prolifèrent plus), mais aussi l'accroissement du pouvoir défensif des *cellules de revêtement* urétral, ce qui fournit une solide assurance contre les tristes complications ou conséquences de l'intrusion du gonocoque dans notre organisme, engendrant la *gonococcémie*.

On peut, de ce qui précède, supputer la largeur du champ d'action dévolu à l'eumictine. L'importance de son pouvoir décongestif et analgésique découle de sa valeur balsamo-antiseptique. Comme corollaire d'activité, les pyuries cysto-prostatiques, hématuries, dysuries, oliguries ou pollakiuries, catarrhes de la vessie, hypertrophie de la prostate (avec incontinence ou rétention) trouvent une amélioration prompte et souvent la guérison dans cette ingénieuse fédération des bienfaiteurs uro-génitaux les plus incontestés.

Ce que j'ai couramment observé, chez les sujets traités par l'eumictine c'est la disparition des troubles nerveux et des désordres cérébraux qui accompagnent les lésions de la sphère génito urinaire, surtout (ce qui est aussi la règle) lorsqu'il y a déchéance sexuelle. On sait que les phobies et obsessions dépressives, avec amoindrissement du moi, inquiétude, mésestime, agitation anxieuse ou hypocondriaque (poussée parfois jusqu'au délire et à la vésanie) sont constamment signalées par les spécialistes, comme complications de ces lésions ; c'est ce qui faisait jadis dire à Riccord : « la chaudepisse est une maladie mentale ». Faites disparaître les symptômes pathologiques obsédants qui empêchent le malade d'avoir confiance en sa guérison ; vous restaurerez ainsi l'euphorie physique et mentale. C'est dans ce sens qu'un praticien célèbre a pu dire que l' « eumictine » est un excellent agent de la psychothérapie ».

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 13 LE NUMÉRO: 50 Centimes 31 MARS 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies........... 40 fr.
Etudiants..................... 30 fr.
Belgique...................... 45 fr.
Étranger { 1re zone .... 70 fr.
Étranger { 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de Médecin des hôpitaux.* (Admissibilité). — Sont déclarés admissibles : MM. les Drs Decourt, 72 pts 1/2 ; Coste 71 1/2 ; Mme Fontaine 71 ; MM. Levesque 70 1/2 ; Pichon, 70 1/2 : Janet, 70 ; Pollet, 70 ; Debray, 69 ; Bariéty, 64 ; Hillemand, 68 ; Lelong, 67 1/2 ; Clément, 67.

MM. Girot, Bocage et Rachet qui ont obtenu également 67 pts sont *ex æquo* d'admissibilité.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 25 avril 1928, à 16 h. 30, à l'Hôtel Dieu.

Composition provisoire du Jury : MM. les Drs Ravaut, Milian, Laffitte, Hudelo, Tissier, Lesage, Carnot, Darré, Grenet, Renaud (Mce) et Desmarest.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Médecine opératoire. — Séance du 22 mars — Questions traitées : Ligature de l'artère iliaque externe. Désarticulation du poignet. — MM. Maurer 26, Charrier 29, Soupault 27, Senèque 29, Oberlin 28, Michon 27, Bloch (René) 25, Huet 22, Vhalheimer 21

Les autres candidats se sont retirés.

Sont admis à subir la 3e épreuve : MM. Charrier 49 points, Senèque 48, Maurer 45, Michon 45, Oberlin 44, Soupault 43.

Epreuve clinique. Séance du 23 mars. MM. Michon 19, Maurer 19, Senèque 20, Charrier 20.

MM. Oberlin et Soupault se sont retirés.

A la suite de ce concours MM. Charrier et Senèque sont nommés chirurgiens des hôpitaux.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Notes obtenues (anonymat). Epreuve écrite : MM. Boissier 29. Crocquefer 25, Lattès 27, Merville 24, Mlle Pommay 23, M. Vilenski 28.

Consultation générale écrite : MM. Boissier 16 ; Crocquefer 18 ; Lattès 16 ; Merville 17 ; Mlle Pommay 13 ; M. Vilenski 19.

Consultation écrite dentaire : MM. Boissier 16, Crocquefer 13, Lattès 16, Merville 14, Mlle Pommay 17. M. Vilenski 15.

Sont déclarés admissibles : MM. Vilenski 62 points, Boissier 61, Lattès 59, Crocquefer 56.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles Dujarrier, directeur des travaux scientifiques.) — *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par le Dr Raymond Leibovici, prosecteur, commencera le lundi 30 avril 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Chirurgie des plaies des membres. A. Lésions des parties molles. Plaies des muscles : excision, suture primitive ou secondaire. Plaies des tendons : suture primitive et secondaire, greffe. Plaies des nerfs : suture et greffe. Plaies des vaisseaux : découverte large des vaisseaux profonds, ligatures et sutures artérielles. — 2° Chirurgie des plaies des membres (suite). — B. Lésions du squelette. Plaies articulaires : suture, arthrotomie. Fractures articulaires ouvertes. Fractures compliquées : fermeture primitive ou secondaire, indications de l'ostéo-synthèse, amputation. Broiements des membres : les amputations dans la pratique courante. — 3° Chirurgie des suppurations des membres : Panaris, phlegmons de la main, phlegmons diffus, adéno-phlegmons, hygromas suppurés. Arthrites suppurées : arthrotomie et résections. Ostéomyélite aiguë ; gangrène gazeuse. — 4° Chirurgie des fractures du crâne : Trépanations (exploratrice, large, décompressive, sous temporale). Plaies crânio-cérébrales. Trachéotomie. — 5° Chirurgie des traumatismes abdominaux : Plaies et contusions de l'abdomen : suture et résection intestinale, suture du foie, splénectomie, néphrectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-laparatomie. — 6° Chirurgie des hernies étranglées : Hernies crurales, inguinales, ombilicales. Traitement de la gangrène herniaire. — 7° Chirurgie de l'occlusion intestinale : Indications opératoires. Anus cœcal. Anus iliaque temporaire ou définitif. Court-circuit. Traitement de l'invagination intestinale. — 8° Chirurgie des péritonites aiguës : Appendicite aiguë, perforation des ulcères gastro-duodénaux (suture, gastro-entérostomie, excision). — 9° Chirurgie d'urgence du thorax : Plaies pleuro-pulmonaires, plaies du cœur. Pleurésies purulentes. — 10° Chirurgie d'urgence urinaire : Cystostomie. Rupture traumatique de l'urètre. Infiltration d'urine. Abcès de la prostate.

Exercice illégal de l'ophtalmologie. — M. Roger d'Ausan, qui traite, sans posséder le diplôme de *docteur en médecine*, la myopie, était poursuivi, devant la dixième chambre correctionnelle pour exercice illégal de la médecine, par le syndicat des médecins oculistes.

Les docteurs Balthazard et de Lapersonne vinrent déclarer que la myopie était une maladie, puisqu'elle évoluait et pouvait être soignée. Par contre, le professeur d'Arsonval affirma que c'était un défaut physique.

Après plaidoirie de Mes Cathala et Python, et réquisitoire du substitut Hurbaux, le tribunal s'est prononcé pour la maladie et a condamné M. Roger d'Ausan à 100 francs d'amende et 5.000 francs de dommages-intérêts.

Hospices d'Orléans. — Un concours sera ouvert aux hospices d'Orléans, le 26 juillet 1928, à 14 heures, pour cinq places d'internes titulaires, et deux places d'internes provisoires.

Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur des dits hospices.

Asile national des convalescents de Saint-Maurice (Seine.) — *Concours d'internat.* — Le nombre des places mises au concours est fixé à trois. Les épreuves auront lieu le jeudi 19 avril 1928. Les inscriptions seront reçues à l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine), jusqu'au 12 avril 1928, à midi.

Faculté de médecine de Bordeaux. (Clinique d'oto-rhino-laryngologie du professeur Portmann) — Le cours annuel d'anatomie pathologique oto-rhino laryngologique aura lieu du 7 au 19 mai 1928, sous la direction du professeur Portmann. Il comprendra des conférences théoriques sur : L'histologie des organes de la spécialité ; les différents processus inflammatoires et néoplasiques en général ; et sur les affections oto-rhino-laryngologiques.

Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces macroscopiques et microscopiques accompagneront ces conférences. On est prié de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, place de la Victoire, Bordeaux. Droit d'inscription : 150 francs.

Amphithéâtre d'anatomie (1928.) — *Conférence de technique chirurgicale* (avril-mai 1928, à 16 heures.) — Cette conférence sera gratuite, mais ne comportera aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

Chirurgie opératoire des fractures (9 leçons), par M. le Dr Charles DUJARIER, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

Lundi 23 avril, 1re leçon : Fractures du tibia ; Jeudi 25 avril, 2e leçon : Fractures de l'avant-bras ; Vendredi 26 avril, 3e leçon : Fractures de l'humérus ; Lundi 29 avril, 4e leçon : Fractures du fémur ; Jeudi 1er mai, 5e leçon : Fractures et pseudarthroses du col ; Vendredi 2 mai, 6e leçon : Fractures de la clavicule, olécrâne, rotule ; Lundi 5 mai, 7e leçon : Chirurgie des ménisques du genou ; Jeudi 8 mai. 8e leçon : Réfection des ligament croisés du genou ; Vendredi 9 mai, 9e leçon : Les greffes osseuses (ostéo-périostiques, Albee.)

Faculté de médecine de Lyon. — Le prix quinquennal Riboud (12.500 fr.) vient d'être décerné au Dr Charles GARDÈRE, médeciu des hôpitaux.

Médaille des épidémies. — La médaille en or est décernée au Dr SALLARD (de Mogador.)

Faculté de Bordeaux. — La chaire de clinique d'accouchements de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les emplois d'agrégé de la faculté de médecine de l'université de Montpellier ci-après désignés sont déclarés vacants : Médecine. 2.

Ecole de médecine de Marseille. — Un concours s'ouvrira le lundi 22 octobre 1928, à l'école de médecine de Marseille pour l'emploi de chef de travaux de physique générale et biologique à ladite école.

Le registre des inscription s sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole française de stomatologie. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : 1° la clinique générale des maladies de la bouche et des dents ; 2° des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ; 3° des travaux pratiques de technique opératoire de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au : Dr Bozo, directeur de l'école, 20, passage Dauphine, Paris.

Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer. — L'Assemblée générale de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer a eu lieu dimanche 4 mars.

Le bureau pour l'année 1928 se compose : Professeur BRUSCHETTINI, président ; Dr Joseph THOMAS, FOVEAU DE COURMELLES, LECOURT, vice-présidents ; Dr SIMIONESCO secrétaire général ; Dr de MORSIER, secrétaire trésorier.

Elections législatives. — Dans le département du Puy-de-Dôme qui est partagé en huit circonscriptions six médecins sont candidats aux élections législatives.

— Le Dr MARCOMBES, maire de Clermont, radical, est candidat dans la première circonscription de Clermond-Ferrand.

— Le Dr BESSERVE, conseiller général, républicain socialiste, est candidat dans la deuxième circonscription de Clermond-Ferrand.

— Le Dr ROY, conseiller général et maire de Rochefort-Montagne, radical, est candidat dans la troisième circonscription de Clermont-Ferrand.

— Le Dr CHASSAING, député sortant, radical-socialiste, est candidat dans l'arrondissement d'Ambert.

— Le Dr GODONNECHE, maire de Bagnols, Union nationale, est candidat dans l'arrondissement d'Issoire.

— Le Dr ANDRAUD, conseiller général, radical, est candidat dans la deuxième circonscription de Riom.

IVe Réunion internationale de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles. (Lyon 3-6 avril 1929.) — Les questions à l'ordre du jour de la IVe réunion de la Commission internationale permanente des maladies professionnelles sont les suivantes : Silicose, trois rapporteurs, Etiologie : M. le Dr MAVROGORDATO (Johannesbourg) ; Clinique : MM. les Prof. BOEHME (Bochum) et THIELE (Dresde) ; Législation (M. le prof. COLLIS (Cardiff) ; Pneumonoconioses : un rapporteur : M. le Prof. M. STERNBERG (Vienne) ; Cataracte d'origine professionnelle : Etiologie (un rapporteur) ; Clinique : M. le Prof. ROLLET (Lyon) ; Appareil endocrinien et intoxications, trois rapporteurs : MM. les Prof. G. BIONDI (Sienne) ; L. FERRANNINI (Cagliari) et PENDE (Gênes).

La cotisation est de 50 fr. français (France, Italie, Belgique Luxembourg, République Tchécoslovaque, Royaume des S. C. S., Espagne) et de 20 fr. or (Allemagne, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Pays-Bas, Suisse, Japon, Australie, Canada, Afrique du Sud, Norvège, Suède, Danemark, Argentine, Brésil, etc.) Elle donne droit à la participation complète au Congrès (compte rendu ; autres facilités).

La réunion, étant d'après les statuts, réservée aux personnes, associations, etc., qui seront présentées en temps utile par les membres titulaires du pays auquel elles appartiennent, tous ceux qui désirent y adhérer peuvent s'adresser à M. le Prof. Etienne MARTIN ou au Bureau de la Commission, San Barnaba, 8, Milan (114), Italie.

Nécrologie. — Dr HENRIOT, de Paris (76 *bis* boulevard Barbès). — Dr J.-J. MATIGNON. — Dr CHANDRON, âgé de 35 ans, décédé à l'hôpital militaire de Marseille. — Dr Charles ROLLIN, décédé subitement à la Chartreuse-de-Montrieux (Var), à l'age de 62 ans.

Rectification. — Dans le numéro du 25 février, page 340, à propos de la Maison des enfants de Grasse, il faut lire : « Soins attentifs et maternels dirigés par le Dr Beboul », de GRASSE et non de Cannes.

Rendons à César ce qui est à César.

Dr. *G. Sersiron.*

REVUE GÉNÉRALE

Hérédité des maladies mentales

Par le Dr BRIAND,
Médecin de la Maison Maternelle Nationale.

L'hérédité est certainement une des notions scientifiques qui ont subi les modifications les plus profondes dans le cours des vingt-cinq dernières années.

En particulier l'hérédité pathologique a cessé d'être considérée comme une sorte de force mystique frappant, plus ou moins au hasard, certains des descendants des parents tarés, à l'exclusion des autres, sautant une ou des générations pour réapparaître à nouveau sans règle apparente. Elle est considérée actuellement comme une des formes de l'hérédité en général, caractérisée par les notions de continuité et de similitude (Rabaud) (1).

Très contestée dans nombre de troubles morbides, l'hérédité a toujours été admise, par la presque unanimité des auteurs, en ce qui touche aux maladies mentales. Dans ce sens Trélat a pu l'appeler la cause des causes.

Quelles précisions ont pu apporter les données de la génétique moderne à la conception de l'hérédité mentale ? C'est ce qu'il est particulièrement intéressant de savoir quand une question comme celle du divorce des aliénés est à l'ordre du jour. M. Paul-Manceau n'a-t-il pas écrit dans sa thèse (2) : « C'est aussi au nom de la famille qu'insistent les partisans du divorce des fous. Quoique l'hérédité ne soit pas démontrée, il faut penser à l'avenir de la race. Si on l'admet, il faut séparer les conjoints afin qu'ils ne procréent pas ». Nous chercherons donc à établir succinctement le bilan de nos connaissances à ce sujet. Ceci apparaît d'autant plus nécessaire que la notion de l'hérédité des maladies mentales débordant du domaine scientifique, s'est répandue dans le roman. Elle y a reçu un développement tel que le siège de l'opinion publique en cette matière est fait et que le législateur peut ne pas échapper complètement à cette emprise.

Comment résister en effet à la fougue persuasive du Dr Pascal de Zola (3) lorsqu'il déroule devant nous l'arbre généalogique des Rougon-Macquart et nous fait suivre les manifestations de l'hérédité dans les deux branches issues de la tante Dide, l'aïeule « privée de raison » internée à l'asile des Tulettes. Comment ne pas être impressionné par le commentaire qui accompagne cette pseudo-observation médicale (références à l'appui) si l'on ne sait que la théorie, donnée par l'auteur comme un fait scientifique acquis (ou à peu près), n'avait plus au moment même où il écrivait que valeur historique. C'est en fait la théorie de l'innéité de Lucas (4) qui est mise par Zola dans la bouche du Dr Pascal.

A travers l'œuvre de Tolstoï, de Dickens surtout, on retrouve cette préoccupation de l'influence de l'hérédité psychologique. Et nous ne pouvons pas ne pas citer l'étude célèbre de Dostoievski « les frères Karamazov (5) » dans laquelle 3 ou 4 enfants d'un alcoolique invétéré excentrique, sont victimes de cette « force de la terre spéciale aux Karamazov », suivant la curieuse expression russe qui traduit la somme d'énergie vitale et de tempérament qui caractérise une famille, une race ou un peuple.

Si nous nous sommes attardés à cette étude, plus littéraire que scientifique, c'est qu'au travers de telles œuvres, l'hérédité apparaît comme un fait acquis et s'impose au grand public. Cependant la vérité est moins simple. Comme le fait remarquer Anatole France, dans une chronique littéraire du *Temps* (6), à propos de l'auteur des Rougon-Macquart : « Sa conception, qui est de montrer tous les états physiologiques et toutes les conditions sociales dans une seule famille, a en soi quelque chose d'énorme et de symétrique qui révèle chez son auteur le plus ardent idéalisme. Son point de départ n'a de scientifique que l'apparence : c'est l'hérédité. Or les lois de l'hérédité ne sont pas connues, c'est sur une fiction qu'il a fondé son œuvre. »

Les observations médicales.

Quittant le domaine de l'imagination pour rentrer dans la littérature médicale, nous y trouvons des observations qui peuvent supporter la comparaison avec les œuvres les plus osées des romanciers. Doutrebente dans ses « Etudes généalogiques des aliénés héréditaires », 1869 (7), rapporte de très démonstratives. Nous transcrivons son observation XV qui, suivie pendant trois générations, se passe de commentaires, on peut dire que pas un seul des descendants du couple taré n'échappe à la maladie (*schéma* I).

L'observation de la Maison Royale d'Espagne rapportée par Déjerine, d'après Ireland, est aussi pleine d'intérêt. Cette famille, éteinte en 1700 à la mort de Charles II épileptique et aliéné, avait commencé, en 1449, par le mariage de Jean II de Castille avec Isabelle de Portugal qui mourut folle. Dans leur descendance directe on trouve Ferdinand le Catholique qui est un mélancolique, au sens psychiatrique du mot, et Jeanne la Folle, une démente, elle fut enfermée pendant 50 ans au château de Tordecillose. Mariée à Philippe le Beau, elle eut pour fils Charles-Quint. Or Charles-Quint fut, vous le savez, un mystique et un épileptique. Marié lui-même à sa parente Isabelle, Charles-Quint eut un enfant sain, Philippe II. Mais la tare reparaît chez ses petits-fils avec Philippe III qui est fou, et, si le second petit-fils est apparemment sain, de ses deux enfants, l'un Prosper meurt jeune de convulsions et c'est avec le second, Charles II, (qui meurt aliéné), que s'éteint la famille.

Il est à remarquer que la branche bâtarde, issue de Charles-Quint, ne comporte, contrairement à celle issue de son union consanguine avec Isabelle, aucun enfant taré.

Très remarquables sont aussi les observations du prof. Pinard, rapportées par Sanson (8), et que nous résumons dans le *schéma n°* 2.

Les belles observations de Mme Minskovska récemment publiées dans les *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* et dans les *Annales médico-psychologiques* de 1923 et de 1926 feront l'objet d'un développement ultérieur.

De telles observations ne laissent guère place au doute. Il serait facile d'en citer un très grand nombre d'autres. L'hérédité dans les maladies mentales est donc un *fait certain* qui peut être considéré comme scientifiquement acquis. Mais est-ce qu'il s'agit là de *faits exceptionnels* ou est-ce là *la règle* ?

Fréquence de l'influence héréditaire dans les maladies mentales.

Si nous cherchons maintenant à nous faire une idée de la *fréquence* avec laquelle l'hérédité se manifeste dans les affections mentales nous sommes frappés par la discordance entre les chiffres donnés par les différents auteurs. Mairet et Ardin-Delteil (9) ont réuni ces chiffres en un tableau très complet (*). Le nombre de cas pour cent dans lesquels l'hérédité a été observée dans les familles d'aliénés, s'échelonne entre 4 %, avec Jarvis sur près de 100.000 malades et 90 % avec Moreau de Tours et Marcé. Un tel écart ne peut s'expliquer que par une différence de conception tant au sujet de l'hérédité que de l'aliénation mentale. Et cependant la question est d'importance, quand, il s'agit de mesures légales dont celle prévoyant le divorce apparaît comme bien bénigne, quand on sait que, depuis 1917, l'Etat

(*) Extrait du tableau de Mairet et Ardin-Delteil (p. 114, *loc. cit.*).
Proportion p. 100 des cas dans lesquels l'hérédité a été observée en aliénation mentale d'après différents auteurs.

Auteurs		Nombre de cas observés	Proportion % des cas où l'hérédité a été observée.
Esquirol	Salpêtrière	789	13.32
	Charenton	1.375	25.2
	Ivry	431	34.8
Aubanel et Thore		549	4.37
Brigham		1.181	26.67
Hood		3.668	9.59
Marcé	1er relevé	56	42.85
	2e relevé		90
Moreau (de Tours)			90
Toselli		968	62.6
Jarvis		100.000 env.	4

d'Indiana dans les Etats-Unis d'Amérique a inscrit dans ses lois la castration des aliénés incurables et des criminels incorrigibles, au nom de l'Eugénie. Il a été suivi dans cette voie par la Californie et de telles opérations ont, à l'heure actuelle, été pratiquées par centaines.

Une partie de l'écart presenté par les chiffres mentionnés revient, sans conteste, à l'inégale difficulté de l'enquête dans les familles d'aliénés, suivant *le milieu* dans lequel ont été recueillies les observations. Ainsi les chiffres d'Esquirol varient de 13,32 % à la Salpêtrière à 34,8 % à sa maison de santé particulière d'Ivry dont les malades, d'une classe plus cultivée, pouvaient donner des renseignements plus précis sur leurs ancêtres. Pour cette même raison on considère comme faible le chiffre donné par Wood et Hutchinson d'après l'étude des registres statistiques des asiles anglais, américains et allemands. Ces auteurs ont établi que, parmi les malades internés pour leur état mental, 22,6 % ont au moins un de leurs ascendants immédiats atteints de troubles mentaux.

D'autre part les moyennes extrêmes de 90 % sont certainement dues à la recherche dans les antécédents des moindres troubles psychiques ; or dans cet ordre d'idées il est fort difficile de préciser des limites : où s'arrête l'excentricité et où commence l'état normal.

Les Américains ont cherché à établir des coefficients pour définir la valeur intellectuelle et mentale des individus. Or, Ch. Davenport (10), dans un article récent, notait, non sans quelque humour, que les enfants de la Public School no 165 de New York City, présentaient, en moyenne, le coefficient 150 (100 étant par définition le coefficient normal). De telle sorte que, dit-il, si ces enfants étaient pris comme base normale, le nombre des individus déficients au point de vue mental se trouverait étrangement accru.

La position du problème apparaît donc comme particulièrement défectueuse : les termes « aliénés », « troubles mentaux » sont tellement vagues qu'on est en droit de penser que la discordance entre les chiffres des divers auteurs vient de ce que des faits sans rapports immédiats entre eux se trouvent être comparés. Comme si on cherchait à comparer au point de vue de l'hérédité, les affections de l'appareil respiratoire entre elles par exemple.

Bien plus scientifiques et fécondes apparaissent les recherches entreprises par Ball et Régis à la suite des premiers travaux de Morel.

Leur étude sur « les familles d'aliénés », publiée en 1883 (11), porte sur 400 familles d'aliénés comprenant près de 7.000 membres. Ils les comparent, au point de vue biologique (longévité, natalité, vitalité, morbidité), à 100 familles d'individus, sains mentalement, comprenant environ 2.000 individus, étudiés au même point de vue.

Nous ne pouvons que résumer brièvement cet important travail.

Ball et Régis divisent d'abord leurs malades en quatre catégories et c'est là un premier progrès : 1o folies organiques ou d'origine cérébrale (dont la paralysie générale est le type) ; 2o folies proprement dites, vésanies (manies, mélancolie, délire de la persécution) ; 3o folies névropathiques (épilepsie, hystérie, chorées) ; 4o folies toxiques (alcoolisme, saturnisme).

Les moyennes obtenues pour caractériser la *longévité*, et les *moyennes des naissances*, sont sensiblement les mêmes pour les familles des deux catégories qui nous intéressent particulièrement (folies proprement dites, et folies névropathiques), et pour les familles d'individus sains mentalement. Par contre, la longévité est plus forte dans l'ascendance des paralytiques généraux et surtout des alcooliques. Quant à la *natalité*, ou moyenne des naissances, elle est notablement plus élevée dans les familles d'alcooliques (7 naissances par famille) et de paralytiques généraux (6 naissances par famille) que dans les familles normales (4, 5 enfants par famille). La *vitalité* par contre, est faible dans les quatre catégories de malades et particulièrement dans celles qui ont la plus forte natalité. De telle sorte que celle-ci se trouve compensée et au-delà par la mortalité infantile (entre 0 et 3 ans) qui atteint jusqu'à 80 % dans la descendance des alcooliques.

L'étude de la morbidité présente aussi des points particulièrement intéressants. Dans les familles saines on trouve, avec une fréquence sensiblement égale, les affections des divers appareils de l'organisme. Dans les quatre catégories de malades, considérés par Ball et Régis, il en est tout autrement. La morbidité revêt un « cachet spécial » les états morbides des plus fréquents sont dans l'ordre : l'aliénation mentale, les maladies nerveuses, les affections cérébrales, l'alcoolisme, la phtisie pulmonaire.

Si on entre dans le détail, on s'aperçoit que c'est exclusivement dans les familles d'aliénés proprement dits (2e catégorie) que se rencontre une fréquence plus grande de cas d'aliénation mentale. Elle se trouve environ sept fois plus souvent dans ces familles que dans celles d'individus sains, de paralytiques généraux, d'épileptiques et d'alcooliques. La caractéristique des familles de paralytiques généraux et d'alcooliques serait, d'après Ball et Régis, une tendance aux affections cérébrales, particulièrement aux affections cérébrales infantiles. Les familles d'hystériques seraient de leur côté caractérisées par la fréquence des cas de nervosisme et d'hystérie.

D'après cette étude, une distinction très marquée s'accuse au point de vue de l'hérédité, entre névrose d'une part et psychose d'autre part, qui semblent comporter un processus héréditaire distinct.

Cette proposition trouve confirmation très nette dans les résultats statistiques de Diem (*). D'après cet auteur, alors qu'on note, dans l'ascendance directe d'aliénés, huit fois plus souvent des psychopathies que dans l'ascendance directe de sujets sains, les névropathies par contre s'y retrouvent deux fois moins souvent.

Mais si psychoses et névroses semblent bien, héréditairement, différentes, la conclusion générale de Ball et Régis paraît néanmoins s'imposer pour l'ensemble des maladies mentales :

« Il est évident que, par les conditions biologiques dans lesquelles on les voit évoluer, les familles des aliénés constituent en quelque sorte une classe à part dans la population d'un pays ; et plus on approfondit la question, plus on arrive à se convaincre de la différence profonde et radicale qui les sépare de leurs concitoyens. Jamais une aristocratie implantée au milieu d'un peuple conquis ne s'est plus nettement séparée par ses caractères intellectuels et physiques des populations qu'elle domine, et l'on peut dire, en toute justice, que l'aliénation mentale constitue une véritable noblesse à rebours. »

Jusqu'à ces dernières années une conclusion plus précise aurait été difficile.

L'hérédité d'après les notions récentes.

N'est-il pas possible, à la lumière des récentes découvertes, de pénétrer plus avant dans le mécanisme de l'hérédité des maladies mentales ? Pour faire œuvre eugénique féconde, il importerait essentiellement, en effet (comme l'a fait remarquer M. Houssay, professeur à la Sorbonne, devant le Congrès Eugénique de Londres), d'être éclairé sur le déterminisme des tares et sur leur conservation par l'hérédité.

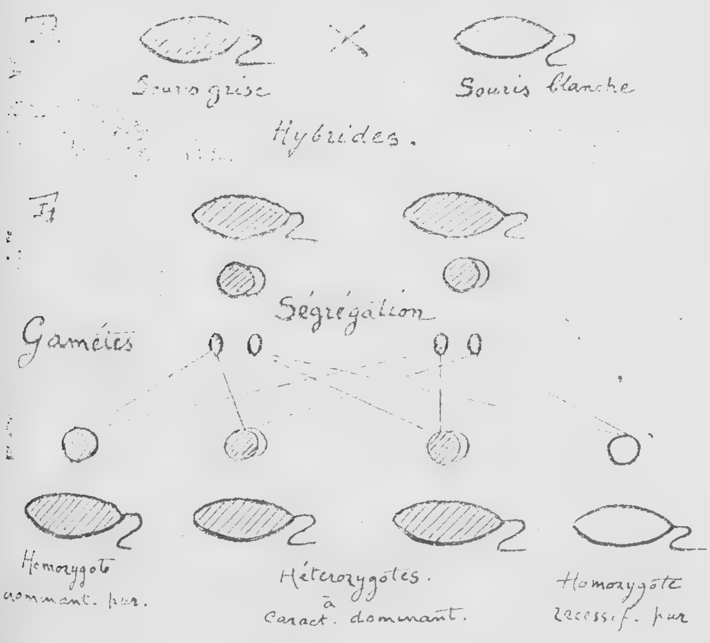
Les lois de l'hybridation découvertes par Naudin (14) d'abord, puis, indépendamment de lui, par Mendel (13) (en religion frère Gregor), dès 1863-1865, tombèrent d'abord dans l'oubli. Elles furent « redécouvertes » en 1900 par de Vries puis par Tchermak et par Correns (15) qui en apportèrent en même temps la confirmation. Ces lois ont jeté un jour nouveau sur l'hérédité en général et sur l'hérédité morbide en particulier. Leur étude fera l'objet de mises au point ultérieures, mais nous devons en dégager dès maintenant les éléments essentiels.

(*) Statistique de Diem (cité par Apert) (12). Comparaison du pourcentage de diverses affections nerveuses chez les parents de 1.563 aliénés d'une part et 2.220 sujets sains d'autre part.

	Parents d'aliénés	Parents de sujets ains
Psychopathies	19.57 %	2.34 %
Suicide	0.76 »	0.36 »
Bizarreries de caractère	15.16 »	4.37 »
Excès de boissons	16.69 »	7.63 »
Apoplexie	5.36 »	5.04 »
Névropathies	2.75 »	5.67 »

(page 240, *loc. cit.*).

Découvertes chez les végétaux, elles furent étendues aux insectes avec les remarquables travaux de Morgan et de son école sur Drosophila (cette mouche du vinaigre qui a fait couler tant d'encre) ; puis elles furent étendues aux petits mammifères. Elles paraissent tellement générales que la possibilité de leur application à l'espèce humaine ne semble pas faire de doute. Rappelons en quelques mots les lois de l'hybridation dites lois de Mendel. Le cas le plus simple, représenté par le schéma n° 3 correspond, au *croisement de deux races pures différant par un seul caractère.* Une souris grise sauvage, croisée avec une souris blanche (albinos), donne une première génération de souris grises (présentant par conséquent le caractère de l'un des parents (*). Les individus de cette première génération F1, croisés entre eux, donnent des individus gris et des individus blancs suivant une proportion constante de trois gris pour un blanc. Si, par de nouveaux croisements, nous étudions les individus de cette deuxième génération F2, nous voyons que : 1° un tiers des gris se comporte comme des gris sauvages (par exemple croisés avec des gris de race pure ils ne donneront que des gris purs) ; 2° les individus blancs de la génération F2 donnent une race pure de blancs. Quant aux deux tiers d'individus gris restants, ils se comporteront comme les hybrides de la première génération et, dans leur descendance avec des individus purs, nous verrons réapparaître le caractère blanc. Tout se passe donc comme si, à la première génération, le caractère blanc avait été dominé par le caractère gris (qu'on appelle pour cela caractère dominant) et était, quant à lui, resté caché, latent (il est dit caractère récessif). A la deuxième génération tout se passe comme si les caractères unis chez l'hybride se séparaient (subissaient une *ségrégation* suivant le terme consacré) et s'unissaient au hasard lors de la deuxième fécondation. La lecture du schéma est plus explicative qu'une longue digression (*schéma* 3).



Shéma III.

Si l'interprétation des faits ainsi donnée est exacte, il doit être possible de prévoir les résultats du croisement d'un hybride et d'un individu de race pure. Chez un individu de race pure, les gamètes ou éléments sexuels sont porteurs tous du même caractère (gris par exemple), on dit que cet individu est *homozygote*. Chez l'hybride au contraire, la moitié des gamètes sera caractérisée par le facteur gris, l'autre par le facteur blanc, on a affaire à un *hétérozygote*. La fusion au hasard des dits gamètes doit donner théoriquement 50 % d'individus gris purs et 50 % d'hybrides (*schéma* 4). Or c'est précisément cette proportion que confirme l'expérience.

(*) Ce cas n'est évidemment pas le seul, la première génération peut présenter soit un caractère intermédiaire à ceux des parents soit des caractères, reliant par une série continue ceux des deux parents.

Transportons ces résultats dans le domaine pathologique. Si une maladie se transmet héréditairement suivant les lois de Mendel le facteur morbide qui la caractérise devra suivre les mêmes lois que les caractères normaux. Deux alternatives pourront se présenter : le caractère morbide se comportera comme dominant ou comme récessif par rapport au caractère sain. En particulier on voit que, si le caractère morbide est dominant, tout sujet qui en est porteur sera cliniquement malade alors que, si ce caractère se comporte comme récessif et reste par conséquent latent chez les hybrides, il peut ne réapparaître cliniquement qu'après avoir sauté plusieurs générations (en fait lors de l'accouplement de l'hybride qui en est porteur avec un autre hybride de même nature). Une conclusion s'impose : le danger des unions consanguines dans les maladies récessives.

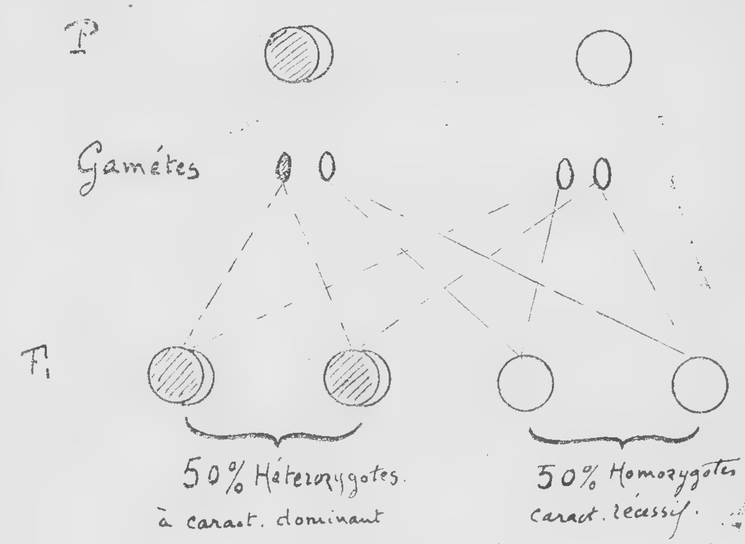


Schéma IV.

Dans l'état actuel de la science il ne saurait être question de faire une étude mendélienne des caractères normaux et pathologiques chez l'homme de l'avis même des généticiens les plus convaincus de la véracité des lois de Mendel (Guyénot par exemple) (16). Mais il est possible toutefois de relever, dans l'espèce humaine, un certain nombre de faits qui sont en parfait accord avec ces lois tant au point de vue normal que pathologique. En l'absence de tout contrôle expérimental ces conclusions ne peuvent avoir néanmoins qu'un caractère provisoire.

C'est par l'étude des phénomènes morbides chez les parents des malades qu'il pourra être déterminé si une maladie doit être considérée comme héréditairement récessive ou dominante. Un point mérite d'être précisé, il ne peut être question en tous cas que *d'hérédité similaire* ; cette notion se trouvera précisée ultérieurement.

Cette étude a été faite pour un certain nombre de maladies et elle se montre très fructueuse. Dans un domaine très voisin de celui des maladies mentales, dans celui des *maladies organiques du système nerveux*, la nature héréditaire des caractères pathologiques a pu être établie. C'est ainsi que, pour ne citer que quelques exemples, les maladies que Charcot avait groupées sous le nom de maladies familiales ont pu, pour la plupart, être classées comme dominantes ou récessives : la chorée chronique, le ptosis tardif familial, entre elles, seraient dominantes alors que la surdimutité congénitale familiale, la rétinite pigmentaire, seraient récessives.

Mais, en ce qui a trait aux maladies mentales proprement dites, comme le font remarquer le Dr. Ormerod et Sir Bryan Donkin dans leurs Harveian Orations, il y a trop de facteurs secondaires venant compliquer ces cas pour que les principes mendéliens puissent facilement se faire jour.

Dans ces cas l'enquête, à laquelle doivent se livrer les obser-

vateurs, est particulièrement difficile. Cette difficulté tient à plusieurs raisons.

Les unes sont communes à toute enquête de ce genre sur l'espèce humaine. Doivent d'abord être écartées les maladies prénatales, maladies de l'œuf, contagion dans le tout jeune âge qui en imposent souvent pour des maladies héréditaires. Le Dr Vignes a consacré à cette question une importante étude (17), Maud Slye (18) y fait aussi allusion dans un article récent. D'autre part, l'expérimentation est évidemment hors de cause, puisqu'il s'agit de sujets de l'espèce humaine, et l'observation est compliquée par l'impureté quasi constante de la race, la faible fécondité, la puberté tardive qui éloigne les générations successives, l'incertitude des croisements. Enfin on doit ajouter la variation même des conceptions médicales qui rendent sujets à caution les diagnostics relatifs à des ancêtres éloignés.

A côté de ces difficultés d'ordre général, communes à l'espèce, non moins importantes sont celles inhérentes au caractère transmis. Il s'agit d'un caractère *psychologique* donc sujet à interprétation. Suivant leurs tendances personnelles, les auteurs délimitent très différemment les maladies mentales. L'hérédité similaire apparaît comme fréquente à ceux qui, avec Bleuler, Kretschmer et l'Ecole de Zurich, n'admettent que deux ou trois maladies mentales, alors qu'elle semble rare à ceux qui, avec l'école française, admettent un grand nombre d'entités nosologiques et ceux-ci parleront d'hérédité dissemblable, d'hérédité à transformation. Ou bien avec Apert (12), dont l'autorité en matière d'hérédité est incontestable, ils admettent que le caractère transmis est non plus la maladie elle-même mais le *tempérament névropathique*, et, qu'« ultérieurement les incidents de la vie jouent un rôle important pour déclancher ou non sur ce terrain prédisposé des phénomènes morbides plus accusés caractérisant l'une ou l'autre des psychoses et des névroses ». Ce tempérament névropathique se transmettrait d'après Apert suivant les lois de Naudin-Mendel. Cette notion du tempérament névropathique apparaît comme particulièrement intéressante pour expliquer le rôle de l'alcoolisme et de la parasyphilis en hérédité. La syphilis ne donne de *paralysie générale* que chez des individus à système nerveux prédisposé (il est de notion commune qu'on ne la rencontre que chez les peuples ayant acquis un certain degré de civilisation). Le facteur héréditaire transmis aux descendants des paralytiques généraux serait non l'affection parasyphilitique elle-même, mais le fond nerveux prédisposé sur lequel la paralysie générale est suceptible de se développer. De même *l'alcoolisme* ne se pourrait produire (au même titre que les diverses intoxications d'ailleurs) que chez des prédisposés, des tarés nerveux, ayant hérédité un *tempérament névropathique*. L'alcool, comme la syphilis, jouerait d'après cette hypothèse, le rôle de *milieu* (au sens le plus compréhensif du mot), essentiellement favorable au développement de la tare nerveuse. Le caractère transmis serait l'aptitude au développement de cette tare qui recevrait une aggravation de sa propre conséquence.

C'est sur ce terrain prédisposé qu'éclateraient aussi, non seulement les psychoses mal systématisées accidentelles, toxi-infectieuses, lésionnelles (suivant la classification d'Achille Delmas) mais aussi les psychoses pures de cet auteur. Dans ce dernier ordre d'idées (19) le psychiatre anglais Mott a étudié du point de vue de l'hérédité 4.000 observations d'aliénés des asiles de Londres et leur généalogie suivie pendant trois, quatre, quelquefois cinq générations. Il arrive à cette conclusion qu'en ce qui concerne trois types d'affection mentale dans lesquelles l'apparence extérieure du cerveau ne permet pas de supposer une cause exogène aux symptômes constatés pendant la vie : dans la démence précoce, la folie maniaque dépressive, la mélancolie involutionnelle, on retrouve le facteur hérédité. Il s'appuie sur des données histologiques (lésions des réseaux intranucléaires des cellules corticales) et sur le fait que dans certaines fratries on trouve deux, trois, quatre et même cinq individus atteints de démence précoce, de folie maniaque dépressive, ou de mélancolie involutionnelle.

Par contre, pour ceux qui admettent la classification allemande, avec Bleuler, Krestchmer et l'école de Zurich, le facteur héréditaire transmis sera une *constitution morbide particulière distincte pour les quelques grands types morbides qu'ils admettent.*

Et Barrett (20), qui a étudié les facteurs héréditaires et familiaux dans le développement des psychoses conclut ainsi :

Dans la psychose maniaque dépressive, conçue dans son sens le plus large, y compris la constitution cyclothymique, le facteur héréditaire semble être plus marqué que dans aucune autre psychose : 80 % dans la statistique de Kroepelin par exemple. Il s'agit d'hérédité mentale générale plus rarement d'hérédité directe similaire.

La question des théories mendeliennes, appliquées à ces faits, ne permet pas encore d'inter préter dans quel sens elle est réalisée ici.

Dans la schizophrénie, l'hérédité semble bien jouer aussi un rôle qui paraît de plus en plus important : 53 % avec 33 % d'hérédité similaire dans la statistique de Kroepelin. *Les théories mendéliennes semblent applicables à ces cas.* Le *tempérament schizoïde* serait également fréquemment héréditaire. Pour les psychoses paranoïdes, groupe si mal délimité, il est difficile de se prononcer.

Les familles où apparait l'épilepsie ont généralement de nombreuses anomalies héréditaires. Dans la débilité mentale l'hérédité serait de beaucoup moins grande importance. De même, elle semble nulle dans la démence sénile, peu marquée dans la paralysie générale. La chorée d'Huntington, par contre, est due à une hérédité incontestable.

Mme Minskovska (21), élève de Krestchmer, a étudié du point de vue de l'hérédité deux familles suisses, suivies pendant 150 ans et issues l'une d'un aliéné et l'autre d'un épileptique. Elle a pu mettre en évidence la *constitution schizoïde* d'un grand nombre de sujets dans la première famille et établir l'existence d'une *constitution épileptoïde* analogue à celle-ci dans la famille de l'épileptique. Elle émet l'hypothèse (déjà ancienne d'ailleurs) de l'influence des constitutions l'une sur l'autre à la faveur de croisements dont elle fournit des exemples. Cette influence réciproque entraîne la complexité des manifestations morbides quelquefois difficiles à analyser de ce fait.

La solution du problème de l'hérédité dans les maladies mentales apparait, on le voit, comme particulièrement ardue, et comment en serait-il autrement, étant donné que les caractéristiques morbides sont essentiellement psychologiques donc sujettes à interprétation. Pour faire l'unanimité, il serait nécessaire de trouver des caractéristiques *biologiques* (particulièrement endocriniennes et végétatives) ou *neurologiques* aux maladies mentales.

Les recherches de Wilczkovski sur les groupes sanguins des aliénés, qui font suite aux travaux d'Hirtzfeld (transmission des groupes sanguins chez les sujets normaux) sont entreprises dans cet esprit qui est aussi celui de la médecine morphologique. Cette manière de voir nous rapproche de la notion ancienne des stigmates.

Si on admet, avec Morgan et ses élèves, que les caractères biologiques (normaux et morbides) sont portés par les chromosomes, que d'autre part l'ensemble des caractères (normaux et morbides) portés par le même chromosome suit le sort de celui-ci lors de la maturation et de la fusion des cellules sexuelles, rien ne s'oppose à la substitution aux caractères morbides psychologiques d'interprétation difficile, de caractères biologiques d'interprétation plus objective et plus faciles à suivre de génération en génération. L'orientation dans cette voie permet d'entrevoir des conclusions beaucoup plus précises que celles obtenues jusqu'ici.

BIBLIOGRAPHIE

(1) RABAUD. — Art. *in* Traité de physiologie de G.-H. Roger et l'Hérédité (Paris, Colin, édit.)
(2) Paul MANCEAU. — Divorce et maladie (Thèse de Paris).
(3) ZOLA. — Le Docteur Pascal.
(4) LUCAS. — L'hérédité naturelle, 1847 (Paris, Baillière, éd.).
(5) Les frères Karamazov ont fait l'objet d'une thèse de Lyon, 30 juin 1927 par le Dr LIPSKI.
(6) Anatole FRANCE. — La vie littéraire, tome IV.
(7) DOUTREBENTE. — Etudes généalogiques sur les aliénés héréditaires (*Ann. médico-physiologiques*, 1869, t. II, p. 190).


JEMALT
WANDER

(8) SANSON. — L'hérédité normale et pathologique (Paris, 1893, p. 316).
(9) MAIRET et ARDIN-DELTEIL. — Montpellier 1907. Hérédité et prédisposition.
(10) DAVENPORT (Ch.). — Heredity of disease (*Journ. of the Americ. med. Assoc.*, août 1926, p. 664 ; The nature of hereditary mental defect (*Proceedengs of the Am. Ass. f. Study of feeble-minded*, juin 1926).
(11) BALL et RÉGIS. — *L'Encéphale*, 1883, n°s 4, 5, 6. Les familles d'aliénés au point de vue héréditaire.
(12) APERT. — L'hérédité morbide (Flammarion, Paris, 1919.)
(13) G. MENDEL. — Re cherches sur des hybrides végétaux, Brünn, 1865. (Trad. A. Chappellier, in *Bull. scient. de la France et de la Belgique*, t. XLI, 1907.)
(14) Ch. NAUDIN. — Recherches sur l'hybridité, *Nouvelles archives du Muséum*, t. I, 1865).
(15) W. BATESON. — Mendel's Principles of heredity, Cambridge, 19à13.
(16) GUYÉNOT. — L'hérédité (Douin, Paris, 1924).
(17) VIGNES. — Pathologie anténatale et hérédité morbide (*Progrès médical*, n°s 9, 10, 13 et 15, année 1924).
(18) MAUD SLYE. — Some misconceptions regarding the relation of heredity to cancer and other diseases (*Journ. A. M. A.*, 22 mai 1926, vol. 86, n° 21, p. 1599).
(19) MOTT. — Hered. malad. mentales (*British medic. Journ.*, p. 3382 ; 24 oct. 1925) ; Hered. in relation to mental diseases and deficiency (*Ibid.*, n° 1, 19 juin 1926, p. 1023).
(20) BARRETT. — *Archives of neurology and psychiatry* (Chicago), t. XIII, n° 1, janv. 1925.
(21) Mme MINSKOSKA. — *Annales médico-psychol.*, 1920-1923; *Arch. suisses de neurol et psych*, 1923.
(22) WILCZKOVSKI. — *Polsyka Gazeta Lekariska*, tome V, n° 38, 19 sept. 1926.
(23) MORGAN. — A critique of the theory of evolution Princeton, 1916 ; STURTEVANT, MULLER et BRIDGES. Le mécanisme de l'hérédité mendelienne (Edition française, Bruxelles, 1923).

OBSERVATION XV (Doutrebente).

Chef de famille Hypocondriaque, délire persécution, mort folie furieuse. × Femme nerveuse émotive.

10 enfants :
- 15 ans, 16 ans, 18 ans : enfants morts subitement à
- fille hypocondriaque émotive, scrupuleuse en religion × mariée — 10 enfants :
  - 5 morts en bas âge.
  - 3 garçons intelligent (oreilles déformées). × mariés — enfants morts en bas âge
  - fille aliénée internée à 20 ans.
  - fille faible d'esprit × mariée = enfant imbécile, hermaphrodite
- garçon simple d'esprit.
- garçon soupçonneur, hypocondriaque.
- fille délirante persécutée suicide × mariée — 3 enfants :
  - g. intelligent mort apoplexie (24 ans).
  - g. imbécile complet, érotique, kleptomane.
  - g. artiste extravagant, érotique, bizarre.
- garçon névropathe, mort folie furieuse.
- fille disparue.
- garçon demi-imbecile.

Schéma 1

1re observation.

Père aliéné. Mort en maison de santé. × Mère bien portante.

- fille : Après accouchement normal. Hémorragie grave. Accès manie puerpérale. Durée 6 mois, guérison.
- fille : Après accouchement normal. Hémorragie grave. Manie forme mélancolique. Durée 1 mois guérison.

2e observation.

Père bien portant. Mère aliénée.

- fille suicide.
- fille : Accouchement normal. Hémorragie grave. Accès manie furieuse. Internée définitivement

Schéma 2

OBSERVATIONS DU PROF. PINARD.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ostéomyélite des maxillaires chez l'enfant [1]

Par M. le Dr L. MARCHAND,
Chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Montpellier.

L'ostéomyélite des maxillaires a un cadre très large qui comprend toutes les ostéites, périostites et nécroses des mâchoires.

Contrairement à ce que nous avons l'habitude de dénommer sous le nom d'ostéomyélite, ce terme revêt ici un sens plus largement compréhensif, mais aussi plus vague.

Cette affection est cependant fréquente et mérite que l'on sache lui appliquer un diagnostic et des indications thérapeutiques précises.

(1) Leçon clinique faite dans le service du professeur Massabuau pendant le 2e trimestre d'enseignement (année 1927-28.

Voyons d'abord quels sont les ***éléments étiologiques*** que nous possédons ;

Ces éléments sont de trois ordres, d'ordre clinique, d'ordre anatomique, et d'ordre bactériologique.

a) ***Eléments cliniques.***

Fréquence. — Nous nous en tiendrons au chiffre suffisamment exact de la statistique de Broca, soit 18 % du chiffre total des ostéomyélites.

Age. — *L'ostéomyélite aiguë des mâchoires est rare chez le nourrisson.* On n'en connaît, d'après la récente statistique de BRONNER, qu'une quarantaine de cas, auxquels on pourrait ajouter celui de BERTENAS (juin 1927.)

Lorsqu'elle existe chez le nouveau-né, elle débute souvent dans le premier mois qui suit la naissance.

L'âge d'élection chez l'enfant est entre 6 et 12 ans.

b) ***Eléments anatomiques.***

Localisation. — Le maxillaire inférieur est le plus souvent atteint. Les raisons en sont :

a) La situation déclive du maxillaire inférieur, qui baigne au contact des liquides septiques :

b) La raison principale est le stade évolutif de cet os entre 6 et 12 ans.

Le développement du maxillaire inférieur peut se schématiser de la façon suivante :

Points d'ossification : Un point par la branche horizontale ;

Cinq points secondaires.

Zones d'accroissement.

Ces zones sont souvent en activité au moment où les grosses molaires font leur apparition soit à partir de six ans. Ces centres d'activité siègent. *l'un au niveau de l'angle, l'autre au niveau du bord alvéolaire.*

La zone angulaire est au maxillaire ce que l'on a coutume d'appeler sur les os longs, le *bulbe de l'os*, dont nous connaissons la prédisposition d'élection pour l'ostéomyélite.

Ces conditions anatomiques sont des plus importantes à connaître.

Le maxillaire supérieur, le moins fréquemment atteint dans l'ensemble, l'est au contraire avec le maximum de fréquence chez le nourrisson (37 fois sur 40 cas connus dans la statistique de Bronner.)

L'ensemble de ces données étiologiques peut se résumer en une phrase : *L'ostéomyélite des mâchoires chez l'enfant est une affection fréquente, surtout entre 6 et 12 ans, atteignant avec élection le maxillaire inférieur.*

Ajoutons-y que la flore microbienne pathogène est le plus souvent le *staphylocoque*, mais aussi le streptocoque, en particulier chez le nourrisson, le pneumocoque, et divers anaérobies.

* * *

La Pathogénie que l'on désignerait *a priori*, à l'ostéomyélite des mâchoires, n'est pas, et de beaucoup, la plus fréquente.

L'atteinte de la moelle osseuse par voie sanguine est ici exceptionnelle, l'infection de proche en proche, au contraire la règle.

Un élément domine la pathogénie, sans lequel elle ne peut être comprise, c'est la notion de *monoarthrite apicale* alvéolo dentaire, conséquence d'une dentite ou plus exactement d'une dento-myélite.

L'infection partie de l'apex dentaire infecte le corps de l'os ou peut au contraire infecter la zone sous-périostée au niveau du collet de la dent.

La voie sanguine, de beaucoup plus rare, est néanmoins possible, c'est la seule plausible en particulier dans ces cas de nécroses exanthématiques frappant une mâchoire dont les dents sont saines au décours d'une fièvre éruptive. C'est encore celle qui est la plus vraisemblable lorsqu'il existe d'autres foyers ostéomyélitiques et que le nouveau foyer maxillaire à la valeur d'une localisation septico-pyohémique.

C'est aussi la seule à admettre pour le nourrisson.

Quelle que soit l'origine des germes, *le terrain* leur est admirablement préparé, en particulier dans les centres d'activité du maxillaire inférieur où l'abondance des vaisseaux médullaires, la faible calcification de l'os, la largeur très grande des espaces médullaires, en un mot la *congestion physiologique de l'os*, leur permet une *diffusion* rapide.

* * *

Les lésions anatomo pathologiques sont bien aisées à comprendre avec les données précédentes.

Trois formes sont possibles :

a) L'abcès sous-périosté :

b) La forme profonde ou nécrosante :

c) La forme hypertrophique.

A. **L'abcès sous-périosté** est une forme anatomique répondant à des lésions de périostite aiguë avec *formation d'une collection purulente décollant le périoste de l'os.*

Cette forme est de beaucoup la plus fréquente chez l'adulte ; chez l'enfant elle est au contraire l'exception.

C'est en effet une forme anatomique localisée et nous avons vu que chez l'enfant, les conditions physiologiques de l'os prédisposaient à la diffusion.

On peut lui distinguer trois sièges possibles au maxillaire inférieur, deux au maxillaire supérieur.

Sébileau a établi la classification des ostéophlegmons du maxillaire inférieur en *ostéo-phlegmons internes, inférieurs, externes*, selon que le pus siège à la face interne de l'os au-dessus de l'insertion du mylo-hyoïdien, sur cette même face mais au-dessous de cette ligne d'insertion, ou enfin, ce qui est le plus fréquent, à la face externe du corps du maxillaire.

Au maxillaire supérieur, le siège externe est le plus fréquent, le siège interne ou palatin est aussi possible.

Très rarement l'infection de l'antre d'Highmoore a été signalée.

L'évolution spontanée de l'abcès sous-périosté est son *ouverture, sa fistulisation, soit intra-buccale, soit cutanée.*

La fistulisation à la muqueuse est à peu près seule possible lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur.

Dans ce cas, en effet, les apex dentaires ne dépassent pas le cul-de-sac de la muqueuse, cul-de-sac gingivo-jugal.

Au maxillaire inférieur, la fistulisation ne se fait constamment à la muqueuse que lorsque le siège de l'abcès est interne et supérieur, c'est-à-dire répond à la définition de l'*ostéo-phlegmon interne* de Sébileau.

L'ostéo-phlegmon inférieur se fistulisera aux téguments de la région cervicale sous-maxillaire ou sus-hyoïdienne.

L'ostéo-phlegmon externe viendra s'ouvrir au niveau des téguments de la joue.

Les lésions sont communes à ces différentes formes topographiques :

Le *périoste* est rouge, épaissi, décollé par le pus de la corticale osseuse.

L'*os* est blanc et friable ; il est percé d'orifices, conduisant à des logettes pleines de pus.

Une de ces loges communique presque toujours avec une alvéole infectée.

L'infection, un instant tenue en respect par le périoste, fuse dans les parties molles, et le pus finit par trouver une issue, soit à travers la muqueuse, soit à travers les plans cutanés.

En même temps que le pus, peuvent s'éliminer quelques petits séquestres, jamais très volumineux dans cette forme.

L'évolution ultérieure dépend de la persistance ou de la cessation de la cause : la dent malade, la monoarthrite apicale.

Les fistules dentaires ne se tarissent que lorsque la dent est enlevée, l'infection alvéolaire largement drainée.

L'abcès sous-périosté ne méritait certes pas par sa fréquence (10 % des ostéomyélites de l'enfant environ) une si longue description anatomo-pathologique, mais comme c'est là la forme banale de l'adulte, il faut aussi qu'on la connaisse bien.

B. **La forme nécrosante**. — Tandis que la forme précédente était relativement bénigne, celle-ci s'accompagne de destruction osseuse importante qui la rend plus grave.

C'est la forme habituelle chez l'enfant, nous nous bornons cette fois à vous en répéter la raison : *La congestion physiologique de l'os.*

87 % des cas d'ostéomyélite de la mâchoire sont des formes nécrosantes ; chez l'enfant, bien entendu.

La forme nécrosante trouve résumés ses caractères anatomiques en quelques mots : LA FORMATION, LES CARACTÈRES, L'ÉLIMINATION D'UN SÉQUESTRE.

Ici nous sommes dans le véritable domaine de l'ostéomyélite, de celle qui aboutit dans le reste du squelette à des nécroses diaphysaires parfois massives, frappant de mort d'un coup la totalité d'un tibia ou d'un humérus.

BIBLIOGRAPHIE

A study in tubercle virus, polymorphism and the treatment of tuberculosis and lupus with oleum allii (Etude sur le virus tuberculeux et son polymorphisme, traitement de la tuberculose et du lupus par l'essence d'ail, par WILLIAM C. MINCHIN, de l'Université de Dublin ; un volume in-quarto de XVI + 110 pages, 26 planches, prix : 25 sh. Baillière, Tindall et Cox, éditeurs ; 7, Henrietta Street, Covent Garden, Londres.)

Comme le titre l'indique, l'ouvrage se compose de deux parties différentes, l'une théorique consacrée à l'exposition d'opinions personnelles sur la grande question à l'ordre du jour, le polymorphisme du bacille de Koch ; l'autre pratique, concernant le traitement des localisations tuberculeuses les plus variées (médicales, chirurgicales, cutanées, etc.) et l'administration de l'ail par différentes voies (interne, externe, inhalatoire). Cet ouvrage, imprimé luxueusement et illustré de nombreuses planches (microphotographiques dans la première partie, photographiques dans la deuxième) représente, dans ce qu'elle a de plus remarquable, l'union du laboratoire et de la clinique d'une part, de la théorie et de la pratique de l'autre ; il contient des faits, des directives et surtout des idées.

J. L.

Ecrivez... ? N'écrivez pas... ? par Etienne LE GAL. Un vol. in-16 (12,5 × 19), broché : 7 fr. 50. (Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

M. Etienne Le Gal nous avait précédemment donné : Ne dites pas... mais dites, recueil de barbarismes et de locutions vicieuses et Ne confondez pas, étude de paronymes — deux livres auxquels le public fit et continue de faire un chaleureux accueil.

Voici aujourd'hui : Ecrivez... ? n'écrivez pas... ? qui complète les deux précédents.

Cette fois, il s'agit de nuances, tolérances et libertés grammaticales. Peut-on écrire et dans quels cas : station *climatique*, station *climatérique* ? De *tout côté*, de *tous côtés* ? *Tout* intéressant *qu'il est*, *tout* intéressant *qu'il soit* ? *Ci joint* la lettre, *ci-jointe* la lettre ? *Nu*-pieds, *nus* pieds ? *Etant donné* ses antécédents, *étant donnés* ses antécédents ? Cet homme ne pense qu'à *lui*, cet homme ne pense qu'à *soi* ? Etc...

Avec sa compétence grammaticale bien connue, M. Etienne Le Gal s'est appliqué à résoudre, dans son nouvel ouvrage, un grand nombre de difficultés de cette sorte, qui se présentent chaque jour à nous et font bien souvent hésiter notre plume.

Ecrivez... ? n'Ecrivez pas... ? se présente comme un livre attrayant et sûr, susceptible de rendre les plus grands services.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'arsylène glucosé dans le traitement de l'encéphalite épidémique (Dr. Raymond MEYNADIER, Thèse de Montpellier, 1927).

L'encéphalite épidémique et surtout ses séquelles sont de plus en plus à l'ordre du jour. Dans les symptômes parkinsonniens consécutifs, de multiples agents thérapeutiques ont été recommandés : contre l'hypertonie et la rigidité, si tenaces et si angoissantes ; rien ne semble avoir donné d'aussi bons résultats que les arsenicaux à hautes doses. Mais comme l'a justement fait remarquer M. H. Valois, la valeur des résultats thérapeutiques dépend étroitement du choix des composés arsenicaux utilisés et M. Valois donne la préférence à l'arsylène. C'est ce même médicament que préconise M. Meynadier, qui conclut : l'arsylène paraît être, de toutes les médications dirigées contre l'encéphalite épidémique, dans ses multiples variétés cliniques, celle qui donne les meilleurs résultats à l'heure présente ; l'auteur fait remarquer également qu'avec des injections intraveineuses de 0,20 (5 cc.) trois fois par semaine, par séries de 15 injections, il n'a jamais observé aucune contre-indication.

Ces résultats particulièrement intéressants corroborent ceux déjà obtenus..., dans la sclérose en plaques, les névraxites, les paralysies, l'ataxie, les symptômes basedowiens, l'anxiété, la mélancolie, et aussi, dans un tout autre ordre d'idées, dans les affections parasitaires, paludisme, syphilis fièvre récurrente, et dans certaines maladies de peau très tenaces comme l'eczéma chronique, l'érythème induré de Bazin, le prurigo et surtout le psoriasis.

Tous ces travaux si documentés prouvent que, parmi les arsenics organiques, l'arsylène est certainement le mieux toléré par les voies digestives (pas d'odeur alliacée de l'haleine) et le plus actif (utilisation complète dans l'économie) ; il rend effectivement les plus grands services non seulement aux neurologues, aux psychiatres et aux dermatologistes, mais encore et surtout à tous les médecins praticiens qui utilisent généralement les cacodylates, les méthylarsinates ou des formules plus ou moins complexes. Les ampoules de 5 cc. en solution glucosée, parfaitement indolores, par voie intramusculaire, utilisables également par voie endoveineuse, permettent au médecin de diriger ou de pratiquer lui-même un traitement intensif sans aucun inconvénient. Les ampoules de 2 cc. donnent la possibilité d'instituer un traitement d'entretien toni-stimulant. Les granulés enfin, réservés à la voie buccale et à toutes les modalités de la méthode de Fowler, sont parfaitement acceptés par tous les malades. On a pu dire justement : que, grâce à ces trois formes, l'arsylène était le plus maniable et le plus pratique des composés arsenicaux organiques.

Où se forme le séquestre ?

L'os nécrosé, aux canaux de Havers inhabités, aux espaces intertrabéculaires vidés de leur contenu, privé de ses connexions vasculaires, se sépare du reste de l'os.

C'est le *séquestre* qui se constitue soit au niveau du *bord alvéolaire*, soit au niveau de *l'angle*. Cela se comprend si l'on songe à ce que nous avons dit du développement de l'os.

Lorsqu'il comprend le bord alvéolaire, il se détache de la partie comprise entre la canine et la branche montante, et aux dépens de la table externe de l'os.

Il peut être fait enfin de la totalité du maxillaire inférieur, comme dans ce cas typique de Magaton où un énorme séquestre formait la quasi-totalité de cet os, dont le reste formait deux autres séquestres plus petits.

Les cas aussi étendus sont rares, mais la séquestration de la majeure partie de la branche horizontale d'un maxillaire est chose fréquente.

Quels sont les caractères du séquestre ?

C'est le séquestre fenêtré, aux bords irréguliers dont une face est lisse, l'autre irrégulière, que l'on appelle dans toutes les classiques, le *séquestre gothique*.

Sa sécheresse est caractéristique ainsi que la couleur, jaune quand le foyer n'a pas de communication avec la bouche, noire quand la communication existe.

Les rapports de ce séquestre se font par l'intermédiaire d'un véritable bain de pus sous le périoste décollé.

Quant au pus lui-même, il prend issue soit dans la bouche, soit à l'extérieur.

Ces rapports du séquestre sont variables comme son étendue.

Il peut, si sa taille est suffisante, créer une solution de continuité dans le corps de l'os.

L'évolution du séquestre.

Une fois formé avec les caractères que nous lui avons reconnus, le séquestre tend à être éliminé, soit globalement, soit fragmentairement.

Pour peu que sa taille soit importante, le séquestre ne pourra être éliminé, *enchatonné qu'il est* dans *un os nouveau, d'origine sous-périostée*, comme cela se passe dans les autres ostéomyélites.

C'est d'ailleurs ici un bienfait que l'enchatonnement précoce du séquestre qui reste, lorsqu'il est très étendu, comme un tuteur sans lequel le périoste fléchissant, se plisserait, et donnerait un os trop court entraînant une déviation du menton du côté atteint.

Ce n'est pas, hélas ! seulement un bienfait, car le séquestre entraîne par sa présence une *suppuration interminable*, des fistules qui ne tariront que lorsqu'il sera enlevé.

Enfin lorsqu'il s'élimine ou qu'on l'enlève, le séquestre entraîne avec lui *les germes dentaires*, et ces germes frappés de mort ne se régénèrent plus. On comprend aisément les conséquences.

La forme nécrosante est donc anatomiquement une forme grave —, dont l'évolution est longue, — peu susceptible d'être spontanément curable.

Nous n'avons rien dit ici de la façon dont évoluaient les lésions des parties molles, il n'y a rien en effet, à ajouter à ce qui avait été dit des fistulisations de l'abcès sous-périosté.

c) **La forme hypertrophique**. — Cette forme est caractérisée par une néoformation osseuse périphérique, accompagnée d'une nécrose centrale progressive sans séquestration, et réalisée du fait d'une infection peu virulente évoluant sur un terrain de bonne résistance. Elle est une ostéomyélite chronique d'emblée, et son caractère anatomique essentiel est une véritable soufflure de l'os.

Elle est de beaucoup la plus rare des trois formes décrites.

***

L'étude clinique mérite d'être serrée de près ; elle doit nous donner les éléments du diagnostic positif et différentiel ; elle doit faire poser des indications thérapeutiques précises.

Forme clinique habituelle. — Un enfant d'une dizaine d'années a une mauvaise dentition dont il souffre. C'est une carie du troisième degré avec tous ses symptômes qui caractérisent les prodromes.

Brusquement, un jour, la *douleur*, violente, apparaît au niveau de l'angle irradiée à l'hémiface, s'accompagnant de trismus. Simultanément, des *phénomènes généraux*, céphalées, courbatures, vomissements, apparaissent en même temps que la *fièvre* s'allume.

Examiné à ce moment, l'enfant présente un gonflement diffus de la joue, à pôle saillant à la partie inférieure.

Les téguments sont d'abord de couleur à peine un peu plus rouge que du côté sain, puis quelques jours plus tard la peau se prend et c'est à ce moment que les signes sont au complet.

C'est donc une tuméfaction qui attire l'attention à l'inspection. Cette tuméfaction, sur laquelle pendant quelques jours glissent les plans superficiels, *fait corps* avec le plan profond, *avec l'os*.

C'est là un signe de la plus haute importance.

La douleur, la chaleur locale augmentée, la rougeur des téguments, complètent le quatuor symptomatique de toute inflammation locale aiguë.

Si l'on essaye de faire ouvrir la bouche, on est gêné par le trismus et bien souvent il faut savoir porter le diagnostic sans avoir pu faire un examen complet de la cavité buccale.

On peut toujours examiner le *sillon gengivo-génien* qui est *effacé*, comblé par un bourrelet assez dur, fait d'œdème inflammatoire sous muqueux et aussi parfois par le périoste soulevé et épaissi, dans la profondeur.

C'est encore au cours de cet examen que l'on doit rechercher la dent cariée cause de tout le mal.

C'est le plus souvent une molaire.

Est-ce là tout ? Bien souvent oui, au début tout au moins. Il y a peu ou pas d'adénopathie. Les lésions visibles se réduisent à la perception d'une tuméfaction dure qui fait corps avec l'os.

L'évolution spontanée se fera par le ramollissement de cette tuméfaction, qui, devenue fluctuante, viendra s'ouvrir (dans le cas pris comme exemple d'ostéo-phlegmon externe), à la peau.

L'ouverture à la peau amène une sédation des phénomènes locaux et généraux, mais *une fistule* se constitue :

Ses bords sont minces et décollés, son fond ne tarde pas à être le siège, au cours du temps, d'une sorte de rétraction, si bien que l'orifice devient en forme d'entonnoir, dont le sommet est occupé par un bourgeon charnu.

Parfois ces fistules se font loin de leur lieu d'origine ; dans ce cas il est possible de percevoir leur trajet à travers les téguments.

L'ouverture à la muqueuse s'accompagne d'issue de pus mêlée à la salive.

La sédation des phénomènes généraux est alors souvent momentanée et on peut voir des troubles digestifs graves en être la conséquence, entraînant ce que Chassaignac appelait la cachexie buccale.

Dans les deux cas, la fistule par ostéomyélite du maxillaire présente un caractère commun : Toutes les fois qu'il est possible de cathétériser son trajet au moyen d'un stylet, l'extrémité de ce stylet tombe sur une surface dénudée, qui « sonne la nécrose », et n'est autre qu'un *séquestre* en voie de formation ou d'élimination.

De plus l'évolution spontanée ne se fait vers la régression qu'après l'ablation du séquestre, ou son élimination spontanée.

Dans ce cas la guérison survient en deux à trois mois.

Au cours de cette étude de la forme moyenne, nous avons envisagé un certain nombre de *complications* qui sont presque la règle dans cette affection.

Signalons la constriction permanente des mâchoires, les arthrites de l'articulation temporo-maxillaire, le phlegmon diffus du plancher buccal, les phlébites des sinus ; l'abcès cérébral même a été signalé.

Une séquelle mérite d'être retenue, c'est la destruction des germes dentaires, le sujet restant édenté de façon définitive.

Signalons encore une *forme orbitaire* paraissant surtout fréquente chez le nourrisson, donnant lieu à une collection d'abord sous-périostée du plancher de l'orbite, puis à une infection diffusée au tissu graisseux de l'orbite, s'accompagnant de douleurs atroces et de protrusion de l'œil. Cette forme fut trouvée onze fois sur trente-sept dans la statistique de Bronner.

Autres formes cliniques. — *Selon le siège :* Le maxillaire supérieur lorsqu'il est atteint donne des fistules muqueuses, mais l'histoire clinique se calque sur celle de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Selon les symptômes : On connaît :

La forme à évolution cervicale ;

La forme névralgique due à une névrite du nerf dentaire inférieur dans son canal osseux.

Enfin la forme orbitaire déjà décrite.

Selon l'évolution : Nous avons décrit la *forme moyenne*. Il existe une *forme bénigne* répondant à l'abcès sous-périosté et dont un coup de bistouri et une avulsion dentaire ont facilement raison. Il existe aussi une *forme foudroyante*, dans laquelle le foyer maxillaire n'est qu'un comparse, au milieu de nombreux foyers staphylo ou streptococciques.

Une *forme très prolongée*, ne se manifestant que par peu ou pas de signes fonctionnels, mais surtout par l'augmentation de volume de l'os, a pour substratum anatomique la *forme hypertrophique*.

***

Nous voyons que le pronostic n'est pas toujours bon, mais que néanmoins dans la grande majorité des cas, l'élimination spontanée ou provoquée du séquestre, l'évacuation du pus, sont susceptibles de déterminer une guérison locale complète.

***

Le diagnostic positif se fera par la constatation des divers signes passés en revue.

L'*adénophlegmon sous-maxillaire* devra être distingué d'un ostéophlegmon inférieur par ce fait que dans l'ostéophlegmon la douleur précède la tuméfaction, dans l'adénophlegmon c'est l'inverse.

Enfin dans l'ostéo-phlegmon le sillon gingivo-lingual ou gingivo-jugal est pris ; dans l'adénophlegmon sous-maxillaire, il est libre.

Il ne faudra pas prendre pour un début d'ostéomyélite les phénomènes locaux et généraux qui accompagnent l'apparition des grosses molaires chez l'enfant et chez le nourrisson surtout, si prompt à la fièvre.

Les formes chroniques d'emblée ou à incident initial mal connu devront faire poser le diagnostic 1° avec la *tuberculose des maxillaires* rare et ne s'accompagnant pas d'hyperostose ;

2° Avec la *syphilis des maxillaires*. La syphilis de l'enfant atteint rarement le maxillaire, et le diagnostic ne peut être posé avec quelque vraisemblance que chez l'adulte.

Dans ce cas, d'ailleurs, bien souvent l'infection secondaire a le pas sur l'infection spécifique et la masque.

3° Le diagnostic avec l'*ostéosarcome* doit se faire chez l'enfant.

L'ostéosarcome s'accompagne de tuméfaction de l'os, de rougeur de la peau, de fièvre parfois. L'évolution qui ne s'accompagne, ni de fluctuation, ni de fistulisation ne tarde pas à trancher le diagnostic.

Notons, pour les éliminer chez l'enfant de façon totale, les nécroses d'ordre toxique, qu'il s'agisse du phosphore, du mercure ou comme on l'a constaté récemment de la benzine ; ces nécroses ne se rencontrent que chez l'adulte où elles sont d'ordre professionnel.

***

Le traitement devrait être uniquement prophylactique si les parents, soucieux de la propreté et de l'hygiène de leur progéniture, exigeaient le brossage des dents bi-quotidien.

Dès qu'une dent est cariée, la faire soigner, voici encore de quoi éviter 90 % des ostéomyélites des mâchoires chez l'enfant.

Au point de vue curatif, *les indications* anatomiques sont :

1° Evacuer le pus ;

2° Extraire le séquestre.

La *première indication* est l'indication d'urgence qui doit éviter la fistulisation spontanée. C'est elle qu'il faut remplir d'abord, très simplement par un coup de bistouri sous-mental ou intra-buccal jusqu'au plan osseux.

Bien entendu une deuxième voie de drainage, l'alvéole débarassée de la dent malade, doit être utilisée avec la même urgence.

Faut-il passer tout de suite à l'ablation du séquestre ou s'il n'est pas encore formé faire une intervention radicale ?

Non. D'abord l'intervention, pour être radicale, nécessiterait une abrasion toujours trop grande d'os.

Une simple trépanation de drainage de la table externe suffit, si on n'a pas confiance dans les deux autres moyens déjà employés.

Ensuite si l'on tombe sur un séquestre déjà formé, il faut distinguer le séquestre alvéolaire insignifiant qui peut et par conséquent doit être enlevé, du séquestre massif *qu'il faut laisser en place* jusqu'à ce que l'os nouveau l'engaînant ait une solidité suffisante, et que le séquestre est devenu mobile comme « le squelette dans son cercueil » (Frœlich).

A ce moment, mais à ce moment seulement (sauf si les phénomènes généraux ou locaux forçaient la main : rien n'est absolu en clinique), on procède à une *séquestrectomie*.

Cette dernière met fin à tou phénomène pathologique.

***

En résumé :

Le maxillaire de l'enfant devient ostéomyélitique parce qu'il porte des dents souvent cariées, parce qu'il subit une congestion physiologique du fait de son accroissement.

Le caractère général de cette infection osseuse est sa diffusion et la formation d'un séquestre.

Sa thérapeutique est *étiologique* : l'ablation de la cause : la *dent* : elle est aussi *symptomatique* : l'ablation tardive du *séquestre*.

La terminaison par *guérison* est la règle.

Etude chirurgicale des grangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques, par R. Leibovici, 1 vol in-8° 220 pages, 20 figures : 25 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon Paris.

L'auteur essaye de classer anatonomiquement les artérites oblitérantes pré-séniles et reproduit leur aspect histologique Il étudie ensuite longuement leurs symptômes et leur évolution. Le traitement médical de l'artérite est minutieusement exposé, en particulier la méthode de Silbert, qui paraît avoir donné d'extraordinaires résultats à New-York. Le traitement chirurgical de l'artérite est ensuite étudié depuis les interventions sur les vaisseaux jusqu'à la surrénalectomie. En cas de gangrène, l'amputation s'impose, mais il est difficile d'en fixer le niveau. Il semble bien que l'amputation haute n'est pas toujours nécessaire. A l'aide des procédés récents d'exploration de la vitalité du membre que l'auteur passe en revue, on peut pratiquer des amputations basses juste au niveau où le sphacèle des lambeaux n'est pas à craindre. On assure ainsi aux malades des exérèses économiques, surtout souhaitables en cas de gangrène bilatérale.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE

La syphilis du placenta (1)

Par E. IMPARATO.

Le placenta syphilitique a été un objet d'études pour de nombreux auteurs. Ils y ont observé des altérations macroscopiques et microscopiques très différentes, dont quelques-unes sont presque constantes. Mais ces lésions sont-elles produites directement par le tréponème ou par *un virus* spécial ? La première hypothèse paraît plus logique, quoiqu'il soit très rare de découvrir le tréponème dans le tissu placentaire. Mohn affirma l'avoir trouvé dans 50 % des cas examinés, mais des études postérieures ont démontré que cette proportion élevée était inexacte. Trinchese, sur 100 cas, le trouva seulement 18 fois ; Girauld et Tissier l'ont trouvé une fois sur neuf ; Wallich et Levaditi une fois sur treize.

Mönckeberg et Avilès soutiennent que la bactériolyse précoce subie par le tréponème dans le placenta, bactériolyse due à une phagocytose intense, explique l'insuccès habituel de cette recherche.

La localisation la plus fréquente du tréponème dans le placenta est la partie fœtale ; en effet, on l'a trouvé dans la couche moyenne des vaisseaux du cordon, entre les cellules de la couche de Langhans, dans les infarctus périvillositaires, dans les villosités nécrosées. Une fois seulement, il aurait été trouvé dans les cellules superficielles de la caduque par Brindeau et Nattan-Larrier. Mais on ne peut pas encore expliquer pourquoi les lésions vasculaires caractéristiques de la syphilis se rencontrent à l'extrémité placentaire du cordon, tandis que le tréponème se trouve à l'extrémité abdominale.

Trinchese, Tissier et Girauld soutiennent que le *spirochaeta* ne peut pas être présent dans le placenta avant le SIXIÈME MOIS, mais Hofhauer (de Baltimore) n'accepte pas cette affirmation parce que, d'après ses recherches, la présence de cellules réticulaires indique l'existence d'une syphilis et que ces cellules existent de façon précoce. Nous partageons cet avis : en effet, si le tréponème se présentait seulement au sixième mois, nous ne voyons pas comment on pourrait expliquer certaines fausses couches et certains accouchements prématurés chez des sujets sûrement syphilitiques. Certes, une endométrite non syphilitique peut provoquer la fausse couche ; certes les modifications qu'on rencontre dans un placenta peuvent être produites par une inflammation chronique ; certes les toxines syphilitiques peuvent tuer l'enfant, dans certains cas, sans donner lieu à aucune lésion histologique ; mais Mracek a rencontré des lésions placentaires syphilitiques au cinquième mois et Slemons de façon plus précoce encore. Et puis, il y a des cas d'accouchements prématurés avec réaction de Wassermann fortement positive, où le placenta ne présente absolument aucune lésion syphilitique ; l'absence de toute lésion ne peut donc permettre d'affirmer l'absence de la syphilis. Evidemment, l'âge de la maladie, l'état et la résistance de l'organisme maternel, le traitement enfin, jouent un rôle considérable pour expliquer ces différences.

Un symptôme presque constant de la syphilis est l'augmentation du poids du placenta : normalement le placenta représente 1/6 du poids de l'enfant, or ce rapport souvent se modifie et peut atteindre le 1/4 et parfois même la moitié.

(1) Travail du Laboratoire d'Anatomie-Pathologique.

Pour Brindeau, l'hypertrophie placentaire n'est pas la règle dans le cas du fœtus né à terme ; elle s'observerait dans le cas où le fœtus naît mort et macéré. Pour Levy-Solal, la syphilis provoque l'hypertrophie dans 55 % des cas.

D'autres caractères que présente souvent le placenta syphilitique sont l'aspect blanchâtre, la friabilité, la nécrose des membranes, la présence du sang entre les villosités etc.. Thomsen a trouvé, aussi, des abcès et il croit que, même, l'infiltration et les infarctus blancs sont de nature syphilitique. Nous croyons qu'il est très difficile d'admettre ou de nier la spécificité de l'infarctus ; d'abord parce qu'on le trouve rarement dans le placenta syphilitique et deuxièmement parce que des auteurs l'ont trouvé dans des placentas qui n'étaient sûrement pas syphilitiques. Mönckeberg et Avilès l'ont trouvé 16 fois sur 50 œufs syphilitiques qu'ils ont étudiés. Cela représente 32 %, ce chiffre ne nous autorise pas à croire, comme Rokitansky prétend, que ce symptôme soit caractéristique de la syphilis.

Sur l'origine et la nature des infarctus blancs ont été formulées plusieurs hypothèses ; la plupart des auteurs soutiennent qu'ils sont des foyers hémorragiques transformés ; Langhans les décrit sous le nom de fibrine canalisée. Pour Schwaab, l'infarctus est le produit de la transformation fibrineuse du sang contenu dans les espaces sanguins maternels d'un certain territoire du placenta ; en conclusion, ce serait une thrombose ou une hémorragie intraplacentaire et elle ne serait pas en rapport avec la syphilis.

Il semble que le revêtement cellulaire de la villosité dégénère facilement, le sang maternel se coagule tout autour de la villosité nue, formant des masses fibrineuses, qui finissent par souder et englober plusieurs villosités dans une seule masse compacte.

Comme on voit, les lésions macroscopiques du placenta syphilitique sont très nombreuses, mais il n'y en a pas une qui ait un caractère constant ou, si on veut, pathognomonique ; et, d'autre part, les dites lésions peuvent se présenter dans des placentas qui ne proviennent pas de sujets syphilitiques. C'est à cause de cela que nous



FIG. 1.

croyons que Schwaab exagère quand il dit qu'on peut reconnaître la syphilis rien qu'en examinant, à l'œil nu, un placenta. Evidemment, il y a des cas très démonstratifs, mais il y a aussi des cas qui, trop souvent, peuvent donner lieu à erreurs d'interprétation. Microscopiquement, on rencontre des lésions qui sont plus constantes et qui facilitent le diagnostic.

En observant une coupe de placenta, on voit d'abord des villosités volumineuses, rapprochées les unes aux autres, de façon que les espaces intervilleux sont réduits au minimum, comme on voit dans la figure n° 1.

Ces villosités sont œdémateuses, infiltrées, hypertrophiées, déformées et compriment fortement quelques petites villosités encore saines. Le tissu muqueux disparaît et la villosité peut être remplacée par des cellules souvent nombreuses, déformées et de volume variable. Ces cellules sont arrondies ou allongées, ovalaires ou fusiformes et prolifèrent surtout autour des vaisseaux oblitérés. A côté de ces cellules, on voit parfois des cellules de Hofbauer qui disparaissent au fur et à mesure que le tissu conjonctif prend un aspect fibreux. Warren Louis identifie ces cellules avec les clasmatocytes et croit, avec Acconci, qu'elles ont un pouvoir phagocytaire ; il les aurait vues phagocyter et digérer des bactéries et des corps étrangers. Un certain nombre de ces cellules sont mononucléaires et d'autres polynucléaires avec un protoplasma très abondant ; il y a d'autres cellules encore qui présentent au milieu de leurs noyaux deux petits noyaux ou même davantage.

Pour Hofbauer (de Baltimore), les modifications structurales qu'on rencontre dans les villosités représentent la réaction des cellules réticulaires aux tréponèmes. Selon cet auteur, le placenta acquiert un certain degré de résistance, mais il faut remarquer que le pouvoir défensif est limité et que celui-ci ne peut pas empêcher l'entrée du spirochète dans le sang fœtal. Monckeberg et Avilès ont remarqué une certaine prolifération des cellules de Langhans, dont la couche apparaît dans certains cas, formant des véritables cordons cellulaires qui s'enfoncent dans le tissu conjonctif de la villosité. Coste, qui a décrit ce phénomène, lui attribue une certaine influence sur la production de l'avortement habituel. Le tissu conjonctif de la villosité malade est un tissu jaune, riche en éléments fusiformes et embryonnaires, entre lesquels on trouve une substance conjonctive plus nettement fibrillaire.



Fig. 2.

Malassez a enseigné que l'augmentation de volume ou l'hypertrophie de la villosité est due au grand développement que prend ce tissu conjonctif. Cette hypertrophie villositaire est un caractère presque constant du placenta syphilitique et, pour certains auteurs, est un signe pathognomonique ; mais Meyer nie absolument la nature syphilitique de cette lésion qui, selon lui peut être provoquée par d'autres causes que la syphilis.

D'autres lésions qu'on rencontre avec une grande fréquence dans le placenta syphilitique, sont les lésions des vaisseaux, ceux-ci en général sont très nombreux et peuvent se présenter, ou dilatés, ou oblitérés. Naturellement, les modifications histologiques des vaisseaux de la villosité provoquent des troubles fonctionnels et entrainent des défauts d'irrigation, de l'anémie et de la nécrose consécutive.

On a décrit une endoartérite, une artérite oblitérante, une artérite végétante ; bref, toutes les lésions que la syphilis peut provoquer sur les vaisseaux.

Schwaab a observé le plus souvent une endopériartérite ou une endopériphlébite, mais il pense que la périartérite est la plus fréquente (fig. 2.)

Toutes les artères, tous les vaisseaux de l'économie peuvent être atteints, mais selon certains auteurs l'artérite syphilitique aurait tendance à la formation de nodules et n'aboutirait jamais à la dégénérescence ni graisseuse, ni calcaire. Cette lésion se présente surtout sur la tunique interne qui prolifère irrégulièrement, en formant des petites crêtes, qui rétrécissent la lumière du vaisseau et arrivent parfois à la faire disparaître. Les vaisseaux altérés ont leurs parois épaissies et infiltrées de nombreux noyaux , la lumière est rétrécie, parfois est oblitérée complètement.

Cette artérite ou phlébite semble constituer la lésion vraiment caractéristique de la syphilis placentaire.

Frankel écrit que, dans la plupart des villosités contenant une infiltration cellulaire abondante, les vaisseaux ne sont plus reconnaissables.

Les modifications vasculaires varient toujours ; en effet, sur une coupe, on peut voir des vaisseaux oblitérés; sur une autre, on voit le tube vasculaire entouré par des cellules qui le compriment circulairement, comme le montre notre figure 2. Dans certaines villosités, les vaisseaux sont complètement disparus, on en trouve seulement des vestiges. Il paraît que la disparition des vaisseaux se rencontre au niveau des villosités hypertrophiées. Selon Slemons, l'inflammation et la prolifération des vaisseaux représentent le commencement des modifications syphilitiques et, quand l'oblitération commence à se réaliser, l'épithélium non seulement prolifère, mais envahit aussi le stroma. L'altération considérable de la nutrition et la difficulté de l'hématose ont un effet considérable sur la physiologie de l'embryon et peuvent très bien expliquer la mort de celui-ci. En général, quand les lésions vasculaires sont généralisées, le fœtus naît souvent mort et macéré, et si la rétention placentaire a duré un certain temps aux altérations déjà décrites viennent s'ajouter celles résultant de la macération.

Ces lésions qu'on rencontre dans le placenta on les rencontre aussi dans la caduque.

Quant à l'amnios, il y a une infiltration leucocytaire de la couche conjonctive sous l'endothélium, très intense, dans certains cas, peu abondant dans d'autres.

Parfois ces membranes sont dégénérées ou nécrosées.

Le cordon, comme le placenta, présente de nombreuses altérations, surtout vasculaires, qui ont été décrites par plusieurs auteurs. En général, il présente un œdème et une infiltration leucocytaire très intense.

Fraenkel décrit un cas dans lequel les artères étaient athéromateuses à un degré notable ; la tunique interne était colorée en jaune et présentait des dépôts graisseux. Schwaab parle d'une sclérose périvasculaire très intense, avec nécrobiose et désagrégation de la gélatine de Wharton. Des auteurs ont parlé même d'une « funiculite syphilitique ».

Les processus d'artérite et de phlébite sont très fréquents ; il en est de même des variétés ou des rétrécissements que d'aucuns considèrent comme caractéristiques de la syphilis.

En dehors de toutes les lésions que nous venons de décrire dans le placenta et dans le cordon, il y en a d'autres qui ont été décrites, mais qui sont très rares. Des auteurs allemands ont décrit, par exemple, une véritable endométrite placentaire gommeuse qu'on rencontrerait exclusivement dans le cas où la syphilis est d'oritrine maternelle.

Tilles a trouvé dans la caduque des gommes qui sont constituées par de la fibrine et des foyers de petites cellules.

D'autres auteurs allemands soutiennent qu'en observant un placenta, on pourrait connaître si l'origine de la syphilis est paternelle ou maternelle. Cette hypothèse semble exagérée à Schvab qui croit, cependant, que la syphilis placentaire peut se localiser avec plus ou moins d'intensité dans l'une ou l'autre face du placenta selon l'origine du virus.

En conclusion, le placenta syphilitique se présente souvent modifié, mais il n'y a pas une lésion qui ait une valeur pathognomonique et qui nous permette de poser avec certitude le diagnostic de syphilis.

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

Les indications du résyl dans le traitement de la tuberculose pulmonaire,

Par le Dr M. PEYTRAL.

Le traitement médical de la tuberculose pulmonaire, du fait que nous ne disposons pas pour cette terrible affection qui ravit chaque année des milliers d'existences d'un remède spécifique, reste souvent insuffisant à ce qu'il devrait être, en laissant de côté certaines armes, qui pour ne point être héroïques, sont cependant loin d'avoir une influence négligeable sur l'évolution de la maladie.

Du fait que nous n'avons pas encore pour la tuberculose une sérothérapie efficace comme pour la diphtérie, ou une chimiothérapie élective comme pour la syphilis, nous voyons trop de médecins, se considérant comme entièrement désarmés devant une cause jugée d'avance, se réfugier dans une abstention thérapeutique infiniment regrettable et démoralisante. D'autant plus regrettable et démoralisante que les cures sanatoriales prolongées et les séjours au grand air, dont l'efficacité est de notion courante, sont réservées, par la force des choses, à de trop rares privilégiés. Il en est de même pour l'admirable méthode de Forlanini : il n'y a guère, en fait, que 10 pour cent environ des tuberculeux qui sont appelés à bénéficier de la méthode collapsothérapique et des grands bienfaits que peut procurer, à un certain nombre, le pneumothorax artificiel.

Cependant, si la tuberculose pulmonaire est une maladie grave et dont l'évolution est trop souvent progressive, elle ne saurait en rien se comparer au cancer, dont la marche reste jusqu'ici inexorable en dehors de l'exérèse chirurgicale, malgré les espérances que peuvent donner des recherches récentes dont il faut souhaiter voir bientôt se réaliser la conclusion thérapeutique.

Le Professeur F. Bezançon et ses élèves ont insisté avec juste raison sur la notion des poussées évolutives des lésions du poumon tuberculeux. C'est par bonds que progresse la maladie, par bonds d'une fréquence, d'une durée, d'une gravité variables suivant les sujets. A ces bonds s'opposent, pendant leur intervalle, des accalmies retardatrices et réparatrices, également variables dans leurs modalités.

La thérapeute devra donc procéder de telle sorte que son action médicamenteuse tende à diminuer l'importance des poussées évolutives fébriles et à prolonger la durée des périodes de pause de l'invasion bacillaire, pendant lesquelles l'organisme renforce ses positions de défense. Ainsi nous intervenons opportunément dans la marche normale du mal, en la ralentissant, en apportant, au moment voulu, l'aide du médicament aux forces naturelles de l'organisme. On oublie trop que le tubercule est, selon la définition toujours exacte du Prof. Grancher, une néoformation fibro caséeuse, d'autant plus stabilisable qu'elle est plus fibreuse ; et sa transformation fibreuse constitue le mode anatomique de défense de l'organisme qui limite ainsi le processus d'extension (Richet). On oublie que les autopsies de vieillards nous donnent, par la fréquence des crétifications d'anciens foyers pulmonaires, la démonstration d'une guérison possible, même spontanément, avec une fréquence qui est fonction de nombreux facteurs, parmi lesquels il serait injuste de ne point faire la part du traitement médicamenteux.

Parmi les circonstances susceptibles de favoriser le réveil de lésions latentes ou en évolution ralentie, les rhumes, bronchites, les petites infections saisonnières, grippales ou autres, jouent un rôle de tout premier plan. Banales et bénignes chez l'individu sain, ces petites manifestations pathologiques sont extrêmement dangereuses pour le tuberculeux, par le réveil de l'activité de foyers en voie d'extinction qu'elles sont susceptibles de provoquer.

Il faut savoir aussi que tous les organismes ne présentent pas la même tolérance vis-à-vis des poisons élaborés par le bacille de Koch : celle-ci est des plus variables et nous avons tous été frappés par certains cas où une lésion minime s'accompagnait d'un amaigrissement, d'un dépérissement pouvant aller jusqu'à la cachexie, alors que d'autres malades conservent un état général assez bon avec un envahissement beaucoup plus vaste du parenchyme pulmonaire.

Veiller à la santé générale du tuberculeux doit donc être une de nos principales préoccupations, d'où l'importance primordiale de l'hygiène chez ces malades, et s'ils subissent, malgré les précautions dont ils doivent s'entourer, l'atteinte des infections saisonnières ou *a frigore*, le rôle du médecin doit être de lutter activement contre celles-ci, de façon à en limiter le plus possible les répercussions. Nous disposons pour cela d'un certain nombre de médicaments chimiques, qui sans être héroïques, peuvent contribuer très efficacement à maintenir le bacillaire en état de défense, et sa lésion au stade de repos et de latence.

Cette chimiothérapie fera très utilement appel au gaïacol, dont il est superflu de rappeler les propriétés antiseptiques cicatrisantes et asséchantes mais en utilisant ce corps, non pas sous sa forme simple, presque toujours mal tolérée et congestionnante, mais sous la forme de son éther glycérique, le résyl. Dans cette combinaison chimique, le gaïacol perd ses propriétés irritantes et congestionnantes ; il est libéré peu à peu, et son action bienfaisante s'exerce d'une façon latente et continue, sans à-coups, sans ces réactions fâcheuses trop souvent notées avec le gaïacol pur ou ses dérivés très labiles.

Bien qu'il soit assez difficile de transcrire en formules catégoriques l'action pharmacodynamique d'un médicament agissant d'une façon lente et prolongée, nous schématiserons volontiers ainsi celle du résyl, en prenant pour base les observations des malades auxquels nous l'avons administré depuis plusieurs années.

1° *Une action antitoxique générale*, que nous avons constatée chez tous nos sujets, et qui se révèle par l'amélioration du teint, la reprise de la vitalité, la disparition de l'asthénie, la reprise de plusieurs kilogs de poids et le relèvement de la tension artérielle, toujours basse, comme l'on sait, dans les formes toxémiques.

2° *Une action anticatarrhale*, surtout bronchique, qui permet de lutter avec une grande efficacité contre les épisodes aigus surajoutés dont nous avons signalé plus haut le retentissement néfaste sur les lésions pulmonaires. Le grand Villemin avait déjà dit que le tuberculeux « n'a pas le droit d'avoir une bronchite ». Le traitement par le glycéro-gaïacol nous a toujours paru avoir une action singulièrement préventive sur cette éventualité si redoutable pour le bacillaire ; il en abrège en tout cas grandement la durée et facilite beaucoup le retour à l'état normal

d'une muqueuse bronchique irritée et sécrétante consécutivement à une rhinite aiguë ou à une contamination grippale. Le résyl renforce légèrement l'hypérémie collatérale sans aller jusqu'à l'action nettement congestive du gaïacol qui le contre-indique dans les poussées aiguës. Son action asséchante est particulièrement nette et les malades qui expectoraient très abondamment sont surpris de ne plus éliminer au bout de 10 ou 12 jours que quelques crachats matinaux. Cette diminution de l'expectoration est due très certainement, a une action élective du résyl sur la muqueuse bronchique, mais aussi à une action focale modificatrice, qui ne trouve de contre-indication temporaire que dans les périodes d'évolution aiguë Il n'est pas inutile d'en souligner l'intérêt, aussi bien au point de vue du malade, qu'épuisent les accès de toux incessants et que la deglutition de produits bacillaires peut infecter secondairement, qu'au point de vue des dangers que présente pour son entourage et la collectivité, la dispersion de crachats non toujours, malheureusement, recueillis et stérilisés.

L'auscultation montre, par la modification des signes stéthacoustiques, une amélioration parallèle du poumon et souvent nous avons constaté au bout de quelques mois de traitement, la transformation fibreuse d'un foyer primitivement en pleine activité fibro-caséeuse.

Le résyl s'utilise par voie digestive et par voie hypodermique. La première, par ingestion de comprimés ou de sirop, est la plus commode, la plus pratique pour les petits bacillaires porteurs de lésions à formes torpides sans tendances évolutives ; on peut leur administrer 3 à 6 comprimés par jour ou 3 à 5 cuillerées à café de sirop, pendant des périodes de 15 ou 20 jours interrompues par une semaine de repos. Le traitement doit être modéré en période fébrile, accentué en période de repos. Nous donnons la préférence à la forme injectable chez les malades à tendances évolutives ; nous la combinons d'ailleurs souvent avec une des formes ingérables : par exemple, chez un sujet dont la courbe thermique accuse des 39, 38°5, nous nous contentons de deux cuillerées à café de sirop par jour, ou deux ampoules par semaine, mais dès que la température s'abaisse et ne dépasse plus 38°5 le soir, nous mettons à profit la période de latence qui s'ouvre pour accentuer la médication, en donnant quatre cuillerées à café de sirop par jour, ou une injection tous les deux jours, parfois une tous les jours. Il nous arrive même, chez les apyrétiques, de faire une injection tous les deux jours et de prescrire deux cuillerées à café de sirop par jour, de manière à réaliser une imprégnation totale de l'organisme et à obtenir pendant 15 ou 20 jours le maximum des effets de la médication.

Depuis quatre ans que nous utilisons systématiquement cette thérapeutique, nous voyons beaucoup de tuberculeux sur l'avenir desquels nous faisions les plus expresses réserves, s'améliorer d une façon qui nous a souvent surpris, au point que, pour plusieurs, on peut prononcer à l'heure actuelle, sans trop de témérité, le mot de guérison.

Voici, par exemple, deux observations relevées parmi nos cas les plus récents :

Mme N..., femme de 33 ans, deux enfants. Symptômes graves de tuberculose évolutive : amaigrissement considérable, toux épuisante, petites hémoptysies, température élevée, faiblesse extrême, aménorrhée, expectoration très abondante (de pleins crachoirs). Pronostic extrêmement réservé.

Traitée par le résyl injectable, deux ampoules par jour, puis trois. Amélioration progressive et rapide ; diminution de l'expectoration, baisse de la température, relèvement de l'état général. Actuellement le poids est revenu à 59 kgs, toux discrète, quelques crachats bronchitiques le matin. L'auscultation donne l'impression d'un foyer stabilisé en cicatrisation fibreuse. Cette malade a repris toute son activité et s'occupe au mieux de son ménage et de l'éducation de ses enfants.

Mlle S..., 22 ans. Ouvrière. Sans antécédents héréditaires ou familiaux, mais a eu de fréquents contacts avec un voisin, tuberculeux avéré, et d'ailleurs décédé.

Premières manifestations bacillaires en 1925 : laryngite, mydriase à gauche avec apparition d'un foyer au sommet gauche, température subfébrile. Une cure hygiéno-diététique et de repos est suivie d'une grosse amélioration. Mais la malade se néglige et se surmène d'où nouvelle poussée évolutive au début de 1927 : expectoration bacillifère abondante, signes stéthacoustiques bilatéraux, prédominants à la région hilaire, très étendus à gauche. Amaigrissement rapide, toux émétisante, température élevée, souvent voisine de 40° le soir. Un traitement par les sels d'or abaisse la température et améliore un peu l'état général et les troubles fonctionnels, mais l'apparition brusque d'une albuminurie oblige à interrompre cette thérapeutique. Cette albuminurie persiste plus d'un mois au taux de 0 gr. 50 par litre, l'état général périclite à nouveau en même temps que s'étendent les signes d'auscultation. On institue alors le traitement par le résyl injectable : une ampoule tous les deux jours, médication très bien supportée. Deux mois après, soit actuellement, on note : albuminurie persistante, mais moins forte, assez bon état général, température 37° le matin, 38° le soir, expectoration très diminuée, signes stéthacoustiques montrant une limitation des lésions, râles secs, peu nombreux, à droite, râles humides abondants à gauche dans la zone périhilaire. En résumé, tuberculose évolutive à marche aiguë, partiellement et momentanément refroidie par les sels d'or, actuellement maintenue au ralenti par le résyl, avec une amélioration générale autorisant des espérances sur lesquelles on ne comptait plus avant que cette dernière médication fût instituée.

Il est bien évident, d'autre part, et nous le répétons pour éviter toute interprétation abusive de ce que nous écrivons ici, que le résyl ne doit pas constituer le traitement exclusif de la tuberculose pulmonaire. Il n'en exclut aucun autre, si ce n'est la surcharge médicamenteuse qu'on a trop pratiquée à une certaine époque et à laquelle il faut délibérément renoncer, mais il s'allie parfaitement à la cure hygiéno-diététique ou sanatoriale, comme au pneumothorax, à la section des adhérences et à la phrénicectomie, lorsque ces interventions sont indiquées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1928.

Hyperinsulisme et hypoglycémie. — *M. Marcel Labbé*, à propos du procès-verbal et des récentes communications de *M. Troisier* et *Laroche*, rapporte l'observation d'une femme atteinte de diabète grave traité par l'insuline et qui, au cours du traitement, a présenté des phénomènes d'agitation sans convulsions, hémiparésie sans troubles des réflexes. On avait pensé à un phénomène d'acidose, mais il n'existait pas de troubles respiratoires et l'examen des urines ne décelait pas la présence de sucre ; l'examen du sang montrait, d'ailleurs, de l'hypoglycémie. L'absorption de liquides sucrés améliora rapidement la malade. *M. Labbé* insiste sur l'intérêt de cas semblables et sur la difficulté de diagnostic entre le coma par acidose et les accidents d'hypoglycémie. Toutefois, comme signes différentiels, il signale l'absence de troubles respiratoires, la persistance du pouls, les commémoratifs. Dans l'acidose, le début des accidents est lent et progressif. Dans l'hypoglycémie, il s'agit d'un début toujours brusque ; d'ailleurs, le dosage du sucre dans le sang permet d'affirmer le diagnostic.

Guy Laroche rappelle l'identité de symptômes observés dans l'hypoglycémie provoquée et spontanée. A ce propos, il pense que si les accidents cutanés tels que urticaire, eczéma, érythèmes et même les shockes anaphylactiques sont explicables par des impuretés associées à l'insuline ; il n'en est pas de même des troubles qui surviennent une demie heure à deux heures après l'injection, tels que tremblements, troubles confusionnels, coma, etc. Ce fait que ces symptômes sont les mêmes dans les cas d'hypoglycémie spontanée et provoquée, prouve que leur pathogénie est univoque. Il est vrai que le taux de glycémie pour lequel se déclanchent les accidents est variable suivant les sujets et même chez le même malade. Cela n'explique peut-être pas une sensibilité particulière du système nerveux de certains sujets ou bien le glucose que nous dosons n'est pas le seul élément qui soit en jeu dans le dé-

clanchement de ces crises et peut-être existe-t-il d'autres éléments qui peuvent neutraliser ou non la diminution du sucre du sang.

Evolution de la dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets. — A propos de quatre cas personnels, *MM. A. Clerc* et *Robert Lévy* étudient la forme de la dissociation auriculo-ventriculaire qui se présente à l'état isolé ou bien associée à des malformations congénitales. Cette dernière variété qui n'est pas la plus fréquente est dépistée plus tôt que les premières dont le diagnostic se fait souvent tardivement vers la quinzième ou vingtième année et dont le début ne peut être alors que très approximativement repéré dans le passé. Le caractère strictement congénital ne saurait donc toujours être affirmé car certaines maladies infectieuses acquises comme la diphtérie jouent un rôle très probable. Abstraction faite des formes compliquées, des lésions cardiaques, l'évolution est relativement bénigne et la mortalité paraît très faible au premier abord, en raison de la rareté des accidents graves dus au syndrome d'Adams-Stockes. Aussi beaucoup de sujets peuvent-ils se livrer à des sports et existe-t-il plusieurs observations de jeunes femmes ayant accouché normalement. Toutefois, on note fréquemment une tendance habituelle aux vertiges ou aux pertes de connaissance surtout en cas de fatigue ; et de nombreux cas publiés n'ont pas été suivis assez longtemps pour que, même dans les formes pures, l'avenir éloigné des malades puisse paraître définitivement éclairci.

Sur la similitude des troubles de l'accroissement déterminés par le processus de la dentification chez trois petites jumelles. — *M. Variot* présente trois jumelles et insiste à ce propos sur la ressemblance, sur les analogies physiologiques (première dent au même âge, marche à la même époque) ; il insiste également sur les accidents consécutifs à la dentification.

M. Halle à propos des analogies pathologiques rappelle le cas de deux jumeaux morts de la même façon par hypertrophie du thymus.

M. Aubertin signale le cas de deux jumelles mortes à 62 ans de la même maladie, de ramollissement cérébral et à la même époque.

M. Pinard signale les bons effets du sulfarsénol dans les arrêts de développement observés chez les jumeaux. Il insiste sur l'étiologie spécifique.

M. Variot considère qu'il ne s'agit pas de syphilis dans le cas qu'il rapporte, étant donné qu'il n'y a pas eu de troubles de développement.

M. Apert insiste également sur les phénomènes de ressemblance et d'analogie pathologique chez les jumeaux et dans ces cas sur l'origine univitelline.

Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax. Pleurésie enkystée à streptocoque fistulisée dans les bronches guérie par la phrénicectomie. — *M. H. Dufour* et *Mlle Pau* rapportent l'observation d'une jeune fille de 21 ans que l'un des présentateurs soigne depuis quatre ans pour tuberculose pulmonaire, dont l'évolution et les complications ont été des plus intéressantes.

PREMIÈRE ÉTAPE. — Tuberculose pulmonaire unilatérale du côté gauche. Etablissement d'un pneumothorax artificiel, qui au bout de quelque temps donna naissance à un épanchement séro-fibrineux. Arrêt des insufflations au bout de six mois, le liquide maintenant la compression pulmonaire. Bon état général. Résorption lente du liquide, adhérences pleurales. Atrophie avec rétraction de l'hémithorax gauche.

DEUXIÈME ÉTAPE. — Séjour de onze mois au sanatorium de Bligny. Quelque temps après la sortie du sanatorium, reprise de l'évolution tuberculeuse avec amaigrissement et mauvais état général.

TROISIÈME ÉTAPE. — Trois ans après le début du traitement initial, apparition à la base du poumon gauche, d'une collection pleurale enkystée, fistulisée dans les bronches. Le pus retiré par ponction renferme du streptocoque sans bacille de Koch. Plusieurs ponctions évacuatrices suivies d'injections d'huile goménolée sont incapables de tarir la pleurésie qui s'eccompagne pendant cinq mois d'une fièvre oscillante et d'un très mauvais état général.

QUATRIÈME ÉTAPE. — Phrénicectomie gauche pratiquée par le Dr Gernez, le 13 octobre 1927. Chute progressive de la température, assèchement de la pleurésie à streptocoque. Retour de la température à la normale depuis le 2 novembre 1927. L'état général est excellent malgré la présence de quelques bacilles de Koch dans les crachats

Cette observation montre le rôle important joué par les infections secondaires pleurales ou pulmonaires dans la production des grands états fébriles chez les tuberculeux.

M. Bezançon fait remarquer que dans le cas rapporté par M. Dufour, il s'agit d'une infection streptococcique de la plèvre et non du rôle des infections secondaires dans les lésions pulmonaires tuberculeuses.

Les lésions expérimentales dans l'aspergillose ; les formes actinomycosiques de l'Aspergillus et leur similitude avec les mêmes formes d'origine mycosique ou bactérienne. Comparaison des lésions expérimentales et des lésions pulmonaires humaines — *MM. Macaigne* et *Nicaud* résument le résultat de leurs recherches expérimentales dans l'aspergillose.

Leur expérimentation a été faite sur le cobaye et le lapin par voie sous-cutanée, intra-péritonéale, intra-pulmonaire et intra-pleurale. Par ces voies on provoque des lésions nodulaires plus ou moins disséminées. Par voie intra-veineuse, ces auteurs ont pu reproduire les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus et les rapprochent des mêmes formes obtenues avec d'autres champignons (actinomyces, sporotrichum, Monilia albicans) et avec des bactéries (bacille de Koch, bacille para-tuberculeux, staphylocoque, nocardia, etc.

Ces formes actinomycosiques sont des formes vitales très différenciées du parasite et liées à certaines conditions de sa vie parasitaire. La culture de ces formes dans les milieux ordinaires permet de retrouver l'aspergillus avec tous ses caractères culturaux normaux.

Enfin MM. Macaigne et Nicaud comparent les lésions expérimentales et les lésions pulmonaires humaines. Celles-ci sont caractérisées par des éléments très différents : lésions alvéolaires, bronchiques et artérielles avec présence de filaments et de têtes fructifères typiques sans aucune forme actinomycosique. Le terme de pseudo-tuberculose aspergillaire ne paraît pas à MM. Macaigne et Nicaud répondre au caractère des lésions humaines et expérimentales.

Granulie très discrète du poumon. Pneumonie catarrhale diffuse. Mort par œdème glottique consécutif à un abcès froid intra et rétro-cricoïdien. — *MM. Manini, Llambias et d'Armato.*

Nouvel appareil pour transfusion de sang (présentation). — *M. Aubertin.*

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mars 1928,

Suppuration nasale et vaccinothérapie. — M. *Grain* présente une malade atteinte depuis huit ans, à la suite de diverses interventions, d'une intarissable suppuration des fosses nasales. En quinze jours, une amélioration importante a été obtenue par des pansements en bouillon-vaccin associés à des injections sous-cutanées de vaccin.

Les splénomégalies mycosiques. — M. *Paul Chevallier* rappelle la découverte toute récente des champignons dans la rate, et les discussions qu'elle suscite. Il étudie la clinique, le diagnostic et le traitement, et montre combien les travaux de cette dernière année contribuent à déblayer le *caput mortuum* des splénomégalies primitives et des anémies spléniques.

La sérofloculation des sérums tuberculeux à la résorcine. — M. *Tilmant* montre que cette méthode (méthode Vernes) donne des résultats des plus nets et permet de suivre l'évolution tuberculeuse de façon parfaite et constante. Elle est le véritable thermomètre de l'évolution tuberculeuse. Pathologique chez les tuberculeux en évolution, elle peut être normale chez des tuberculeux non évolutifs. Dans les néoplasmes glandulaires, elle peut être pathologique, mais dans ces cas, le malade est généralement cachectique. L'intensité de la floculation, mesurée au photomètre de Vernes suit une courbe parallèle à celle de l'évolution clinique de l'affection.

La transfusion sanguine et l'extrême urgence. — M. *Georges Rosenthal* constate que l'extrême urgence absolue est rare, même en transfusion sanguine. Dans les grandes hémorrhagies artérielles, l'opération ne saurait arriver à temps. Dans les grandes hémorrhagies médicales, la technique doit être appliquée méthodiquement et rapidement. La transfusion serait toujours faite à temps si le médecin prenait avis du transfuseur et ne perdait pas des jours entiers à des traitements inefficaces au cours desquels les veines sont rendues inutilisables (dilatation parétique par épuisement.)

La défense organique par la méthode spiroscopique. — M. *Pescher* expose la bénignité d'un cas d'infarctus pulmonaire par embolie liée à une infection appendiculaire. Cette évolution favorable paraît en rapport avec le parfait état pulmonaire et général du sujet, constamment entraîné aux exercices spiroscopiques.

Un traitement rationnel de la surdité en général. — M. *Baqué* distingue deux classes de surdités. L'une (80 à 85 %) comprend les sourds améliorés par les vaporisations tubo tympaniques sulfurées, pratiquées au griffon même ; ce sont les sourds d'origine rhinogène, évoluant entre le catarrhe tubaire chronique et les tympano-scléroses, en passant par les otites adhésives et cicatricielles. Les autres (15 à 20 %) sont d'origine et de nature indéterminée, diathèses, maladies infectieuses et éruptives, centrales ou périphériques, etc. C'est pour ces derniers surtout que l'auteur a établi un traitement d'ordre général basé sur la médication endocrinienne, réglée et intensifiée par une série de médicaments à l'état colloïdal : iode, soufre, mercure, arsenic, bismuth, diversement associés suivant les cas. La cure est complétée par un régime de désintoxication.

E. Perpère.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie. — Registre du Commerce Clermont 4261
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 14. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 7 AVRIL 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger { 1re zone.......... 70 fr.
2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Facultés de médecine de Paris. — *Thèse.* — 27 mars. — Mlle MENNERET. Etude sur la syphilis congénitale. — M. SAMSON. Etude médicolégale des anévrysmes artério-veineux. — M. AKRAKI. Etude sur la peste en Mésopotamie. — M. PECKER. Etude sur la syphilis. — M. RUDMAN. Traitement préventif de la syphilis. — M. KNOCH. De la castration de la truie. — M. CILIGA. La gynandromorphisme chez les gallinacés.

28 mars. — M. JONDEAU. Etude exploratrice et clinique de la syncope. — M. GIACOMETTI. Fractures de la cuisse chez l'enfant. — Mlle LEQUIN. Etude sur l'encéphalite épidémique. — M. PERGET. Etude du traitement de l'insomnie. — Mlle HOURYAN. Un médecin poète (docteur Henri Cazalis).

29 mars. — Mlle DESGRUELLE. Sur un cas d'exostoses de la hanche. — M. SÉJOURNÉ. Le rétrécissement mitral dans ses rapports avec l'état puerpéral — M. PELLETIER. Absence congénitale du sein. — M. GEORGE. Le syndrome phrénico dans les affections pleuro-pulmonaires.

31 mars. — M. FRIBOURG. Etude clinique des tumeurs malignes. — M. BELCOUR. Biologie des formes larvaires des phlébotomes. — M. LAIGRET. Prophylaxie de la maladie du sommeil en Afrique équatoriale. — M. SALGOL. De l'influence de la radiothérapie sur la stase papillaire. — M. MÉTAIS. Sur quelques cas de pneumothorax spontané. — M. NOVZARI. Les cholécystites. — M. BAUDRY. Etude comparative des accidents observés par l'emploi de divers médicaments antisyphilitiques. — M. MASSARI. Etude des localisations sur l'endocarde. — M. RINGART. Etude clinique des péri-iléo-typhocolites.

Enseignement complémentaire de la dermatologie et de la syphiligraphie. — M. A. SÉZARY, agrégé, continuera pendant le second semestre ses conférences hebdomadaires sur la pratique dermatologique et syphiligraphique.

Ces conférences, au cours desquelles sont présentés des malades et des moulages, ont lieu tous les samedis, à 14 h., au musée de l'hôpital Saint-Louis. Elles sont spécialement destinées aux médecins praticiens et aux étudiants empêchés par leurs fonctions hospitalières de faire un stage régulier de dermato-syphiligraphie.

Monument au Professeur Grasset. — Un comité d'organisation et un Comité d'honneur se sont constitués dans le but d'élever à Montpellier un monument à la mémoire du professeur Grasset.

Ces comités considèrent comme un devoir de rendre ainsi publiquement hommage au maître qui fut la gloire de l'Ecole de Montpellier et qui reste une des plus grandes figures de la médecine et de la science françaises.

Pour permettre la réalisation de ce projet, une souscription est ouverte.

Toutes les souscriptions seront reçues avec reconnaissance et devront être adressées le plus tôt possible à M. le Dr DIFFRE, trésorier, 10, boulevard Victor-Hugo (chèque postal n° 229, Montpellier).

Une plaquette commémorative sera offerte à ceux dont la souscription atteindra ou dépassera 100 fr.

Le Comité d'organisation est composé de MM. les professeurs VEDEL, président ; GAUSSEL, secrétaire général ; ESTOR et RIMBAUD ; de MM. HORTOLÈS, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Lyon ; DIFFRE, président de l'Association des chefs de clinique de Montpellier, trésorier.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Rennes (Ile-et-Vilaine), sera vacant à dater du 15 avril 1928, par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Sizaret.

Concours pour le recrutement d'un préparateur au laboratoire national de contrôle des médicaments. — Un concours pour la nomination à la classe de début d'un préparateur au laboratoire national de contrôle des médicaments aura lieu à Paris, à la faculté de pharmacie, le 1er mai 1928.

Les candidats devront adresser leur demande au ministère de l'agriculture (direction des services sanitaires, 42 *bis*, rue de Bourgogne, Paris), le 26 avril au plus tard.

A Athènes. — MM. les professeurs Henri HARTMANN et Charles ACHARD, viennent de faire deux conférences à l'amphithéâtre de l'Université d'Athènes.

Le professeur N. ALIVISATOS, recteur de l'Université d'Athènes, a déclaré à ce sujet :

« Il ne faut pas se méprendre sur l'importance de la visite de ces deux savants français. Ils sont venus, par leur présence, aviver l'amitié traditionnelle, et je dirais historique, entre nos deux pays, sans parler de l'enthousiasme qu'ils créent, à juste titre, dans notre monde médical.

« Nous admirons ces représentants de la science française et nous aimons en même temps en eux les hommes d'intelligence supérieure, aux pensées élevées, au philhellénisme ardent, qui se manifeste en toute occasion, même en dehors de leur sphère d'action. »

Les statistiques de suicide. — Ce sont la Hongrie et la Tchécoslovaquie qui détiennent le peu enviable record des suicides : dans chacun de ces deux pays, en effet, 26 désespérés par 100.000 habitants mettent fin à leurs jours.

En Allemagne ce pourcentage est de 23 ; il est de 22 en Autriche, de 17 en France, de 10 en Grande-Bretagne, de 8 en Italie et de 4 en Espagne.

Ce sont donc les pays réputés pour leur ciel éclatant, le charme de leur climat, qui semblent connaître le moins de suicides.

Clinique médicale de l'Hôtel Dieu. (Professeur Paul CARNOT). — *Cours pratique de physiothérapie* sous la direction des professeurs CARNOT et STROHL. — 1° Leçons de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/4, à l'amphithéâtre Trousseau.

A. Electrothérapie : Lundi 23 avril. Notions physiques, par le professeur STROHL, professeur de physique médicale à la Faculté. — Mardi 24 avril. Instrumentation et technique (courants continu, faradique ; haute fréquence, diathermie, etc.), par le professeur agrégé DOGNON. — Mercredi 25 avril. Electrothérapie dans les maladies nerveuses et de la nutrition, par le Dr LUCY, chef adjoint du service de radiologie. — Jeudi 26 avril. Electrothérapie dans les maladies circulatoires, cutanées, gynécologiques, par le Dr DAUSSET, chef du service central de physiothérapie.

B. Radiothérapie : Vendredi 27 avril. Notions physiques et biologiques, par le professeur STROHL. — Samedi 28 avril. Instrumentation et techniques, appareils de mesure, par M. le professeur agrégé DOGNON. — Lundi 30 avril. Radiothérapie des cancers, par le Dr DUBOIS-ROQUEBERT, ancien chef de clinique chirurgicale. — Mardi 1er mai. Radiothérapie des fibromes, des leucémies, des goitres, des névralgies, etc., par le Dr LAGARENNE, chef du service de radiologie de la clinique.

C. Radiumthérapie : Mercredi 2 mai. Notions physiques et biologiques, par le professeur STROHL. — Jeudi 3 mai. Indications thé-

rapeutiques : cancers de l'utérus, de la langue, de la peau, etc., par le Dr Gérard, chef adjoint du laboratoire de physiothérapie.

D. Actinothérapie : Vendredi 4 mai. Notions physiques et biologiques, par le Dr H. Bénard, médecin des hôpitaux. — Samedi 5 mai. Instrumentation (lampes de quartz, arc, Kromayer), par le Dr Chenilleau, assistant du service. — Lundi 7 mai. Indications thérapeutiques : héliothérapie, ultra-violet, arc, etc., par le Dr Dausset.

E. Hydrothérapie : Mardi 8 mai. Notions physiques et biologiques, par le Dr Dausset. — Mercredi 9 mai. Bains, douches, etc.; techniques diverses, par le Dr Gérard. — Jeudi 10 mai. Douches locales, Luxeuil, enveloppements, par le Dr Dausset.

F. Cinésithérapie : massage, gymnastique, etc. : Vendredi 11 mai. Indications et techniques dans les affections chirurgicales, par le Dr Durey, chef du service de cinésithérapie. — Samedi 22 mai. Indications et techniques dans les affections médicales, par le Dr Durey.

2° Exercices pratiques de 10 h. 1/2 à midi, à la Policlinique physiothérapique Gilbert : Les auditeurs seront répartis en séries et exercés individuellement au maniement des appareils et aux traitements physiothérapiques des malades.

Le droit de laboratoire est de 250 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures,

Hôpital maritime de Berck. — *Cours de Pâques.* — Le Dr E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck, fera, du lundi 2 avril au samedi 7 avril 1928, six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Lundi 2 avril : Traitement du mal de Pott. — Mardi 3 avril : Traitement de la coxalgie. — Mercredi 4 avril : Traitement de la tumeur blanche du genou. — Jeudi 5 avril : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. — Vendredi 6 avril : Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur. — Samedi 7 avril : Traitement des ostéites tuberculeuses. Traitement des adénites tuberculeuses.

Les cours auront lieu le matin, à l'hôpital maritime. Ils commenceront le lundi matin, à 9 heures. Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves.

Droits d'inscription : 100 fr. Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits. Pour tous renseignements, écrire au Dr Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Hôpital Saint-Antoine. (Services des Drs R. Bensaude, P. Le Noir et Félix Ramond). — *Cours de gastro-entérologie* du 23 avril au 12 mai 1928. — Programme : du 23 au 28 avril : Dr Bensaude, assisté des Drs Cain, Boltanski, Hillemand, Lambling, Marchand, Oury, Rachet, Terrial.

Lundi 23 avril, à 9 h. 30, M. Bensaude : Œsophagoscopie : à 10 h. 30 : M. Terrial : Examens coprologiques ; à 14 h. 30, M. Hillemand : Tuberculose intestinale. — Mardi 24 avril, à 9 h. 30, M. Marchand : Traitement électrique des hémorroïdes ; à 10 h. 30, M. Terrial : Examens cropologiques. — Mercredi 25 avril, à 9 h. 30, M. Bensaude : Rectoscopie ; à 10 h. 30, M. Marchand : Traitements électriques ; à 14 h. 30, M. Lambling : Tumeurs villeuses du rectum. — Jeudi 26 avril, à 9 h. 30, M. Oury : Syndromes douloureux de la fosse iliaque droite ; à 10 h. 30, M. Bensaude : Rectoscopie, Œsophagoscopie. — Vendredi 27 avril, à 9 h. 30, M. Cain : Les diverticulites ; à 10 h. 30, M. Marchand : Traitements électriques ; à 14 h. 30, M. Boltanski : Le cancer du gros intestin. — Samedi 28 avril, à 9 h. 30, M. Rachet : Gastroscopie ; à 10 h. 30, M. Bensaude : Rectoscopie, Œsophagoscopie.

Du 30 avril au 5 mai : Dr Le Noir, assisté des Drs Brodin, Beloux, Carvailho, René Gaultier, Gilson, Savignac, Taillandier.

Lundi 30 avril, à 9 h. 30, M. Le Noir : Grands syndromes dyspeptiques. Dyspepsies typiques et Dyspepsies atypiques ; à 10 h. 30 Travaux pratiques ; à 14 h. 30, M. Taillandier : Hémorragies occultes. — Mardi 1er mai, à 9 h. 30, M. Brodin : Examen d'un dyspeptique en position verticale ; à 10 h. 30, Travaux pratiques. — Mercredi 2 mai, à 9 h. 30, M. Taillandier : Les anorexies ; à 10 h. 30, Travaux pratiques ; à 14 h. 30, M. Beloux : Les vomissements névropathiques. — Jeudi 3 mai, à 9 h. 30, M. Gilson : Lecture et interprétation des clichés radiographiques ; 10 h. 30, Travaux pratiques. — Vendredi 4 mai, à 9 h. 30, M. R. Gaultier : Les dystonies gastriques ; à 10 h. 30, Travaux pratiques ; à 14 h. 30, M. Le Noir : L'aérophagie. — Samedi 5 mai, à 9 h. 30, M. Le Noir : Thérapeutique symptomatique des affections gastriques ; à 10 h. 30, Travaux pratiques.

Du 7 au 12 mai : Dr Félix Ramond, assisté des Drs Ch. Jacquelin, Nathan et Zizine.



Lundi 7 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Gastrites chroniques ; à 10 h. 30, Travaux pratiques : chimisme, radiologie, anatomie pathologique. — Mardi 8 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Ulcus gastrique ; à 10 h. 30, Travaux pratiques. — Mercredi 9 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Duodénum (ulcères, duodénites et périoduodénites, diverticules, rétrécissement) ; à 10 h. 30, Travaux pratiques. — Jeudi 10 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Cancer et tumeurs gastriques ; à 10 h. 30, Travaux pratiques. — Vendredi 11 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Dyspepsies secondaires, la dyspepsie biliaire ; à 10 h. 30, Travaux pratiques. — Samedi 12 mai, à 9 h. 30, M. RAMOND : Régimes et thérapeutique générale des maladies de l'estomac ; à 10 h. 30 : Travaux pratiques.

Les leçons théoriques sont gratuites. Droits d'inscription aux Travaux pratiques : 250 francs. Se faire inscrire dans les services de MM. BENSAUDE, LE NOIR et RAMOND. Un certificat de présence sera donné à ceux qui auront suivi tous les cours théoriques et pratiques. Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé après le cours (13 et 14 mai). Le nombre des places est limité.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Conférences de technique chirurgicale* (mai-juin 1928, à 16 heures). — Ces conférences seront gratuites, mais ne comporteront aucune répétition individuelle sur le cadavre. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

1° Chirurgie des voies biliaires (2 leçons), par M. le Professeur GOSSET, chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière. Lundi 21 mai, 1re leçon : Cholécystectomie ; Indications ; Technique ; Résultats. — Vendredi 25 mai, 2e leçon : Cholédocotomie ; Indications ; Technique ; Résultats.

2° Chirurgie des voies urinaires (4 leçons), par M. le Dr MARION, chirurgien de l'hôpital Lariboisière : 1re leçon, lundi 14 mai. Néphrectomie. — 2e leçon, mercredi 16 mai. Néphrotomie et néphrostomie. — 3e leçon samedi 19 mai. Prostatectomie. — 4e leçon, lundi 21 mai. Réparations de l'urètre.

3° Chirurgie du tube digestif (4 leçons), par M. le Dr LARDENNOIS, chirurgien de la Maison de retraite des ménages : 1re leçon, vendredi 1er juin. Colectomie droite. — 2e leçon, lundi 4 juin. Colectomie totale. — 3e leçon, mercredi 6 juin. Colectomie segmentaire en 3 temps. — 4e leçon, vendredi 8 juin. Cancer du rectum.

Conférences de clinique et de thérapeutique. — *Huit leçons sur le diabète.* — Le professeur F. RATHERY fera une série de huit conférences sur la symptomatologie et le traitement du diabète à l'Hôtel-Dieu, Amphithéâtre Trousseau, à 10 heures et demie, le dimanche aux dates suivantes :

Conférences cliniques : 22 avril. Les formes cliniques du diabète. — 24 avril. Les comas diabétiques. — 6 mai. Les gangrènes diabétiques. — 13 mai. Le diabète rénal.

Conférences thérapeutiques : 10 juin. Diabète simple et régime de Bouchardat. — 17 juin, Diabète consomptif et traitement insulinique. — 24 juin. Traitement du coma diabétique. — 1er juillet. Traitement des gangrènes diabétiques.

Préfecture du département de la Seine. — *Avis.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine (à l'Asile de Vaucluse et à l'Asile de Ville-Evrard) sera ouvert le jeudi 31 mai 1928, à deux heures précises, à l'Asile Clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris.

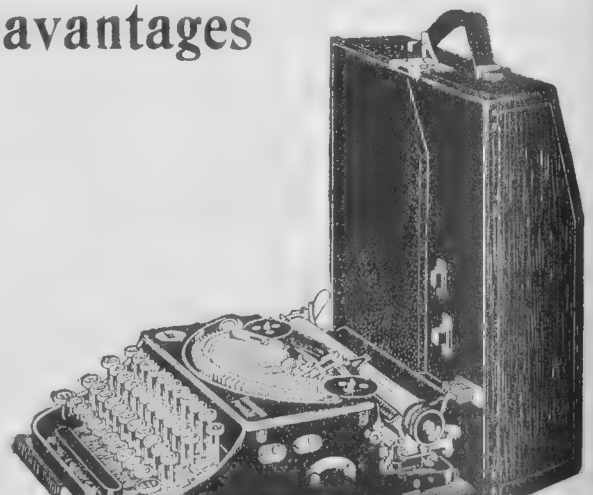
Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, service de l'Assistance départementale, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de quatorze heures à dix-sept heures.

Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 1er mai au mardi 15 mai 1928 inclus.

Les tuberculeux ne doivent pas être envoyés à Villard-de-Lans. — La station d'altitude de Villard-de-Lans (Isère) a été organisée spécialement pour le séjour des enfants, aussi bien en été qu'en hiver, à l'abri de toute contagion tuberculeuse. Toutes les mesures ont été prises pour qu'aucun tuberculeux ne puisse y séjourner ; cependant ces temps derniers trois ou quatre malades atteints de tuberculose avaient tenté de s'installer par surprise dans cette localité, ils ont été contraints de la quitter sans délai.

On demande instamment à tous les médecins de tenir le plus grand compte de cet avis. Ils s'associeront ainsi à l'exécution d'un programme qui doit être poursuivi sans défaillance et ils éviteront à leurs clients tuberculeux les frais et les fatigues d'un voyage inutile.

Nécrologie. — Dr Ludovic BASSO, d'Albertville (Savoie), décédé à l'âge de 49 ans. — Pr PITRES, de Bordeaux. — Dr Henri SIMONNOT, d'Abbeville.



TRAVAUX ORIGINAUX

Du mécanisme et de la pathogénie de la maladie pylorique du nourrisson

Par L. BARD,
Professeur honoraire de clinique médicale.

Les vomissements incoercibles des nourrissons, tantôt bénins et transitoires, tantôt tenaces et rebelles jusqu'à entraîner l'atrepsie et la mort, sont connus de longue date; mais leurs formes cliniques n'avaient pas fait l'objet d'études approfondies, jusqu'au moment ou Hirschprung (de Copenhague), en 1888, a attiré l'attention sur l'existence à l'autopsie, dans certains cas de cet ordre, d'une hypertrophie très accusée de toutes les tuniques du pylore, réalisant une sorte de sténose de l'orifice, bien différente toutefois des diverses sténoses organiques congénitales antérieurement décrites.

Ce n'est guère qu'une vingtaine d'années plus tard que la question a été portée sur le terrain clinique et que l'on a détaché, du groupe complexe des vomissements incoercibles du nourrisson, le type particulier de la sténose hypertrophique du pylore. Au cours de ces dernières années les travaux se sont multipliés sur ce chapitre intéressant de la pathologie infantile ; l'accord est à peu près réalisé sur les caractères séméiologiques de la maladie, mais les divergences sont restées irréductibles sur les problèmes pathogéniques qu'elle soulève, divergences d'autant plus importantes qu'elles se répercutent sur le pronostic et sur les indications de son traitement chirurgical.

Si l'on fait abstraction de quelques théories presque aussi vite abandonnées qu'elles ont été émises, de même que de quelques détails accessoires, la base essentielle de ces divergences, qui ne portent d'ailleurs que sur les cas sévères, réalisant le tableau caractéristique de la maladie, repose sur le fait que les uns sont restés fidèles à la notion de spasmes d'ordre nerveux, c'est-à-dire de troubles simplement fonctionnels, alors que les autres admettent l'existence d'une malformation congénitale, se révélant par l'hypertrophie du sphincter pyloriqe, et opposant un obstacle organique au transit stomacal.

Les premiers ne méconnaissent pas la réalité de l'existence d'un anneau d'hypertrophie musculaire, mais ils considèrent cette hypertrophie comme secondaire aux phénomènes spasmodiques ; les seconds à leur tour ne refusent pas un certain rôle au spasme du sphincter, mais ils considèrent ce dernier comme accessoire et provoqué lui-même par la malformation initiale.

Péhu et Frédet méritent d'être considérés comme les représentants les plus autorisés de ces deux manières de voir : c'est assurément dans leurs travaux, et dans ceux de leurs élèves, que l'on peut en prendre la connaissance la plus exacte et la plus complète ; c'est le cas en particulier, pour ne signaler que les plus récents de ces travaux, de la monographie de Péhu (1) dans *La Médecine*, et de la thèse de Coffin, élève de Fredet, suivie d'un article complémentaire dans la *Revue de médecine* (2).

Les dénominations choisies par ces auteurs révèlent elles-mêmes la divergence de leurs interprétations : Frédet ayant conservé le terme de sténose pylorique, employé par Hirschprung ; Péhu ayant adopté celui de maladie pylorique, proposé par Genévrier, parce qu'il « a l'avantage de ne pas préjuger de sa nature et de sa pathogénie. »

Tout en acceptant formellement la théorie spasmodique, Péhu ajoute qu'on « doit bien reconnaître que cette hypothèse n'est pas entièrement satisfaisante, car on n'explique pas clairement par elle la présence de l'hypertrophie musculaire. » Par contre, les partisans de la sténose hypertrophique n'ont pas fait preuve de la même réserve, alors qu'ils auraient dû reconnaître à leur tour que leur hypothèse n'explique pas non plus clairement la genèse de la tumeur pylorique, puisque ses caractères anatomiques et son évolution clinique ne présentent aucune analogie avec les caractères et l'évolution habituels aux malformations congénitales ou aux productions hyperplasiques.

Le problème pathogénique que pose ce dilemme étant resté énigmatique sur le terrain étroit de la pathologie infantile, il m'a paru intéressant de l'examiner à la lumière de la physiologie pathologique des troubles fonctionnels viscéraux, qui relèvent de la pathologie générale du sympathique ; c'est ainsi que, bien que n'étant pas pédiatre, et n'ayant aucune expérience clinique personnelle de la maladie du nourrisson, j'ai été amené néanmoins à en aborder l'étude.

***

La maladie se caractérise essentiellement par des vomissements répétés et abondants, une chute rapide du poids et des contractions péristaltiques intenses : l'ensemble ne laisse aucun doute sur l'existence d'une grave perturbation du transit stomacal. A la période d'état, le diagnostic est généralement facile, bien qu'il doive se faire, d'un côté, avec les sténoses organiques classées et définies du pylore, et, de l'autre côté, avec les troubles plus légers et moins sévères, qui sont à la base des divers types cliniques qualifiés de pylorospasmes essentiels ou de vomissements habituels des nourrissons.

Ces données séméiologiques, tout en présentant le plus grand intérêt pour la détermination du mécanisme pathogénique des accidents, ne fournissent par contre aucune indication précise sur la pathogénie proprement dite de la maladie. Il en est tout autrement de *l'époque de la vie à laquelle elle appartient*, et de l'*évolution cyclique et quasi mathématique qui la caractérise*. La maladie ressortit exclusivement aux premiers mois qui suivent la naissance ; elle apparaît assez brusquement, *après un intervalle libre* de 15 à 20 jours, met une huitaine de jours à se caractériser et à atteindre son acmé ; elle se poursuit ensuite avec des accalmies passagères jusque *vers le 4e mois*, époque à laquelle, si elle n'a pas été assez grave pour entraîner la mort, elle manifeste une *tendance spontanée à la guérison définitive*. Suivant l'expression de Péhu « ces signes cardinaux lui sont personnels. Plus tard en pathologie infantile on ne la retrouve pas ».

De même que le début est marqué par une déperdition de poids, soudaine et profonde, la terminaison est annoncée par le relèvement de la courbe pondérale, dont l'ascension continue constitue un signe certain de guérison.

Dans les cas où, par prudence ou la main forcée par la sévérité des accidents, on a eu recours à l'intervention chirurgicale, dont la simple *pylorotomie sous-muqueuse* de Frédet est aujourd'hui la méthode de choix, *si l'on fait*

(1) PÉHU. — La maladie pylorique du nourrisson. (*La Médecine*, supplement de juin 1927.)

(2) M. COFFIN, — Contribution à l'étude de l'estomac du nourrisson. (Thèse de Paris, 1927.) — La sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez le nourrisson. (*Revue de médecine*, 1927, fasc. 2, p. 859.)

abstraction des suites immédiates, la guérison définitive est la règle constante : on ne connaît ni récidive, ni rechute lointaine, aussi bien dans les cas où l'incision a porté sur une « tumeur pylorique » bien développée, que dans ceux où il n'existait pas d'hypertrophie musculaire appréciable.

Sur ce dernier point les deux camps sont d'accord, et leur divergence ne porte pas sur le pronostic général et sur le degré de fréquence des guérisons purement médicales. Les partisans de la sténose hypertrophique, Frédet en particulier, admettent que la mort est la règle dans les cas abandonnés à eux-mêmes, aussi bien dans les formes chroniques que dans les formes aiguës ; par contre les partisans de la théorie spasmodique, Hutchinson et Péhu notamment, affirment que l'évolution favorable est de beaucoup la plus fréquente, et que l'on observe même des guérisons spontanées et inattendues dans les cas en apparence les plus désespérés.

Les premiers soutiennent que la marche cyclique, et les cas de guérison par le traitement médical, n'appartiennent qu'aux pylorospasmes purs, indépendants de toute hypertrophie musculaire, confondus à tort avec cette dernière : ils se croient à même d'en établir avec certitude le diagnostic différentiel par la rétention que la sténose provoque et que le tubage et les examens radioscopiques permettent de préciser.

Les seconds soutiennent au contraire qu'il n'existe aucun caractère susceptible de permettre un diagnostic certain, entre les pylorospasmes graves purs et les cas de sténose par hypertrophie musculaire ; suivant l'expression de Péhu « leurs relations fonctionnelles et anatomiques étroites ne permettent pas, cliniquement ni même nosologiquement, de les séparer ou de les opposer. »

Les partisans de la théorie spasmodique n'en admettent pas moins, pour la plupart, l'indication de recourir à l'acte opératoire, dans les cas où la gravité des accidents paraît l'exiger, sans attendre que l'altération de l'état général ne vienne en compromettre le succès. Le fait que la pylorotomie sous-muqueuse de Frédet assure la guérison définitive, sans séquelles éloignées et avec moins de risques immédiats que les pylorectomies ou les gastro entéro-anastomoses d'antan, est d'ailleurs de nature à faire pencher la balance plus vite du côté de l'intervention chirurgicale, d'autant plus qu'une convalescence très rapide se substitue alors aux améliorations lentes et toujours aléatoires de l'expectation prolongée.

Bien que *le problème des indications respectives du traitement médical et de l'intervention chirurgicale* soit le point sensible du débat, et bien qu'il puisse paraître au premier abord solidaire de la solution donnée au *problème pathogénique*, il importe de faire abstraction du premier pour permettre un examen purement objectif du second. Il est en effet facile de se convaincre qu'*il n'existe entre eux aucune solidarité réelle* ; des examens anatomiques faits à longue échéance ont démontré, en effet, que, d'une part, l'on peut trouver des tumeurs pyloriques incontestables chez des sujets guéris spontanément depuis plusieurs mois, et, d'autre part, que la pylorotomie supprime tous les accidents, et entraîne la guérison complète sans récidive, tout en laissant persister l'anneau hypertrophique pour une durée indéterminée.

Quel que soit le problème de pathogénie que l'on envisage, *il importe tout d'abord de séparer nettement les deux notions de la pathogénie proprement dite, de la pathogénie générale, et celle du mécanisme d'action des causes pathogènes*. C'est là une distinction dont j'ai démontré la nécessité il y a quelques années (1) et dont la méconnaissance est une source d'incessantes confusions qu'il importe d'éviter. Tandis que la pathogénie générale envisage les lois de la production des maladies, ou des grands processus morbides, et s'attache à déterminer leur place dans le cadre nosologique, le mécanisme pathogénique se borne à préciser les mécanismes par lesquels les influences pathogènes réalisent les lésions organiques, ou les troubles fonctionnels, qui déterminent l'apparition des symptômes révélateurs des maladies.

Dans le cas particulier de la maladie pylorique du nourrisson, les conditions de production des vomissements, leur physiologie pathologique, représentent le mécanisme pathogénique des accidents, alors que leur pathogénie générale ne peut être établie que sur la recherche des influences morbides qui en provoquent l'apparition. Il y a lieu d'aborder et d'examiner successivement et séparément les deux faces du problème.

La théorie spasmodique ne vise qu'à expliquer les vomissements, alors que celle de la sténose hypertrophique par malformation congénitale comporte une véritable explication pathogénique, d'où il résulte qu'elles ne sont pas inconciliables *a priori* et qu'il pourrait même se faire qu'elles soient appelées à se prêter un mutuel appui.

Alors que les spasmes pyloriques pourraient relever d'une autre cause pathogénique que d'une malformation congénitale, la théorie de la sténose hypertrophique ne saurait se passer de l'intervention de la théorie spasmodique pour expliquer le mécanisme des vomissements. Par leur apparition brusque, leur caractère explosif, leurs rapports le plus souvent immédiats avec les tétées, de même que par leur indépendance initiale de toute dilatation de l'estomac et par l'absence ou la survenance très tardive de cette dernière, les vomissements de la maladie pylorique s'écartent du type caractéristique des vomissements par obstacle mécanique, de sorte que ce dernier, si tant est qu'il existe dès l'origine de la maladie, ne peut agir tout d'abord que comme agent de perturbation et comme facteur de provocation des phénomènes spasmodiques.

Le *terme de pylorospasme*, qui est généralement employé aussi bien par les partisans de la théorie nerveuse, à titre de phénomène primitif, que par les partisans de la sténose hypertrophique, à titre de phénomène surajouté, *est d'ailleurs loin de répondre à la véritable nature des troubles fonctionnels en cause* ; non seulement ces derniers ne sont pas localisés au pylore, mais encore la qualification de spasme convient mal à ce qui se passe en réalité à son niveau. Péhu en rend un meilleur compte lorsqu'il écrit « Les théories nerveuses sont multiples. Schématiquement on peut les formuler ainsi : du fait d'une coordination nerveuse insuffisante et incomplète, ou « dysergique », le fonctionnement normal de l'appareil pylorique ne s'accomplit pas dans des conditions harmoniques. Le dérèglement a pour conséquence l'hypertrophie de l'anneau pylorique, mais l'origine et la nature de ce désordre nerveux se sont pas envisagés de la même manière par les différents auteurs. »

Le *problème de l'origine de ce désordre est un problème de pathogénie*, et il est d'autant plus inévitable que cette origine soit un objet de controverse, que rien ne prouve qu'elle doive être la même dans tous les cas ; par contre, le *problème de sa nature n'est qu'un problème de méca-*

(1) L. Bard. — Étiologie, pathogénie générale et mécanisme d'action des causes pathogènes. (*Progrès médical*, 1922, pp. 606-609.)

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZÈNES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

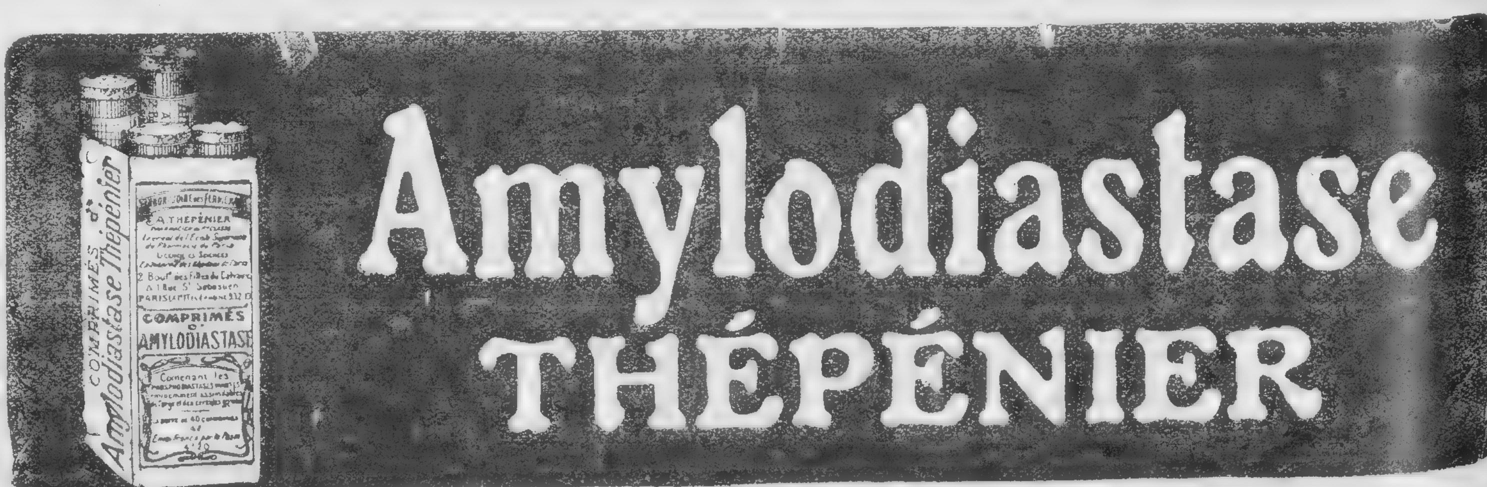
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

Registre du Commerce de la Seine n° 150.854

nisme et les divergences qu'il a soulevées auraient pu être évitées, si l'interprétation des déviations morbides du fonctionnement de l'appareil moteur de l'estomac avaient pris pour point de départ une connaissance plus exacte du *mécanisme régulateur physiologique de ce fonctionnement, dont ces déviations ne constituent en somme que des déréglements pathologiques*.

L'appareil moteur de l'estomac, et il faut comprendre dans cette désignation non seulement les formations musculaires, mais encore les éléments nerveux intra-pariétaux qui contrôlent les premières, est destiné à exercer la fonction mécanique de l'estomac. Suivant une règle générale de toutes les fonctions, celle-ci comporte *deux phases alternantes et complémentaires*, représentées, l'une par l'emmagasinement et le stationnement de la masse alimentaire dans le réservoir, l'autre par le cheminement et l'expulsion de son contenu. La *première phase* est assurée par la *contraction de la kinésie positive de l'appareil pylorique*, combinée et conjuguée avec le *relâchement et la kinésie négative des tuniques*, à peine modifiés par de minimes contractions destinées au brassage du chyme ; la *seconde phase* est assurée par la *kinésie inverse* des mêmes formations ; ces kinésies sont *harmonisées et solidarisées dans les deux cas par des réflexes appropriés*, réflexes à point de départ mécanique et à point de départ chimique, superposés et combinés.

Il y a bientôt trois ans (1), dans un article consacré à la pathologie du sympathique, j'ai montré qu'il fallait renoncer, pour expliquer la genèse des troubles morbides, à la notion classique de l'antagonisme du grand sympathique et du parasympathique, et mettre en son lieu et place, à la base de tous les syndromes fonctionnels pathologiques, le *déréglement et le déséquilibre des phases fonctionnelles, relevant essentiellement de perturbations de leurs réflexes régulateurs*. Suivant le degré d'intensité et les modalités propres de leurs causes provocatrices, ces perturbations des réflexes relèvent, soit de l'*hyper ou de l'hypoexcitabilité simultanée des deux phases*, soit de l'*hyper ou de l'hypoexcitabilité élective de l'une ou de l'autre*, soit encore de l'*inversion de cette excitabilité*.

Sans entrer dans les développements qu'exigerait une exposition complète de ces données, que les lecteurs qui s'y intéressent pourront trouver dans l'article cité, je me contenterai de rappeler sommairement que l'hyperexcitabilité simultanée des réflexes provocateurs des deux phases entraîne l'hyperactivité globale de la fonction en cause, de même que leur hypoexcitabilité entraîne son insuffisance. L'inégalité des réflexes directeurs propres à chaque phase entraîne par contre la prédominance plus ou moins accusée de l'une d'elles, constituée par l'exagération de l'une combinée avec l'effacement ou même la suspension de la seconde ; survenant souvent sous forme paroxystique et brutale, ce déséquilibre des phases entraîne des troubles plus bruyants et des désordres plus graves que l'hyper ou l'hypoexcitabilité parallèle des deux phases.

Cette prédominance de l'une des phases fonctionnelles atteint une acuité, et souvent une gravité bien plus haute, lorsqu'elle relève de la perturbation, heureusement plus rare, que constitue l'inversion pathologique des réflexes directeurs. En pareil cas, en effet, les excitants qui, par leur nature et leur signe, devraient atténuer l'intensité de la phase pathologique et provoquer la survenance de sa congénère, contribuent à exagérer et à prolonger encore la première par le fait de l'inversion de leurs effets.

(1) L. Bard. — Les données générales de la pathologie du sympathique. (*Journal de médecine de Lyon*, 1926, pp. 31-48.)

Les données qui précèdent permettent de comprendre facilement le mécanisme qui préside à la production des vomissements incoercibles de la maladie pylorique du nourrisson. Les *contractions du pylore*, qui bloquent l'évacuation normale du contenu de l'estomac, et la *contraction des tuniques*, qui entraînent son expulsion par les vomissements, *exercent ces effets moins encore par leur intensité que par leur simultanéité pathologique, qui a pris la place de leur alternance physiologique* : simultanéité dont les effets atteignent leur maximum de violence, si au lieu d'un simple décalage des rapports normaux des deux groupes de contractions, l'inversion pathologique des réflexes vient accentuer l'intensité de la fermeture pylorique, sous l'influence même des excitations qui devraient en commander l'ouverture. Tant que persiste la simultanéité morbide des deux phases antagonistes, il ne peut se produire de dilatation ou de stase de l'estomac ; par contre ces dernières apparaissent dans les périodes avancées, lorsque l'hyperexcitabilité des contractions pariétales en arrive à céder à l'épuisement ; de ce fait même la stase devient, comme le veut Frédet, un signe de défaite imminente et une indication impérieuse d'intervention chirurgicale.

Dans cette manière de voir, ce n'est pas le spasme du pylore, mais bien le *déséquilibre des deux phases de la fonction motrice totale*, qui constitue le *mécanisme commun de toutes les formes cliniques*, des plus légères aux plus graves, mais avec toutes les différences d'intensité et de gravité qui dépendent des différences d'intensité et de modalités des perturbations des réflexes, en jeu dans chacune d'elles. Il n'en résulte pas pour cela, bien entendu, que toutes les formes relèvent d'une même pathogénie générale ; tout au contraire, *sous la réserve d'une séparation nette entre le mécanisme pathogénique et la pathogénie proprement dite*, il y a tout lieu d'admettre qu'*il n'existe pas de différences essentielles de mécanisme dans la série continue des types cliniques*, qui commencent à la dyspepsie émétisante simple, englobent le pylorospasme essentiel de Weill et Péhu, les vomissements habituels de Marfan, la maladie spasmodique de Lesage, voire même l'intolérance anaphylactique au lait de Weill, et, en passant par les pylorospasmes graves, aboutissent en dernière étape à la dite sténose anatomique par hypertrophie musculaire du pylore.

Seule l'hypertrophie musculaire de l'anneau pylorique, qui se rencontre dans les formes les plus graves, pose un problème délicat d'origine ; j'ai déjà dit qu'on ne saurait voir en elle une cause efficiente suffisante du syndrome observé, parce que celui-ci ne présente pas, ou ne présente que tardivement, les caractères habituels aux sténoses organiques. La solution la plus simple est d'*attribuer l'hypertrophie du sphincter à la prédominance et à la persistance de ses contractions*, mais rien ne s'oppose, *a priori*, à ce qu'on lui reconnaisse la *valeur d'une lésion préexistante, susceptible de provoquer les perturbations des réflexes qui créent le déséquilibre des phases*.

Comme nous l'avons vu, les deux manières de voir ont leurs partisans, qui se passionnent volontiers pour la solution qu'ils préfèrent, parce qu'ils la solidarisent à tort avec les indications des interventions chirurgicales.

La voie la plus sûre, pour trancher le dilemme, serait le pouvoir observer la marche et les variations de la tumeur pylorique au cours de l'évolution des divers cas particuliers, pour préciser la date exacte de son apparition et les rapports de son développement avec la durée de la maladie ; malheureusement cette tumeur pylorique échappe le plus ordinairement à l'observation clinique.

Balan (1), par des mensurations faites dans plusieurs cas, a pu établir toutefois que l'épaississement de la couche musculaire ne dépend pas de l'âge de l'enfant, mais bien de la durée de la maladie ; constatation qui aurait besoin d'être confirmée, mais qui serait nettement en faveur du caractère subordonné de l'hypertrophie en cause.

D'autres présomptions parlent d'ailleurs en faveur de cette manière de voir : c'est tout d'abord l'architecture anatomique régulière des couches musculaires, sans aucun indice de déformation structurale ni de désorientation myomateuse, les plissements de la muqueuse étant eux-mêmes en faveur de l'apparition secondaire de l'anneau qui la comprime ; c'est ensuite le fait qu'il s'agit d'augmentation de volume des fibres musculaires plutôt que de leur hyperplasie vraie ; c'est enfin le fait que l'hypertrophie constatée disparaît par la suite au cours de la croissance, comme le montre l'absence de tous troubles gastriques ultérieurs chez les survivants ; *toutes ces données sont en désaccord avec les caractères habituels des malformations congénitales.*

Reste, par contre, la difficulté qu'il y aurait à expliquer la production de cette hypertrophie sous la seule influence du pylorospasme, alors que, en général dans l'organisme, le spasme n'est pas susceptible de créer une hypertrophie musculaire, et qu'on n'observe rien de pareil aux autres orifices et à d'autres âges. Péhu émet l'hypothèse que cette exception pourrait être due au fait que « nulle part, dans l'économie humaine, il n'existe un sphincter aussi puissamment organisé que le pylore », d'où il résulterait qu'il serait possible que sa pathologie lui fût personnelle. J'avoue ne pas voir là une explication bien solide ; mais, par contre, j'en vois deux autres qui me paraissent satisfaisantes ; la première est qu'il ne s'agit ici nullement d'un spasme, mais bien d'un hyperfonctionnement comme il résulte des considérations exposées plus haut, or *partout et toujours l'hyperfonctionnement est un facteur d'hypertrophie* : la seconde est que l'affection se développe à une *période de la vie* où la puissance d'accroissement est la plus élevée, et par suite *où l'hypertrophie par hyperfonctionnement est à même d'atteindre sa plus haute expression.*

***

Si les divers types cliniques des vomissements à répétition du nourrisson trouvent dans une uniformité de mécanisme pathogénique une certaine unité, il n'en est pas moins certain que les différences d'intensité, de gravité et de persistance des accidents, établissent entre eux une grande diversité. Cette dernière résulte de la multiplicité des causes qui, ici comme ailleurs, sont susceptibles de déclancher les perturbations des réflexes, desquelles résulte le déréglement des phases fonctionnelles. La pathologie générale démontre, en effet, que les perturbations des réflexes viscéraux proviennent, à l'occasion, de causes générales tout aussi bien que de causes locales, de processus inflammatoires ou simplement irritatifs tout aussi bien que de troubles fonctionnels ; causes auxquelles s'ajoutent, dans le cas particulier de l'estomac, les fautes de régime et les idiosyncrasies alimentaires. Nul doute dès lors que la maladie pylorique du nourrisson ne soit *susceptible de causes provocatrices, et même de pathogénies multiples, dont une observation clinique minutieuse pourrait discerner le rôle dans les divers cas particuliers.*

Malgré cette diversité des pathogénies, la maladie pylorique du nourrisson retrouve toutefois une réelle individualité du fait de la période de la vie dans laquelle elle se place. C'est en effet *la période à laquelle le tube digestif, entrant en activité, commence à s'entraîner à la fonction qu'il est appelé à remplir* : l'intervalle libre s'explique sans doute par la faible alimentation et la passivité des premiers jours, mais bientôt les ingestions alimentaires augmentent d'importance, développant le rôle des réflexes nécessaires à l'accomplissement de la digestion et à la régulation du transit stomacal.

Pendant cette période d'adaptation, l'équilibre des phases est fragile et les perturbations faciles à produire et difficiles à surmonter.

Il est permis de penser que le degré et l'harmonie du développement des appareils musculaires et nerveux sont appelés à jouer un rôle important dans l'établissement de l'équilibre fonctionnel. Quelque retard dans le développement de l'ensemble, à plus forte raison un certain décalage dans le développement des divers éléments qui entrent dans la constitution de ces appareils, accroissent les difficultés de l'adaptation, en augmentant la sensibilité de la fonction aux actions perturbatrices. C'est par là que les fonctions digestives des nourrissons subissent l'influence des moindres *anomalies du développement* des organes et des tissus, anomalies qui restent *susceptibles de se réparer spontanément par les seuls progrès de ce développement,* ce qui ne saurait être le cas de malformations congénitales proprement dites. C'est parce qu'il en est ainsi que cette fragilité de la fonction n'est que transitoire et que, si la période critique a pu être franchie, elle disparaît d'elle-même après quelques mois d'exercice et d'entraînement.

***

Je ne me propose pas d'entrer dans la discussion du choix à faire entre le traitement médical et le traitement chirurgical ; tout le monde s'accorde à reconnaître que l'intervention opératoire est souvent nécessaire dans les cas graves, et qu'on ne doit pas attendre pour y avoir recours que l'aggravation de l'état général en ait compromis les chances de succès. La décision à prendre dans les divers cas particuliers est une question d'espèces : elle relève de l'expérience et de la compétence du clinicien, elle affecte à l'occasion un caractère d'urgence qui la rend indépendante des controverses pathogéniques. La conception que je viens d'exposer ne doit apporter aucune modification à cette partie du problème clinique : par contre elle est de nature à fournir quelques directives générales sur les modalités du traitement médical à employer, tant au premier signe d'alarme, que pendant toute la période pendant laquelle ce traitement reste permis ; elle est également de nature à montrer la possibilité et l'utilité de mesures prophylactiques.

Des règles diététiques peu précises, plus empiriques que rationnelles, des applications chaudes, des lavages de l'estomac, des médicaments nervins et plus spécialement l'atropine à doses assez élevées, sont les moyens qui, bien qu'ils échouent souvent, paraissent mériter le plus de confiance. A ces moyens il faut ajouter les injections sous cutanées de lait, proposées par Weill dans des cas dont il attribuait la production à une intolérance anaphylactique par le lait ; injections dont il attribuait par suite l'efficacité à leur action désensibilisante élective, mais qui pourraient bien, par une action de choc, exercer des effets curatifs dans un domaine plus étendu que celui que leur assignait leur auteur.

Il est en effet manifeste que les *actions de choc, par la secousse qu'elles impriment aux équilibres fonctionnels,*

(1) Cité dans la thèse de Yovanovitsch. Lyon 1926, p. 57.


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS

sont éminemment aptes à rompre les cercles vicieux de réflexes qui provoquent les syndromes paroxystiques de déséquilibres des phases (1).

Les progrès à réaliser dans cette voie doivent consister à écarter les chocs généraux, irréguliers et aveugles, pour leur substituer en toute occasion des *chocs localisés à action élective sur des déséquilibres définis*, choisis suivant la nature de leur action sur les phases fonctionnelles défaillantes dans chaque cas particulier. Les badigeonnages de gaïacol, par leur nature élective sur le déséquilibre thermique, fournissent un exemple de cette nature ; la provocation mécanique des vomissements, et plus encore les *lavages de l'estomac*, par les réflexes gastriques violents qu'ils provoquent, exercent sans doute une action comparable sur le déréglement du transit stomacal et de ce fait *peuvent être utiles, alors même qu'ils n'ont aucun liquide de stase à évacuer.*

Pour obtenir une action efficace des *agents thérapeutiques*, il faudrait pouvoir les choisir non pas seulement suivant le sens de l'action globale qu'ils exercent sur les diverses fonctions organiques, seule envisagée le plus souvent, mais surtout *suivant le sens de leur action sur les deux phases opposées de chacune de ces fonctions*, comme il arrive par exemple pour les agents vasculaires, dont les uns sont vaso-constricteurs et les autres vaso-dilatateurs. Dans cette voie il faut tenir compte que la plupart des médicaments qui exercent une action sur le système sympathique sont amphotropes et peuvent provoquer, comme l'a montré Daniélopolu, des *effets de sens contraire suivant les doses employées* ; c'est sans doute le motif pour lequel on a reconnu que l'atropine n'exerce des effets utiles sur la maladie pylorique du nourrisson qu'à des doses relativement élevées.

Il serait encore plus important, pour les syndromes fonctionnels du type de celui qui nous occupe, de disposer de moyens efficaces pour ramener à un fonctionnement normal, les appareils récepteurs des excitations et les centres réflexes touchés par l'inversion, en rendant aux premiers leur capacité de discrimination et aux seconds la rectitude de leurs réactions ; mais c'est là un desideratum dont rien ne permet encore d'entrevoir la réalisation.

Il n'est pas douteux que le choix des aliments, celui des quantités ingérées et de leurs intervalles, celui de leur température, voire même celui de leurs moyens d'administration, au sein, au biberon ou à la cuillère, exercent sur les réflexes régulateurs des phases des actions particulières ; mais celles-ci sont trop individuelles pour qu'il soit possible de les prévoir et de les soumettre à des règles générales, alors que l'on peut souvent arriver à les fixer par tâtonnements, dans chaque cas, grâce à une étude attentive et à une analyse éclairée des phénomènes observés. C'est en mettant en œuvre les précautions nécessaires, dès le début, au premier signe de déréglement, que l'on peut en attendre les meilleurs effets.

Au lieu d'abandonner à lui-même *le développement physiologique de la fonction*, sans autre directive que les règles générales habituelles, il faut, en pareil cas, s'efforcer de le remettre dans la bonne voie par une *rééducation méthodique*, qui, adaptée aux indications de chaque cas particuliers, constituera un véritable traitement prophylactique. Je ne puis que signaler aux cliniciens d'enfants cet aspect particulier de la question ; je ne saurais en entreprendre l'étude, qui exigerait une expérience et une compétence pédiatriques que je ne possède pas, ainsi que des matériaux d'études dont je ne dispose pas.

(1) L. Bard. — De la physiologie pathologique générale des phénomènes de choc et du mécanisme de leurs effets curateurs. (*Presse Médicale*, 1926, pp 417-420.)

***

Quelques similitudes que la théorie du pylorospasme et celle que je propose puissent présenter au premier abord, elles diffèrent en réalité profondément l'une de l'autre, aussi bien sur le terrain de la clinique que sur celui de la pathologie générale :

Tout d'abord la première n'invoque que la *fermeture pathologique du pylore*, alors que la seconde met en cause l'*ensemble de la fonction motrice de l'estomac.*

En second lieu la théorie spasmodique fait de la maladie pylorique du nourrisson *un trouble pathologique de caractère surajouté, extérieur à la fonction elle-même*, participant à l'imprécision et à l'incertitude de la pathogénie des spasmes.

La théorie du déséquilibre des phases en fait une *maladie du développement physiologique de la fonction motrice de l'estomac*, en rapport avec la *fragilité de son équilibre au cours de la période critique de son adaptation progressive* aux besoins de la digestion, pendant les premiers mois de la vie ; elle la rattache de plus nettement aux lois générales des troubles fonctionnels viscéraux.

Le rôle, que jouent les réflexes régulateurs des phases dans le maintien de cet équilibre, explique l'influence et le mécanisme d'action de toutes les causes susceptibles de provoquer des réflexes perturbateurs ; par là même il permet la recherche rationnelle de méthodes susceptibles d'en prévenir ou d'en réparer les effets pathologiques.

Le tétanos puerpéral,

Par

J. CHALIER et J. ROUSSET.

D'après Rose, le tétanos puerpéral entre dans la statististique générale des cas de tétanos dans la proportion de 3 %. Le pourcentage actuel est sans doute encore plus infime, car le tétanos post partum a disparu de façon à peu près complète du fait de l'hygiène de l'accouchement ; on ne rencontre plus guère que le tétanos post abortum.

Il n'en conserve pas moins un certain intérêt et l'on peut se demander si l'on n'améliorerait pas son pronostic, en appliquant ici, comme dans d'autres formes du tétanos, une sérothérapie intensive, en particulier par voie veineuse.

Historique.

Le tétanos puerpéral est connu de longue date. On en trouvera l'historique détaillé dans l'importante communication de Sépet (1) qui a réuni 123 cas et en apporte lui-même deux autres.

En 1926, à propos d'un cas personnel, Auvray reprend la question à l'Académie de médecine et publie avec Frantz (2) une étude d'ensemble comportant 54 cas nouveaux.

Si l'on ajoute à toutes ces observations celle que nous avons eu l'occasion de rapporter récemment à la Société des sciences médicales de Lyon (25 janvier 1928) et les sept autres que nos recherches bibliographiques nous ont permis de réunir, cela porte à 187 les cas documentaires utilisés pour ce travail.

◆◆

Sans doute, le tétanos puerpéral se fait de plus en plus rare grâce aux précautions d'asepsie dont on entoure les accouchements et il est bien évident que nous ne verrons plus des épidémies comme celles qu'étudia BLACHEZ ou encore celle qui plus près de nous ravagea la Maternité de Prague en 1898 (*).

Mais si l'accouchement normal et les différentes interventions obstétricales ne donnent plus de tétanos post-partum, il reste pourtant une grande cause : c'est l'avortement et surtout l'avortement criminel. L'instrument perfectionné ou de fortune de la faiseuse d'anges, les injections prises sans précaution par une avortée qui dissimule sa grossesse et son interruption, restent les grandes causes du tétanos post-abortum dont l'exceptionnelle gravité justifie le traitement que nous préconiserons et qui, associé ou non au traitement chirurgical suivant les cas, pourra sans doute rendre moins sombre un pronostic particulièrement sévère (**).

Etiologie.

Le bacille de Nicolaïer peut être introduit dans l'utérus au cours d'un accouchement ou d'un avortement criminel par un instrument septique ; soit après l'avortement, quelle qu'en soit la nature, par le liquide des injections. KUHNAU a signalé cette origine et il est fort probable que le cas que nous avons observé récemment relevait de ce mécanisme.

A côté de ces grands facteurs de contamination, le rôle des poussières paraît bien secondaire et dans les observations apportées à l'appui de cette hypothèse on relève des particularités que l'on ne trouve que dans une infime minorité de cas : ainsi dans l'observation de PIT'HA (***) la malade était couchée à même le plancher.

Le grand facteur de tétanos puerpéral reste l'avortement criminel.

Si dans la statistique de Sépet, le pourcentage est en faveur du tétanos post-partum, les faits plus récents témoignent de la grande prédominance du tétanos post-abortum.

Auteurs	Années	Nombre total de cas	Post-partum	Post-abortum	Pourcentage p.-a.
Sépet	1898	125	75	50	49 %
Auvray	1926	54	13	41	76 %
Chalier et Rousset		8	1	7	87.5 %

Le tétanos peut s'associer à d'autres affections venant compliquer l'accouchement ou l'avortement : ainsi on peut le voir évoluer au cours d'une infection puerpérale comme dans le cas récent de MM. TRILLAT et BANSILLON (21), d'une rétention placentaire.

La rétention placentaire favorise aussi le développement du tétanos, de même d'ailleurs que d'autres lésions génitales : phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite, péritonite généralisée, etc. auxquels les auteurs ont vu s'associer le tétanos surtout dans les avortements criminels avec ou sans perforation utérine. Ainsi SCHNEIDER (19) a rapporté deux de ces cas.

Mais on peut très bien également le voir évoluer en l'absence de toute autre complication, ainsi que l'ont signalé bien des auteurs et comme nous l'avons vu dans notre cas personnel (9).

* Voir également ROSTHORN, épidémie de Graz in *Zentralblatt f. Gynäk*, 1899, p. 701. Discussion par OLHAUSEN et FLATAU.

** Sur 111 cas SCHNEIDER (Ueber Tetanus puerperalis nach Kriminellen Abort, *Klinische Wochenschrift*, 1925, n° 51) arrive au chiffre de 91 % de décès.

*** W. PIT'HA. — Kasuistischer Beitrag zur Actiologie, Symptomatologie und Therapie der puerperalium Tetanus (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, 1899, n°s 1 et 2. Analyse in *Zentralblatt f. Gynäk.*, 1899, p. 736).

Anatomie pathologique.

Il n'a rien été publié de bien nouveau depuis longtemps sur les lésions qu'on peut observer à la suite du tétanos puerpéral.

Dans le premier cas de Balthazard, rapporté par J. CAFFORT (8) des coupes histologiques ont été pratiquées ; elles ont montré comme d'habitude de nombreuses cellules déciduales caractérisant l'utérus gravide, avec à leur surface des staphylocoques et des streptocoques ; en profondeur il y avait des bâtonnets gardant le gram et identiques au bacille du tétanos, mais dépourvus de spores. Il n'y avait pas de doute sur la nature de ces bacilles puisqu'un ensemencement de débris de caduque avait permis d'isoler à l'état de pureté le bacille de Nicolaïer. La mise en évidence du bacille sur les coupes, comme dans ce cas, est un fait très rare.

Dans le second cas à l'ouverture du corps l'attention avait été attirée par des suffusions hémorragiques dans l'épaisseur des muscles grands droits de l'abdomen à la partie inférieure surtout et plus marquées du côté droit. Elles étaient plus abondantes dans la gaine du psoas surtout à droite, formant par places une nappe sanguine continue. Ces lésions devant être rattachées aux convulsions tétaniques qui avaient précédé la mort.

Bactériologie.

Depuis longtemps, les auteurs ont mis en évidence le bacille tétanique dans les sécrétions vaginales ou dans l'utérus après l'opération ou la mort, comme l'on vient de le voir pour la première observation de BALTHAZARD.

On l'a vu associé à d'autres germes comme l'avait déjà signalé ALBERT (*) dans d'autres formes de tétanos et comme dans l'observation déjà rapporté, de la thèse de CAFFORT.

Enfin on peut ne pas arriver à mettre le bacille en évidence et trouver seulement d'autres germes comme dans deux cas récents de SCHNEIDER (19) où cet auteur n'a trouvé que des streptocoques et des bacilles de la gangrène gazeuse.

Incubation.

Il y a lieu de distinguer, croyons-nous, le tétanos post-abortum du tétanos post-partum comme le fit autrefois VINAY (**).

Dans le deuxième cas, l'incubation est relativement longue, d'une durée moyenne de sept à huit jours et pouvant aller à dix et quinze jours ; mais comme le font remarquer AUVRAY et FRANTZ (2), elle n'est pas plus longue que celle du tétanos d'origine externe contrairement à ce qui était classiquement admis.

SÉPET déclare que c'est en général à la fin de la première semaine que l'affection débute ; VINAY, pendant la seconde. Cet auteur se base sur 42 observations : 19 avec début pendant la première semaine et 23 pendant la seconde, du neuvième au seizième jour ; six cas sur ces 23 avaient débuté au dixième et quatre au onzième. C'est au dixième jour qu'a débuté le cas récent de MM. TRILLAT et BANSILLON (21).

Pour l'avortement, VINAY ayant réuni 37 observations note que l'affection a débuté 21 fois pendant la première semaine. En réalité, en relisant les observations de tétanos post-abortum publiées depuis, on est frappé par la

* ALBERT F. — L'association microbienne dans l'infection tétanique, son importance en clinique (C. R. de la Société de Biologie, 1918, p. 1056).

** VINAY Ch. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, Paris, 1894, p. 744 et *Lyon médical*, 1891, tome LXVIII, p. 537 et 580.

briéveté de l'incubation de la plupart des cas : un à deux jours, deux à trois jours, du quatrième au sixième jour disent AUVRAY et FRANTZ.

L'incubation très courte semble bien l'apanage des cas suraigus. C'est l'impression qui se dégage de la lecture des observations publiées récemment.

En fait, c'est surtout pour les avortements criminels que l'incubation peut être exactement appréciée, pour les autres il est difficile presque toujours de préciser à quel moment s'est faite la contamination. Cette restriction est nécessaire avant de signaler les incubatious dites prolongées rapportées par les auteurs. Un tétanos au 41e jour a même été publié.

Etude clinique.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici le tableau clinique du tétanos à son début ou lorsqu'il est confirmé. Nous nous proposons simplement d'insister sur quelques points un peu particuliers.

Fréquemment, il évolue en même temps qu'une septicémie puerpérale ou une autre complication, ce qui peut masquer le début et modifier le tableau clinique, ainsi en était-il dans le cas de MM. TRILLAT et BANSILLON, où dès le deuxième jour la fièvre est apparue alors que c'est seulement au dixième jour que la malade a présenté du trismus, très peu de temps avant sa mort. On peut rapprocher de ce cas celui signalé par NIETZEL (16) dans lequel la fièvre survint dès le quatrième jour alors que le tétanos n'apparut qu'au dixième. Enfin dans les deux cas récents de SCHNEIDER (19), les malades avaient des péritonites.

Dans les cas semblables, l'infection puerpérale peut masquer le tétanos, celui-ci peut n'apparaître que dans les dernières heures de la vie et n'avoir le temps de se manifester que par la contracture des masséters. De tels cas peuvent passer inaperçus si on ne pense pas au tétanos, on peut même se demander si les signes qu'on observe ne doivent pas être rattachés à la septicémie puerpérale.

D'autrefois, au contraire, pour une cause quelconque on a noté pendant quelques jours une élévation de température, puis celle-ci revient à la normale pendant un jour ou deux et le tétanos se révèle seulement à ce moment, comme dans l'observation V rapportée par CAFFORT (p. 32).

Le terrain spécial sur lequel évolue l'affection peut donc imprimer dans certains cas un aspect particulier au tableau clinique. D'autrefois, au contraire, le tétanos évolue seul et son allure générale est celle que l'on a l'habitude d'observer dans ceux qui reconnaissent une autre origine, comme dans le cas que nous avons rapporté avec pourtant parfois quelques particularités tenant à la situation de l'organe qui a servi de porte d'entrée à l'infection.

Etant donnée la situation de cet organe, il n'est pas surprenant que l'affection se présente dans certains cas comme un *tétanos splanchnique* les auteurs ont souvent signalé la prédominance des contractions au niveau des muscles de la ceinture pelvienne.

COURTELLEMONT * note la localisation et la prédominance pendant une longue période de la maladie (la période terminale) des spasmes et de la contracture au niveau de la paroi abdominale antérieure, de la région lombo-sacrée et des membres inférieurs. Il semble que la toxine ait accentué ses effets sur le segment de moelle qui répond à l'organe d'où est parti l'infection, phénomène analogue par certains côtés à celui qu'on observe dans les tétanos partiels.

* COURTELLEMONT. — *Progrès médical*, 19 août 1911, p. 404 et 405.

Ces points étant signalés, on peut dire qu'en dépouillant les observations publiées, on voit que le premier symptôme généralement noté est le trismus, parfois précédé de vagues douleurs de type rhumatismal dans les jambes et le bas ventre comme dans l'observation V de ROTHSCHILD (*).

Les contractures se généralisent ensuite plus ou moins vite. Les contractures pharyngées provoquent une dysphagie croissante qui peut d'ailleurs apparaître en même temps que le trismus. La généralisation peut atteindre tous les muscles et réaliser toutes les attitudes classiques. Dans le cas que nous avons observé il y avait en plus des contractures des muscles du bassin qui soulevaient celui-ci du lit à peu près toutes les deux minutes. Elles étaient apparues le lendemain de son entrée dans le service c'est-à-dire au cinquième jour de l'évolution. Celle-ci ayant débuté par le trismus classique puis ayant gagné les muscles de la nuque, du tronc et des membres supérieurs.

La généralisation des contractures lorsqu'elle atteint les muscles grands droits empêche de suivre l'involution utérine.

De même que les attitudes spéciales sont observées ici comme dans les autres formes de tétanos, les crises de suffocation, les spasmes du diaphragme, n'ont rien de particulier dans le tétanos utérin.

Les signes du pouls, de la respiration, sont également les mêmes.

Pour la température on a voulu schématiser et ranger les courbes en trois types : il y a des cas dans lequel la température s'élève à peine ou reste normale pendant toute la durée de la maladie : il y a des cas dans lesquels, normale au début, elle s'élève lentement d'abord, puis brusquement de très haut dans la dernière phase ; enfin, parfois la température est haute dès le début et va croissant jusqu'à la fin où il n'est pas rare d'observer les chiffres de 40 à 43° (**).

Nous ne croyons pas qu'on puisse être aussi schématique. Toutes les éventualités peuvent se voir et le cas par exemple que nous avons publié ne ressemblait à aucun de ces types. Enfin il est bon de noter que lorsqu'on fait une sérothérapie intensive, celle-ci a une répercussion nette sur la marche de la fièvre comme elle en a une sur les contractures. Enfin il faut se rappeler qu'une affection évoluant concurremment peut également imprimer un type spécial à la courbe de température.

La même remarque s'impose à propos des frissons si souvent signalés surtout comme signe de début.

En ce qui concerne la généralisation exceptionnelle des contractures, HOUËL et SUDAKA (13) avaient déjà remarqué que cette notion classique était loin d'être la règle générale. LAPAUZE (***) en effet a noté que dans six cas sur treize de tétanos post-abortum elles demeurèrent localisées. Elles furent au contraire généralisées dans les sept autres cas. Dans l'observation de HOUËL et SUDAKA, quoique la malade soit morte en 48 h., elles avaient eu le temps de se généraliser. Il semble que cette constatation soit également vraie pour les cas du post-partum.

J. CAFFORT écrit du trismus dans le tétanos post-abor-

* ROTHSCHILD. — Zwei Fälle von Tetanus puerperalis (*Munchener med. Wochenschrift*, 1922).

** On trouvera plusieurs courbes publiées dans le mémoire déjà cité de Pit'ha.

*** LAPAUZE. — Le tétanos utérin abortif (Thèse de médec. Bordeaux, 1919, n° 6, in-8, 66 p.).

tum qu'à l'inverse des cas ordinaires où il apparaît précocement il est ici assez tardif ainsi que les contractures qui se localisent d'abord aux muscles de la nuque et du dos, mais n'ont pas le temps de gagner les membres et de se généraliser en raison de l'évolution particulièrement rapide de l'affection. Sans revenir sur la seconde partie de cette phrase pour laquelle nous renvoyons au paragraphe ci-dessus nous pouvons dire que dans presque tous les cas de tétanos post-abortum que nous avons dépouillés, le trismus était signalé comme le premier signe, avec une constance remarquable aussi bien dans le tétanos post-abortum que dans le tétanos post-partum.

Nous ne croyons pas qu'on puisse faire pour ces deux variétés étiologiques du tétanos puerpéral des tableaux cliniques différents.

Vinay avait déjà signalé la constipation opiniâtre du début et, vers la fin, l'incontinence des urines et des matières fécales. On trouvera dans le livre de cet auteur une remarquable description clinique des malheureuses malades en proie à cette redoutable affection et qui conservent jusqu'à la fin la conscience de leur état.

Diagnostic.

Dans l'immense majorité des cas il ne se discute même pas. De tous ceux discutés par les classiques et par Vinay en particulier il n'y a guère à retenir que la tétanie, mais il faut se rappeler qu'elle n'apparaît que pendant la grossesse et la lactation et surtout que les contractures sont intermittentes.

Les cas qui surviennent au cours d'une infection puerpérale peuvent être au début d'un diagnostic plus délicat et la valeur des signes observés doit être discutée avant de les rapporter au tétanos.

Evolution.

D'emblée il faut distinguer deux formes : la forme aiguë et la forme chronique.

Courtellemont (*) avait déjà insisté sur la nécessité de cette division pour étudier l'évolution mais il avait voulu opposer les deux formes : il faisait de la première une forme purement splanchnique caractérisée par l'incubation longue (huit à dix jours et plus), l'intensité du trismus, de la dysphagie, de l'hydrophobie, la précocité et l'intensité des accès de spasme laryngé et diaphragmatique (crise d'étouffement) : l'absence de généralisation, des contractures, la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

La deuxième au contraire a une incubation longue (dix jours) avec généralisation ou quasi-généralisation des contractures, pas de crises d'étouffement, trismus incomplet, marche lente, début lentement progressif, durée totale d'un mois, enfin guérison.

Pour lui les deux tableaux cliniques s'opposent sur presque tous les points.

Nous avons vu à propos de l'étude clinique ce que Lapauze, Houël et Sudaka avaient dit quant à la généralisation des contracture. Les dépouillement des observations publiées ne permet pas d'accepter une division aussi formelle. En particulier, parmi les cas récents, ceux de Rothschild, Caffort, Schneider, le nôtre, ne sont pas en faveur de cette façon d'envisager les choses.

La division en tétanos aigu et tétanos chronique doit évidemment être conservée car elle répond à la réalité. Mais la forme aiguë telle que la décrit Courtellemont ne répond pas à l'idée que nous nous en faisons après examen des observations publiées, elle ne répond même pas à la forme suraiguë puisque parmi les cas récents seulement la première observation de Balthazard (in thèse Caffort) et celle de Houël et Sudaka, pour ne parler que des récentes, signalent la généralisation des contractures malgré la brièveté de l'évolution.

En réalité il y a des formes suraiguës tuant en quelques heures et des formes aiguës évoluant en quelques jours qui peuvent se borner au trismus et à la raideur de la nuque ou l'hydrophobie ou bien au contraire présenter d'emblée le type du tétanos généralisé.

L'évolution rapide de ces formes tuant en quelques heures dans l'immense majorité des cas, l'intensité des signes cliniques observés permettent leur individualisation en un tétanos aigu à incubation généralement courte avec des signes cliniques au maximum et une évolution presque toujours rapide et fatale en un à six jours.

La forme chronique au contraire a une incubation généralement longue, les contractures se généralisent fréquemment, mais le trismus est moins marqué, il n'y a pas de crises d'étouffement, le début est progressif. La marche est lente. L'évolution est longue et la guérison peut survenir dans les cas heureux.

Il est difficile de dire la fréquence relative de chaque forme dans les cas post-abortum et dans les cas post-partum.

Le tétanos chronique dans la statistique d'Auvray comprend le quart du nombre total des cas. Ce chiffre semble bien correspondre à la réalité au moins pour les cas publiés depuis les travaux de Sépet et de Vinay.

Pronostic.

Des cas à évolution favorable ont été cités dans la forme chronique. Le chiffre de la mortalité dans les cas aigus est pour Schneider (19) de 91 %. Il est très voisin de celui cité par Sépet (1) de 88 % et par Kentmann de 93 %.

Traitement.

Le traitement prophylactique comporte d'abord l'ensemble des précautions d'asepsie dont on doit entourer toute intervention obstétricale, mais c'est aussi la sérothérapie préventive pour certains auteurs.

Le faible pourcentage de tétanos observés fait repousser, bien entendu, l'idée de la faire systématiquement dans tous les cas d'avortement. Mais il est bien évident que si on obtient des aveux et que ceux-ci montrent l'absence d'asepsie, une injection de sérum antitétanique est une excellente précaution. Auvray procède ainsi. C'est également l'opinion de Houël et Sudaka, qui après Scherb * ont signalé l'emploi dans le nord de l'Afrique comme instrument abortif de la « queue de persil » (petroselinum savitum), agent évidemment plus que suspect.

Au point de vue curatif, le traitement chirurgical a été proposé depuis longtemps. Les auteurs discutent entre l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. Chaque opération ayant ses défenseurs. Nous ne croyons pas que les résultats publiés jusqu'à ce jour aient montré une amélioration appréciable des statistiques par l'adjonction du traitement chirurgical à la sérothérapie.

Sans doute l'état local peut commander des interventions, mais celles-ci n'ont rien de particulier. On videra soigneusement l'utérus pour éviter toute rétention par curage ou curettage.

On donnera des injections antiseptiques, on pourra même faire de l'instillation continue.

* Courtellemont. — *Loc. cit.*, p. 405.

* Scherb. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1890.



Mais le seul véritable traitement reste la sérothérapie. On y a adjoint le sulfate de magnésie, la glycérine phéniquée suivant la technique de Bacelli. Le plus souvent il suffira d'y adjoindre une thérapeutique symptomatique par le chloral suivant les méthodes classiques.

Cette sérothérapie doit être intensive.

Nous remarquons après bien des auteurs que les doses injectées sont trop faibles mais surtout nous estimons que la voie intraveineuse est la voie idéale, AUVRAY (2) signale que seul SCHNEIDER l'a utilisée. Or HOUEL et SUDAKA l'avaient aussi employée. Le même auteur pense que les contractures peuvent gêner les injections. Pourtant tous les tétaniques qui sont traités dans le pavillon des contagieux à l'hôpital de la Croix-Rousse le sont par cette voie et jamais les contractures n'ont empêché une seule injection.

Nous estimons, à l'encontre de presque tous les auteurs, que les injections intra-rachidiennes sont inutiles et inefficaces.

Il faut recourir aux doses fortes. On injectera au moins cent cinquante à deux cents centimètres cubes de sérum tiédi, dont la moitié le sera par la voie intra-veineuse, et on continuera ces doses chaque jour en deux fois, matin et soir, jusqu'à guérison complète. C'est en procédant de la sorte que d'autres formes de tétanos ont pu être guéries. Le sérum que nous employons est du sérum ordinaire, non désalbuminé. Aucun accident n'a jamais été observé. Mais par contre on constate une action nette sur les contractures.

Cette façon de faire qui s'est révélée efficace dans d'autres circonstances pourra peut-être, surtout si elle est employée précocement améliorer un pronostic que tous les auteurs s'accordent à montrer particulièrement sombre.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans la communication de SÉPET (1) une bibliographie des travaux antérieurs à 1898 et dans l'article d'AUVRAY et FRANTZ (2) celle de ceux antérieurs à 1926. Nous n'avons signalé ici outre ces deux articles que les publications qui ne l'ont pas été par ces auteurs et celles publiées depuis juillet 1926.

1. SÉPET. — Du tétanos puerpéral Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille 1898. (Marseille, 1899. Imprimerie du Journal, p. 207 et suiv.)
2. AUVRAY et FRANTZ. — Le tétanos utérin d'origine puerpérale. (*Gazette des Hôpitaux*, 21 juillet 1926, p. 932.)
3. AUVRAY. —Le tétanos post-abortum. (*Revue Internationabe de Médecine et de chirurgie*, n° 9, septembre 1926, p. 113.
4. AUVRAY et HULLE. — Le tétanos utérin post-abortum. (*Art. Méd.*, n° 35, p. 29.)
5. BAART DE LA FAILLE. — Tétanos post-abortum. (*Beiträge zur Geburtsh und. Gynæk.* 1872, II Bd. Heft 1.)
6. BOUGARDT HEINRICH. — Tetanus puerperalis. Dissertation. (Frankfurt, 1924.)
7. BOYD A. — Case of tetanus following abortion. (*The Medical Presse and Circular.*, juin 10, 1874.)
8. CAFFORT J. — Etude médico-légale du tétanos. (Thèse Médec. Paris. 1926, n° 143, Jouve, édit.
9. CHALIER J. et J. ROUSSET. — Tétanos post-abortum. (*Lyon Médical*, 1928.)
10. DELBET. — Sur un cas de tétanos obstétrical. (*Le Concours Médical*, 26 juin 1926, p. 1.513.)
11. GANGLEY Mc. — A Case of abortion. (*Philad. med. Times*, June 10, 1874.)
12. HŒPFFUER. — Tétanos puerpéral consécutif à un avortement. (*Gazette Médicale de Strasbourg*, 1874, n° 10.)
13. HOUEL et SUDAKA. — Un cas de tétanos post-abortum. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1924, p. 505.)
14. KIRALYFI. — Tetanus puerperalis. (*Pester med.-chir. Presse*, 1886, n° 9-11.)
15. MULLER et PAUCOT. — Un cas de tétanos post-abortif. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1921.)
16. NIETZEL 20. — Fall of tetanus puerperalis. (*Hygiea*, 1885. *Swenska läkaresallsk för and*, p. 152.)
17. PROST. — Tétanos puerperal. (Geburtshilfliche Gesellschaft, séance du 27 février 1924.
18. SCAGLIONE. — Tétanos puerpéral. (*Rivista Italiana di Ginecologia*, Vol. II. fasc. III, avril 1924.)
19. SCHNEIDER G. H. — Zwei Falle von Tetanus puerperalis nach kriminellen Abort (*Med. Klin.*, 1926, xxii, 134.)
20. SÉPET. — Deux cas de tétanos puerpéral. (*Gazette hebd. Méd. et de Chir*, 1898, n° 90.)
21. TRILLAT et BANSILLON. — Un cas de tétanos post-partum. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1927, p. 390.)
22. WILTSHIRE. Alf. — On tetanus after abortion. (Transact of the obstetrical soc. of London, 1872.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le mal de Pott de l'adulte.

Par M. Ch. CLAVELIN
Médecin-Major de 1re classe,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

I. — Définition.

Anatomie pathologique et radiographique. Symptomatologie. Formes cliniques.

Sous le terme de mal de Pott on désigne la tuberculose vertébrale antérieure, c'est-à-dire la tuberculose du corps de la vertèbre, les lames et les apophyses transverses ou épineuses restant intactes.

Les lésions d'ostéite de ces lames et apophyses, ayant une symptomatologie et une évolution très différentes de celles de la tuberculose vertébrale antérieure, doivent en être complètement séparées.

L'ostéite tuberculeuse du corps de la vertèbre gagnant le disque intervertébral est une véritable ostéo-arthrite ; aussi retrouverons-nous dans son étude, avec naturellement leurs caractères particuliers, tous les symptômes étudiés aux chapitres précédents.

Mais, du fait même de sa localisation la tuberculose vertébrale antérieure va avoir une évolution anatomopathologique particulière qui va commander en quelque sorte toute la symptomatologie.

Anatomie pathologique et radiographique

1° Lésions osseuses. — Les corps vertébraux de l'adulte dont l'ossification est achevée résisteront au processus, de destruction. Aussi les lésions seront elles le plus souvent beaucoup moins étendues que chez l'enfant et seront à type limité.

Tantôt on aura de véritables cavernes, creusant le corps de la vertèbre, respectant l'architecture générale du rachis : tantôt ce seront des effondrements partiels, souvent unilatéraux. Ces lésions n'atteindront qu'une seule vertèbre ou deux, parfois trois à la région dorsale. D'autres fois enfin on observera des lésions osseuses très minimes, difficiles même à voir sur le cliché radiographique, véritable ostéite superficielle qui peut créer des décollements périostés très étendus.

Le résultat est que les déformations apparentes seront beaucoup moins accentuées que chez l'enfant : les gibbosités, lorsqu'elles existeront à la région dorsale, seront discrètes, le plus souvent on observera une légère scoliose due à un tassement unilatéral ou une saillie en arrière de l'apophyse épineuse de la vertèbre malade.

Nous retrouvons dans l'étude détaillée de la lésion osseuse les stades classiques : ulcération, destruction, sclérose, se succédant toujours suivant les principes généraux de la tuberculose ostéo-articulaire.

L'ULCÉRATION. — Dans la très grande majorité des cas le point de départ de la lésion se trouve sur la face inférieure ou supérieure d'une vertèbre, le disque intervertébral correspondant a été rapidement envahi et détruit partiellement d'abord. Cette destruction partielle provoque un rapprochement des corps vertébraux qui, sur le cliché, se traduira par un *pincement* de l'espace intervertébral correspondant, signe précieux du début du mal de Pott.

DESTRUCTION. — Mais le processus tuberculeux continuant son évolution, le poids du segment du corps susjacent à la lésion ajoutant le phénomène mécanique de l'ulcération compressive décrite par Lannelongue, les destructions ne tardent pas à se produire.

Fonte presque complète de la moitié d'un corps vertébral : destructions limitées à un côté, à une partie du corps vertébral, cavernes plus ou moins étendues dans lesquelles un bord du corps vertébral voisin viendra parfois pénétrer, refoulant à l'extérieur la corticale du corps partiellement détruit, ce qui pourra donner de faux aspect de spondylose ; simples érosions sur les faces correspondantes des corps vertébraux atteints.

Plus rarement, les destructions porteront sur deux corps vertébraux, l'un étant en général plus atteint que l'autre. A la région dorsale, on pourra même observer des lésions plus étendues portant sur trois, parfois même, mais exceptionnellement, sur quatre corps vertébraux.

Les destructions sont donc beaucoup moins accusées que chez l'enfant, aussi les déviations du rachis seront elles moins importantes et facilement corrigées par des courbures de compensation des segments sus et sousjacents à la lésion.

La gibbosité, lorsqu elle existera à la région dorsale, aura tous les caractères de la gibbosité pottique, c'est-à-dire qu'elle sera postérieure, médiane et angulaire, mais son angulation ne sera jamais telle qu'elle provoque les déformations thoraciques que l'on peut rencontrer chez l'enfant.

Insistons encore sur ce fait que, à côté de ces destructions localisées, il existe chez l'adulte des types diffus et superficiels ne se traduisant radiographiquement que par le minimum, parfois l'absence de lésions visibles, mais qui s'accompagnent de décollements secondaires très étendus.

Si nous résumons cette phase de destruction, nous constatons la fréquence des lésions limitées, et l'existence de cavernes dans lesquelles les clichés décèlent parfois la présence de séquestres.

Ces particularités sont en un sens favorables, mais la contre-partie se rencontrera à la période de sclérose.

SCLÉROSE. — Du fait même de la limitation des lésions, de la fréquence des cavernes, les surfaces détruites des corps vertébraux contracteront entre elles des rapports moins intimes.

La consolidation par ankylose osseuse, de règle chez l'enfant, sera beaucoup moins fréquente chez l'adulte. Chez lui, ce sera surtout une pseudarthrose fibreuse plus ou moins serrée que l'on rencontrera, avec tout le danger d'un réveil lors de la reprise des mouvements.

2° L'abcès ossifluent. — La lésion vertébrale ramollie constitue un véritable abcès tuberculeux qui va tendre à infiltrer les parties avoisinant le foyer.

On peut donc dire que l'abcès est constant au cours du mal de Pott, il constitue un symptôme plus qu'une complication.

Pratiquement, il ne sera pas accessible dans tous les cas ; l'infiltration se faisant plus ou moins aisément suivant les régions. Tantôt, trouvant une voie anatomique toute tracée comme une gaine musculaire, ou cheminant le long d'un paquet vasculo-nerveux, la collection purulente viendra se montrer à l'extérieur, parfois à très longue distance de son point de départ.

Tantôt, les dispositions anatomiques ne s'y prêtant pas, l'abcès ne sera pas perceptible cliniquement et nous devrons nous adresser à d'autres moyens d'investigation, comme la radiographie, pour le déceler.

Chaque région du rachis aura donc ses caractéristiques au point de vue marche des abcès et en étudiant les variétés anatomiques du mal de Pott nous verrons quelles sont les différentes variétés d'abcès qui doivent être systématiquement recherchées pour une région déterminée.

Enfin la facilité de la migration de l'abcès aura une répercussion sur les symptômes nerveux, nous dirons même sur les complications nerveuses du mal de Pott, qui aura d'autant moins de tendance à se produire que la collection purulente aura plus de facilité pour s'éloigner du rachis.

3° Les troubles nerveux. — La lésion tuberculeuse siégeant au contact du canal rachidien et de la moelle va pouvoir provoquer des troubles nerveux.

Ces troubles seront très variables suivant les cas et les localisations du mal de Pott : tantôt ce seront des douleurs d'apparence banale, dont la fréquence chez l'adulte donne au mal de Pott une allure particulière risquant d'égarer facilement le diagnostic, tantôt ce sera la paraplégie complète avec toute sa gravité.

Mais que l'on soit en présence de troubles radiculaires ou de troubles médullaires, nous trouvons toujours à leur origine l'évolution même de la lésion tuberculeuse.

Au début, *l'œdème*, qui existe autour du foyer pottique comme de tout foyer tuberculeux, va pouvoir, s'il acquiert un volume considérable, provoquer une compression de la moelle, en gênant de plus la circulation : audessous du cône terminal, il pourra venir comprimer les racines de la queue de cheval : au niveau des trous de conjugaison, malgré leurs dimensions, il pourra venir irriter plus ou moins les racines correspondantes.

Le résultat clinique sera l'apparition de troubles nerveux précoces, extrêmement variables suivant les cas et suivant les localisations, allant des douleurs vagues dans le domaine d'un tronc nerveux, à la paraplégie, en passant par la simple exagération des réflexes.

La paraplégie sera dans ces cas une paraplégie précoce apparaissant dès le début de l'affection, elle s'installera rapidement, sera parfois totale, mais elle régressera dans un temps relativement court dès que le traitement sera institué.

Un degré de plus, *l'abcès* est collecté. Lorsqu'il aura toutes facilités pour s'échapper loin du rachis, les troubles médullaires seront rares.

On pourra observer parfois des troubles radiculaires dus à la compression des nerfs par l'abcès au niveau des trous de conjugaison, ou au-delà comme nous avons eu l'occasion d'observer une paralysie du plexus brachial type supérieur par abcès ossifluent.

Mais lorsque l'abcès sera gêné ponr émigrer loin du rachis, il va avoir tendance à fuser à l'intérieur du canal rachidien. Or, de tous les segments du rachis, celui qui favorise le moins l'éloignement de l'abcès est le segment dorsal, aussi est-ce à son niveau que siègeront la très grande majorité des paraplégies.

Ces paraplégies par abcès apparaîtront dans la première période du mal de Pott, elles s'installeront rapidement, seront complètes, dureront plus longtemps que celles par œdème, mais seront curables.

Ces paraplégies auront dans la majorité des cas tous les symptômes des paraplégies par compressions, exagération des réflexes, contracture en extension ou parfois en flexion, troubles sphinctériens. troubles sensitifs.

Mais sans atteindre la paraplégie, les troubles de compression nerveuse seront dans la très grande majorité des cas représentés par une simple exagération des réflexes, complétés parfois de clonus de la rotule et de trépidation épileptoïde.

Ces paraplégies ne s'observeront naturellement qu'aux segments du rachis, en rapport avec la moelle. A partir de la deuxième lombaire, au niveau de la queue de cheval, les paraplégies seront exceptionnelles et revêtiront un type spécial, paraplégie flasque avec anesthésie en selle. Nous n'avons observé qu'un seul cas de ce genre (1) et Sorrel et Madame Sorrel sur quarante cas de paraplégie n'ont observé que deux cas de paraplégie par compression de la queue de cheval (2).

La compression dans le cas d'œdème et d'abcès est une compression extra-méningée, les troubles vasculaires provoqués disparaîtront complètement sans laisser de traces lorsque la compression sera levée. On s'explique ainsi la fréquence de la guérison de ce genre de paraplégie, et les lésions définitives de sclérose médullaire ne s'installeront que si la compression est intense et très prolongée.

Plus tard, la dure-mère, au contact de l'abcès, des fongosités, va s'infecter et être le siège d'une véritable *pachyméningite* qui va former un tubercule au contact de la moelle. Il y aura cette fois compression intraméningée, la moelle elle-même pourra être altérée et être le siège d'une véritable myélite tuberculeuse.

Ces paraplégies par pachyméningite seront des paraplégies tardives, de la deuxième ou troisième année du mal de Pott, elles s'installeront d'une façon lente et insidieuse, seront rarement complètes mais du fait même des altérations de la moelle elles seront en général plus ou moins définitives.

A côté de ces trois modes de paraplégie par œdème, par abcès, par pachyméningite, de beaucoup les plus fréquents, on peut observer, mais très rarement. des coms pressions par un séquestre libre. fragment d'un corpé vertébral détruit et que l'inflexion du rachis a repoussen arrière venant l'appliquer contre la moelle qu'il comprime.

Ces quatre causes de paraplégie sont les seules à retenir, les théories de compression par incurvation du canal rachidien au sommet d'une volumineuse gibbosité ou de compression par l'arête vive étant abandonnées et inexactes.

Symptomatologie.

« La gibbosité, la paralysie et l'abcès froid constituent une triade de symptômes donnant la vraie physionomie du mal de Pott. » Mais après avoir défini la physionomie du mal de Pott, Lannelongue se hâte d'ajouter « le tableau n'est pas toujours aussi fidèle, ces symptômes ne se succédant pas toujours dans le même ordre, étant inconstants même, il varie étrangement. »

Pratiquement, et en particulier chez l'adulte, la vraie physionomie du mal de Pott au début est constituée par l'inconstance des symptômes et les variations dans leur apparition et leur intensité.

Il conviendra donc de rechercher, par un examen clinique très précis, les éléments de la triade symptomatique en tenant compte de leur peu d'intensité ou de l'absence de certains chez l'adulte.

La radiographie et l'examen du liquide céphalo-rachidien viendront compléter l'examen clinique permettant dans certains cas de lever le doute qui pouvait subsister.

Examen clinique. — La *déformation osseuse* sera très minime dans la grande majorité des cas, elle se traduira à la région dorsale par une gibbosité discrète ou peu accentuée — à la région lombaire, ce sera un recul d'une apophyse épineuse formant une marche que le doigt accroche en remontant le long de la ligne épineuse — on pourra également observer une scoliose située au niveau du foyer dans les cas de tassement latéral, un redressement de la lordose lombaire normale. Ajoutons que, au niveau de la lésion, la pression sur les apophyses épineuses est douloureuse.

C'est sur le malade debout, si possible, que cet examen sera fait. Dans la même position, on recherchera la perte de souplesse du rachis qui traduit la *contracture* musculaire.

Cette contracture, véritable réaction de défense, va figer le rachis en rigidité souvent absolue, les différents mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale, de rotation sont complètement supprimés sur une très grande hauteur de la colonne vertébrale, les segments les plus éloignés de la lésion gardant seuls leurs mouvements.

D'autres fois, la contracture est plus discrète, moins intense et demandera à être recherchée avec quelque soin.

Pour cela on fera coucher le malade à plat ventre sur une table, les bras tombant en dehors, une main appuyant le thorax sur la table, de l'autre main on soulèvera les genoux, provoquant une hyperextension de la région dorso-lombaire et lombaire qui permettra de déceler des contractures même localisées.

On demandera ensuite au malade de se soulever sur les coudes, pendant qu'on lui maintient le bassin appuyé sur la table, ce qui provoquera de l'hyperextension de la colonne dorsale et cet examen sera complété par des mouvements d'inclinaison latérale du tronc.

L'*abcès ossifluent* sera recherché systématiquement dans les régions où il fuse d'après la localisation osseuse (1) : nous les indiquerons en détails en étudiant les variétés anatomiques.

Les *troubles nerveux* varieront depuis la simple exagération des réflexes jusqu'à la paraplégie complète avec troubles des sphincters qui demandera un examen neurologique complet.

Examen radiographique. — Nous ne reviendrons pas sur les lésions qui peuvent être observées et qui ont été étudiées à l'anatomie pathologique radiographique.

Nous insisterons simplement sur trois points : la nécessité de faire systématiquement des clichés de face et de

(1) Paralysies et paraplégies pottiques chez l'adulte (CLAVELIN. *Archives de médecine militaires*. septembre 1927.

(2) Madame le Dr SORREL-DÉJERINE. — Contribution à l'étude des paraplégies pottiques (Thèse Paris, 1926.)

(1) A. SICARD — Les abcès pottiques. *Gazette des Hôpitaux*, 14 mai 1927.

profil : l'existence de lésions très minimes visibles seulement sur les clichés faits en oblique : l'existence de maux de Pott authentiques, avec abcès, chez lesquels les radiographies les plus précises ne montreront pas de lésions osseuses visibles.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Sicard et Foix, en 1910, ont montré l'existence dans le liquide céphalo-rachidien des pottiques d'une hyperalbuminose contrastant avec la pénurie ou la déficience de réaction cellulaire.

Cette dissociation albumino-cytologique, qui se retrouve également dans toutes les compressions médullaires, peut présenter plusieurs degrés, allant de la simple dissociation au syndrome de Frouin.

Mais il est important de savoir que ce syndrome n'existe qu'au-dessous du foyer de compression, comme Madame Sorrel l'a encore démontré dans sa thèse, et que chez les pottiques il est bon d'être ménager des ponctions lombaires.

A noter la disparition de la dissociation et le retour du liquide céphalo-rachidien à un état normal avec la guérison de la paraplégie et la fin de l'évolution du mal de Pott, faits que nous avons également observés dans les cas où nous avons procédé à ces recherches.

Enfin le transit lipiodolé, suivant la technique de Sicard, pourra compléter l'examen clinique et radiographique pour déterminer, d'une façon très précise, la hauteur du segment comprimé au cours d'une paraplégie.

Examen général. — Rappelons pour mémoire que l'examen du malade pourra être complété par les réactions biologiques étudiées dans la première leçon et qu'il devra obligatoirement comporter l'examen de tous les organes et appareils susceptibles de présenter d'autres localisations tuberculeuses.

Formes cliniques.

Chez l'adulte, le début du mal de Pott peut être étudié sous quatre formes cliniques répondant aux éléments de la triade symptomatique.

Par ordre de fréquence décroissante nous étudierons donc : le début par des douleurs, le début par un abcès, le début par une déformation du rachis, et, de beaucoup le plus rare, le début par une paraplégie.

Début par douleurs. — Ce mode de début est extrêmement fréquent chez l'adulte et nous l'avons relevé chez les deux tiers de nos malades.

Les malades se plaindront d'abord d'une simple sensation de fatigue, plus que d'une douleur. Ultérieurement, des douleurs réelles vont s'installer, douleurs inconstantes, variables dans leur intensité, assez souvent nocturnes, plus ou moins diffuses, mais accusant déjà une certaine distribution qui va en s'accentuant et qui doit attirer l'attention. Une douleur persistante à la région cervicale, entre les deux épaules, ou s'irradiant dans un membre supérieur, conduira à examiner la région cervicale avant de parler de rhumatismes.

A la région thoracique les douleurs sont encore plus vagues. Irradiées dans un espace intercostal, elles seront qualifiées de névralgies intercostales ou interprétées comme les signes d'une pleurésie sèche conduisant à couvrir le thorax de pointes de feu, des deux côtés même si le malade accusait à la base du thorax les douleurs en ceinture si fréquentes. A la région dorso-lombaire et lombaire nous retrouverons les douleurs en ceinture situées plus bas que précédemment, mais d'autres formes viendront s'y ajouter risquant encore plus d'égarer le diagnostic.

C'est ainsi que l'on appellera lumbago des douleurs siégeant dans les masses latérales de la région lombaire croyant expliquer par ce diagnostic la contracture observée.

Plus fréquemment encore, on trouvera des douleurs irradiées à une fesse ou sur le trajet d'un sciatique, parfois véritable sciatique à bascule, qui fait que pendant des mois, quand ce n'est pas des années, le malade est traité pour sciatique ; dans d'autres cas, les névralgies sont accusées dans le domaine du crural, du fémoro-cutané, ou encore au niveau du bassin, attirant davantage l'attention vers les articulations sacro-iliaques que vers le rachis.

En plus de ces localisations, les douleurs pottiques présentent quelques caractères particuliers que Rœderer (1) a classés en quatre caractères principaux et deux caractères moins constants. Les caractères principaux sont les suivants : persistance de la douleur — retour à la même localisation après une accalmie plus ou moins prolongée — aggravation par la marche, la fatigue, un effort — disparition plus ou moins complète par le décubitus.

Les caractères secondaires, moins constants, sont les suivants : les irradiations se font de la racine vers les extrémités du membre : la douleur serait souvent bilatérale, en réalité il nous semble que ce dernier caractère est de beaucoup le plus inconstant.

Pour conclure, nous dirons que lorsque l'on se trouve en présence d'un adulte se plaignant de douleurs présentant les caractères que nous venons d'énumérer, il faut *toujours* songer à la possibilité du mal de Pott et pratiquer un examen minutieux du rachis.

Début par un abcès. — L'abcès étant à peu près constant au cours du mal de Pott, il n'est pas surprenant que ce soit le premier symptôme de la maladie, quand douleurs et déviations accentuées feront défaut. Capelle dans sa thèse sur le mal de Pott lombaire de l'adulte a noté dans 16 % des cas le début par l'apparition d'un abcès ; nous avons relevé chez nos malades cette forme de début dans 25 % des observations.

Fréquemment le malade s'aperçoit un jour d'une tuméfaction qui, dans la grande majorité des cas siège dans une fosse iliaque, sans que l'apparition de cet abcès ait été précédée d'une douleur si minime qu'elle fût. Quelquefois des douleurs ont bien existé mais si peu intenses, si fugaces, que le malade n'y avait attaché aucune importance.

Aussi est-il fréquent de voir ces malades arriver avec les diagnostics les plus erronés : éventration, hernie, adénite inguinale, abcès appendiculaire, etc.

Cette erreur de diagnostic est déjà regrettable en elle-même, elle l'est encore plus lorsqu'elle entraîne un traitement chirurgical et il n'est pas très exceptionnel de voir opérer des abcès ossifluents ainsi méconnus.

Aussi en présence d'une tuméfaction localisée à la fosse iliaque, au triangle de Scarpa, même à la fesse, tuméfaction apparue d'une manière torpide, faut-il se rappeler que chez l'adulte le mal de Pott évolue d'une façon très insidieuse, et, songeant à la possibilité d'une lésion pottique, aller rechercher systématiquement les autres symptômes.

(1) Rœderer. — *Bulletin Médical*, février 1923.

Début par déviation. — La déviation est très rarement le premier symptôme apparent du mal de Pott. Ceci n'est pas pour surprendre étant donné que les déformations sont le plus souvent peu accentuées.

Cette forme de début ne s'observera qu'à la région dorsale où les déviations sont le plus appréciables et l'histoire du malade est en général très simple.

Le malade ne s'est jamais plaint de son rachis, ne s'est aperçu de rien quant, à l'occasion d'un examen médical quelconque, le médecin trouve une gibbosité nette, postérieure, médiane et angulaire, caractéristique de la gibbosité pottique. Un examen complet, appuyé sur des radiographies, confirmera rapidement le diagnostic.

Parfois ce sera à la suite d'un traumatisme, d'une chute que l'attention étant attirée vers le rachis, on constatera la présence d'une petite gibbosité.

Toute lésion traumatique étant écartée, on peut se demander quel est le rôle du traumatisme dans l'apparition de la gibbosité. Autrement dit, a-t-il procuré simplement l'occasion d'examiner le rachis ou, au contraire, a-t-il réellement provoqué l'affaissement des corps vertébraux atteints.

Nous croyons que dans l'immense majorité des cas il ne fait que donner l'occasion d'examiner le rachis, mais nous avons eu l'occasion d'examiner un malade chez qui il semble que ce soit réellement la chute qui ait provoqué la gibbosité.

Début par paraplégie. — Il n'est pas exceptionnel de voir les phénomènes paralytiques apparaître les premiers, *avant tout autre symptôme de mal de Pott*, parfois même sans avoir été précédés des douleurs en ceinture qui avaient attiré l'attention des autres malades.

Sur onze cas de paraplégie pottique traités dans notre service de Percy nous avons relevé ce mode de début chez quatre malades.

Chez les malades de cette catégorie, les premiers symptômes se retrouvent les mêmes : fatigue rapide — faiblesse des membres inférieurs — sensation de « plomb dans les jambes », auxquels s'ajoute rapidement un dérobement brusque des membres inférieurs au cours de la marche ou des exercices. Puis une paraplégie complète ne tardera pas à succéder à ces phénomènes.

Chez ces malades tous les diagnostics paraissent avoir été envisagés, sauf celui de paraplégie pottique : erreur d'autant plus facile que les déformations du rachis n'existent souvent pas, mais facile à éviter si, connaissant la symptomatologie fruste du mal de Pott de l'adulte, on songe à la possibilité d'une lésion pottique que l'examen clinique et radiographique aura vite fait de déceler.

VARIÉTÉS

Souvenirs professionnels.

Un échec de la suggestion thérapeutique ou le magicien désappointé.

C'était une noble dame sur le retour, ayant petit hôtel et grand renom d'ancienne *professionnal beauty* du *high life*.

Je lui avais été présenté au cours de mon internat par un de mes maîtres, chirurgien, qui m'avait confié le soin de l'anesthésier pendant une petite opération chirurgicale. Ayant beaucoup redouté cette chloroformisation qui s'était passée sans incident, elle avait probablement conservé un bon souvenir de mon modeste rôle ; car, étant praticien depuis quelque temps déjà, je reçus d'elle une aimable lettre, me priant de l'accompagner chez un dentiste, aussi *select* qu'américain, pour l'extraction d'une dent, qui lui causait de violentes névralgies. L'anesthésie locale par la cocaïne n'était pas encore usitée.

La dent fut extraite après quelques bouffées de vapeurs chloroformiques. Le dentiste signala la nécessité prochaine d'enlever d'autres dents en trop mauvais état pour permettre la prothèse. Mais il déplut, je ne sais pour quelle raison.

Ce fut chez un autre opérateur que je fus convoqué quelques semaines plus tard pour une nouvelle anesthésie. Outre ses névralgies, ma cliente accusait alors des accès de constriction des mâchoires, logiquement imputables aux épines dentaires, et elle exigea que cette fois toutes les dents subsistantes fussent extraites, afin de laisser place nette à un appareil prothétique complet.

Hélas ! avant que celui-ci fut mis en place, le trismus intermittent avait dégénéré en trismus permanent et bientôt je fus appelé, non chez un dentiste, mais dans le petit hôtel, où je trouvai la pauvre édentée les mâchoires absolument serrées, au point que la parole était à peu près inintelligible et que l'alimentation était presque impossible.

Près d'elle je rencontrai un confrère, qui la soignait d'ailleurs assez irrégulièrement ; elle ne se privait pas de consulter tour à tour Pierre, Paul ou Jacques, au hasard des racontars mondains et de ses caprices personnels.

Le confrère et moi, nous fûmes d'accord sur l'existence d'un état névropathique ayant favorisé la contracture à l'occasion de l'odontalgie, mais survivant à celle-ci malgré l'ablation de l'épine provocatrice. Nous conclûmes en termes précis à un trismus hystérique.

Charcot régnait alors et l'hystérie aussi. « Hystérie ! » l'antique et irrationnel vocable était toujours le « Montjoie, St-Denis » de ses leudes. Pourtant je pense que mon ami Babinski devait déjà receler dans son sein sa conception du « pithiatisme », s'il n'avait pas encore trouvé le mot même, qu'il nous révéla plus tard. Tel, comme dit Musset, dans son charmant tableau des dimanches chez Nodier à l'Arsenal :

> Hugo portait déjà dans l'âme
> « Notre Dame »
> Et commençait à s'occuper
> D'y grimper.

Mais où m'égare l'influence des anniversaires romantiques ? — Je reviens aux masséters contracturés.

Mon confrère et moi, associant nos efforts thérapeutiques, pinçâmes successivement, puis simultanément

toutes les cordes de la lyre des antispasmodiques alors usités : polybromures, valérianates, castoreum, asa fœtida, même le sagapenum ou « gomme séraphique », *per os* difficilement et plus souvent *per anum*. Vains efforts. La situation devenait inquiétante, l'alimentation étant de plus en plus réduite. Nous proposons l'isolement dans une maison de santé.

La malade refusa et la famille voulut d'abord faire l'essai de la suggestion et de l'hypnotisme, dont on parlait beaucoup alors. On nous demanda d'appeler en consultation un savant médecin, bien connu par l'usage qu'il faisait, avec le plus grand succès, disait-on, de la suggestion avec ou sans hypnose.

D'une stature imposante, facies quelque peu léonin, vaste front et chevelure grise, encore opulente pour son âge, rejetée en arrière ; fortes moustaches retombant sur une barbe échancrée au niveau du menton : il avait grand air.

Mis au courant des commémoratifs, il n'hésita pas à nous dire « Succès certain. Je dispose de trois procédés : la suggesion persuasive, la suggestion impérative et la suggestion après hypnose. Je pense que nous pouvons graduer nos efforts »

Le maître est introduit, la malade est examinée avec soin ; entourée de bonnes amies qui regardent avec respect et anxiété le consultant réputé.

Celui-ci, assis près du lit, commence d'une voix grave une allocution insinuante, fort bien tournée, concluant que les mâchoires doivent s'écarter parce qu'aucune cause anatomique ni pathologique ne s'y oppose. Que la comtesse fasse un effort énergique de volonté et sa bouche s'ouvrira !

La malade s'agite, s'asseoit sur son lit, fait entendre des sons gutturaux et confus, qu'il me semble pouvoir traduire par « Je ne peux pas ! »

Le maître alors se lève, redresse sa haute taille, le bras allongé touchant presque le visage de la malade, qu'il regarde fixement, et d'une voix haute et impérieuse, prononce : « Madame la Comtesse, ouvrez la bouche ! » Mémique désespérée de celle ci, on entend un peu plus nettement « Je ne peux pas ! »

Mais lui, d'une voix plus forte et presque menaçante : « Comtesse, ouvrez la bouche ! Vous pouvez, vous devez ouvrir la bouche ! ». La malade fait en apparence de grands efforts ; ses yeux sont injectés, ses papilles dilatées ; son visage congestionné exprime tour à tour le désespoir et la colère.

Alors le médecin, développant un volume de voix à entraîner un escadron, à surmonter les rumeurs d'une assemblée délibérante, ou même délirante : « Comtesse, entendez-moi bien. Je vous commande d'ouvrir la bouche ! »

Il est superbe avec ses regards flamboyants et son geste dominateur. Le souvenir me revient d'un surnom qui lui a été donné dans les salles de garde par allusion à certain magicien, rôle principal d'une féerie à succès : je le vois bien en effet avec une longue robe ornée des signes du zodiaque et un bonnet pointu constellé de signes cabalistiques ; il ne manque que la baguette magique au bout du bras étendu. J'ai grand'peine à réprimer une envie de rire.

Pourtant ce n'est pas le moment de sourire. La malade, avec des regards furieux, montre le poing à son dompteur, puis manifestement lui désigne la porte et, se rejetant sur son lit, se tourne vers le mur, en poussant un sourd rugissement.

L'entourage féminin est au comble de l'émotion et de l'indignation. Nous sommes fort gênés. On nous prie de mettre fin à la séance.

Le magicien s'inclina, sortit dignement et, hors de la chambre, nous dit, sans s'émouvoir : « Je n'ai jamais rencontré une mauvaise volonté pareille. Il faudra commencer par l'hypnose la prochaine fois ». Nous fîmes, mon confrère et moi, signes d'assentiment.

Mais cette prochaine fois ne vint pas. La malade et l'entourage avaient perdu confiance. La proposition d'une cure d'isolement fut acceptée et au bout de quelque temps le trismus disparut.

Le magicien désappointé avait peut-être tort d'incriminer la volonté involontaire de résistance de la patiente, dont la patience se lassa ; eût-il dû avouer le fléchissement momentané de sa radiation volontaire personnelle, devenue *telum imbelle sine ictu* ?... Arcanes de la psychologie pathologique et de la mystique thérapeutique !

Paul LE GENDRE.

Un prophète en 1840.

Pierre Michel Vintras.

Pierre-Michel Vintras, pour la génération qui a mûri à l'ombre de Barrès, est le symbole des forces instinctives qui, il y a quatre-vingts ans, agitaient les âmes mystiques jalouses de ranimer la foi ancienne, peuplée de mystères, en Lorraine et dans cent villes et bourgades françaises. C'est vers lui que se rendait en diligence un Léopold Baillard, héros de la « Colline inspirée. » Et il rapportait de Tilly-sur-Seulle un poison merveilleux et subtil qui changeait les saints en hérésiarques.

Autour du prophète normand, le schisme développé au point d'inquiéter l'évêque de Bayeux, se mariait à ces espoirs étranges — nés d'un rêve — que la Restauration n'avait pas continué dans la réalité du jour. L'aventurier Geoffroy, notaire, comptable, archiviste, puis courtier, venu comme tel à Caen, avait rencontré Vintras et l'avait engagé dans une voie nouvelle. Martin de Gallardon, ce visionnaire que Pinel avait examiné avec Royer-Collard en 1816, sur la requête du duc Decazes, après avoir lié sa fortune à celle de Naundorff, était mort en 1834, à Chartres, dans des circonstances qui parurent mystérieuses aux partisans du prince (1) Geoffroy offrit sa succession à Vintras en 1839.

Cette date marque le début de toute une série de visions et de songes prophétiques, phénomènes qui tiennent de l'illusion et de l'arrangement après coup beaucoup plus que des hallucinations classiques. Un jour c'est l'archange Saint-Michel, qui sous les traits d'un vieux mendiant apporte une lettre destinée à mettre sous les yeux du duc de Normandie, alors incroyant, les vérités de la religion catholique. Puis les anges se succèdent auprès du prophète ; Dieu lui-même l'inspire. Dans un langage grandiloquent, traversé par instants par le souffle de l'Apocalypse, il annonce le règne prochain de l'esprit, les châtiments nécessaires, la venue du prince qui comblera de faveurs les fidèles en attendant la récompense infinie du ciel.

Il fonde une religion avec un rituel, continuellement inspiré, il est vrai, de la tradition catholique et dans le petit oratoire de Tilly, tendu de papier bleu aux étoiles d'or, il invoque Dieu et la Vierge et tombe dans des extases profondes, pendant que des signes de sang apparaissent sur les hosties qu'il consacre.

Mais des fautes ont été commises et aux condamnations ecclésiastiques succèdent les peines infligées par le tribunal correctionnel de Caen : cinq ans de prison et mille francs d'amende pour escroquerie.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, et Jean VINCHON. — Pinel médecin légiste in *Annales médico-psychologiques*, juin 1927.

Cette étrange figure devait attirer l'attention des psychiatres qui l'étudièrent après des littérateurs comme Huysmans, Jules Bois et Stanislas de Guaïta. Elle a fait l'objet de plusieurs thèses.

Le Dr Pasqnier-Desvignes conclut ainsi dans la dernière en date (1) : Vintras est un paranoïaque atteint de délire mystique systématisé. Ce fut un délirant intelligent et surtout actif, bien servi par sa mémoire remarquable et son assimilation parfaite de l'Ecriture... Vintras fut aussi un pervers, comme en témoignent les vols et les escroqueries qui lui valurent deux emprisonnements, les manifestations érotiques qui eurent lieu à Tilly et son homosexualité. Vintras fut atteint également du délire de persécution. Ce délire, conséquence de son orgueil morbide, occupe une place de second plan, mais il corrobore son délire mystique et justifie en quelque sorte la mission de Vintras, car il n'est pas de grand prophète qui n'ait été persécuté.

Toute thèse oblige à des conclusions précises, quelle que soit la complexité des faits envisagés. Peut-on en imaginer de plus complexes que ceux qui remplissent une vie comme celle du prophète de Tilly. Le bien se mêle au mal, presque que dans chaque journée, surtout à partir du moment où l'exaltation atteint son paroxysme. De même des actes révèlent un égal mélange de raison et de folie. Déséquilibré, Vintras l'est certainement.

Il est permis d'ajouter à ce qualificatif celui de paranoïaque à cause de son orgueil morbide. Mais reste-t-il dans les limites du caractère paranoïaque ou peut-on admettre qu'il les franchit pour tomber dans le délire ?

Un médecin contemporain de Vintras fut appelé à l'examiner. Maurice Garçon qui vient de terminer un important travail sur Vintras (2) et a enrichi son histoire de documents nouveaux a retrouvé aux archives le rapport de notre confrère. Le voici, nourri de la solide culture des aliénistes d'alors, méthodique et consciencieux dans ses observations et pourtant crédule à l'occasion et concluant par une affirmation de la réalité du merveilleux qui surprend le lecteur moderne.

« Parmi les causes qui produisent la monomanie, la principale est l'hérédité. Ensuite, viennent, d'après leur degré d'influence, les chagrins domestiques, les revers de fortune, l'amour contrarié, la suppression de quelque exutoire ou éruption chronique, l'abus des liqueurs alcooliques. Hallé indique encore comme signe de prédisposition une taille élevée, les yeux caves, pleins de feu, les cheveux noirs, la physionomie triste, des passions véhémentes, la direction exclusive de la pensée ou des affections. Or, pas une de ces prédispositions, ni pas un de ces signes indiquant la tendance à la monomanie, n'est applicable à Pierre-Michel.

« Le monomaniaque, dit Esquirol, emploie tout ce qu'il possède de jugement à se pénétrer davantage de l'idée qui le préoccupe : il épuise les ressources de la dialectique pour nous persuader de ce qu'il croit réel, il est sans cesse ramené vers son idée fixe : les raisonnements qu'on lui fait pour le guérir ne font souvent que le jeter d'une série vicieuse d'idées dans une autre non moins folle. Un monomaniaque se croit déshonoré : on lui prodigue les consolations religieuses, et bientôt il se croit irrévocablement damné. Rien de pareil ne se remarque dans Pierre-Michel. Il parle en général peu volontiers du sujet de ses communications, surtout si vous n'êtes pas du nombre de ses amis. Si vous lui faites des objections sur la réalité ou l'origine de ses prétendues révélations, il insiste rarement pour vous faire partager sa manière de voir. Il y a même des passages plus ou moins obscurs qu'il ne comprend pas et dont il avoue sans difficulté qu'il n'a pas l'intelligence.

Nous l'avons entendu dire, avec l'assurance de la plus parfaite conviction, à un ecclésiastique qui possède toute sa confiance et qui avait fait 200 lieues pour venir étudier son manuscrit : continuez votre travail, et si vous trouvez dans tout cela des choses contraires à la foi enseignée par l'Eglise, je jetterai tout au feu. Une remarque qui a été faite par les meilleurs auteurs, c'est que l'exacerbation dans la monomanie revient presque toujours après le dîner du soir : or, presque toutes les visions de Pierre-Michel avaient lieu le matin avant et après la messe

Les monomaniaques, surtout les hallucinés, sont très rarement dans un état de calme et de parfaite raison, dans l'intervalle assez court que leur laisse l'exacerbation de leurs crises. Pierre-Michel, au contraire, est toujours dans la plus parfaite tranquillité d'âme et d'esprit, et malgré les tracasseries de tous genres, les persécutions et les craintes assez fondées de poursuites légales provoquées contre lui par les journaux, les affaires de la fabrique, la direction des ouvriers, les voyages, la correspondance, rien n'a été un instant négligé ; et il n'a cessé de faire régner dans tout cela, l'ordre le plus parfait et la plus exacte régularité. On ne savait ce qu'on devait le plus admirer, ou de la beauté de ce qu'il appelait ses communications, ou de son calme intérieur ou de l'étonnante exactitude de ses affaires commerciales au milieu de telles causes d'agitations morales et physiques.

La monomanie, avant le développement des hallucinations, a déjà parcouru le plus ordinairement une certaine période. Pendant plusieurs mois, souvent même des années entières on observe une fixité, une concentration d'idée remarquable sur un seul et même sujet, ce sujet devient peu à peu l'unique but des pensées, des désirs et des actions du malheureux monomaniaque : cependant, il n'est pas encore halluciné. Ce n'est que plus tard que quelques erreurs des sens viennent se joindre à son délire. Alors il aperçoit, il veut saisir le sujet brillant de ses rêveries passionnées ; il entend aussi au milieu des plus profonds silences, une voix qui lui conseille hautement de commettre un meurtre ; il prétend qu'on veut l'empoisonner par les miasmes les plus pestilentiels qu'on le force à respirer sans cesse. Il s'imagine être transporté à travers les espaces, par une force inconnue, et il refuse de faire un seul pas, parce que près de lui, il aperçoit un précipice qui va l'engloutir.

Chez Pierre-Michel, il en serait tout autrement. Ce serait par hallucination, tout à la fois, des sens de la vue, de l'ouïe et du toucher, que commencerait cette singulière folie.

En effet, c'est au moment où il est le plus occupé des affaires de la fabrique, que son mystérieux personnage frappe à sa porte, et lui apporte une lettre qui fait en quelque sorte le préambule matériel des communications, préambule si inexplicable comme tant d'autres choses par ceux qui admettent la bonne foi de Pierre-Michel.

On cite des exemples de malades qui, dans leur délire, produisaient une composition plus ou moins prolongée, et dont quelques passages étaient assez remarquables. Le valet de chambre d'un ambassadeur s'était trouvé par hasard témoin de conversations peu importantes, et il n'en était devenu ni plus savant, ni plus spirituel. Il fut atteint d'une maladie cérébrale, et pendant son délire, il discutait avec beaucoup de sagacité les intérêts politiques des diverses puissances, au point que l'ambassadeur venait écouter ses leçons de diplomatie, et projetait d'en faire son secrétaire ; mais l'affection du cerveau se dissipa, et le malade, en guérissant, perdit toutes ses brillantes qualités. (1) J'ai connu moi-même un monomaniaque halluciné, qui passait ses journées et une partie des nuits à composer, en vers latins, un poème dont quelques passages, mal liés avec ce qui précédait et ce qui suivait étaient véritablement admirables ; mais dans ce cas, comme dans les autres, le sujet de ces dissertations plus ou moins bizarres, produites par l'exaltation de l'imagination du maniaque, était toujours celui dont il avait fait plus ou moins constamment l'objet de ses études et de ses méditations. Enfin, un dernier principe plus incontestable encore, c'est que la plus étrange exaltation de l'imagination ne pourra jamais faire écrire

(1) Délire d'un paranoïaque mystique. Vintras et l'œuvre de la Miséricorde. Paris, Presses universitaires. 1928.

(2) Maurice Garçon. — Vintras hérésiarque et prophète. Paris, Nourry. 1928.

(1) *Lettres sur le magnétisme animal* par Duparc.

de longs passages mot à mot de l'alcoran, par exemple, à un monomaniaque qui n'a jamais lu ce livre.

Pierre-Michel ne s'était jamais occupé de sujet de ses communications, et lorsqu'il les écrit, il s'interrompt souvent plus ou moins longtemps, soit pour converser avec son calme et parfait jugement sur tout autre sujet, avec une personne qui vient le visiter, soit pour parcourir l'établissement confié à ses soins et donner des ordres aux ouvriers. Ainsi chez lui, pas d'idées fixe. Pierre Michel traite dans ses écrits des sujets tout à fait opposés à l'objet ordinaire de ses pensées ou de ses occupations. Ils sont à la fois politiques et religieux. Il annonce, dans un style poétique et prophétique, le retour des Lys, le signe d'un grand monarque, fils de Louis XVI, prince qu'il croyait mort de puis longtemps. Il menace la terre coupable des fléaux les plus terribles qui doivent prochainement la frapper et la préparer à recevoir le règne du Saint-Esprit, qui doit établir entre tous les hommes régénérés la plus parfaite, la plus ardente charité. Au milieu de ces magnifiques inspirations, se trouvent intercalées, avec un à-propos merveilleux, de longues citations de prophètes et surtout d'Isaïe qu'il n'a jamais lus.

Ici doit cesser tout parallèle possible raisonnablement de Pierre-Michel, avec les monomaniaques hallucinés.

Le merveilleux, le surnaturel, frappent tous les yeux. Là s'arrête et se retire l'observation médicale, pour faire place à la théologie ; car une seule question se presente maintenant : ces inspirations sont-elles du Ciel, sont-elles de l'Enfer ? Il ne nous appartient pas de prononcer sur une telle question..

Lorsque Pinel avait été appelé à examiner Martin de Gallardou, il s'était montré beaucoup plus circonspect dans ses conclusions (1).

Après avoir affirmé « l'absence de tout délire dans ses « fonctions comme dans ses paroles « il rappelait qu' « une « véritable aliénation ne se montre d'abord que sous des « trait indécis et qui ne prennent sa forme réelle et son en- « tier développement qu'à une époque plus ou moins éloi- « gnée de sa première apparition... Il serait téméraire de « prononcer sur cet état avant l'espace d'une année et jus- « que-là nous croyons devoir nous abtenir de le juger (2) ».

Le temps a justifié sa conduite puisque dans les dernières années de sa vie, Martin de Gallardon présenta les signes de la psychose hallucinatoire chronique. Mais il n'en fut pas de même pour Vintras. Le rapporteur inconnu, réserve faite de ses considérations sur le surnaturel, avait donc raison de nier la monomanie, telle que les aliénistes d'alors la considéraient.

Marc, dans son traité *de la Folie considérée dans ses rapports avec les questions judiciaires*, paru en 1840, c'est-à-dire à l'époque du rapport sur le prophète de Tilly, résume l'attitude du médecin-légiste devant des faits semblables. Il commence par rappeler que les tribunaux n'accueillent plus la croyance au surnaturel, ce qui simplifie le problème : il ne s'agit plus que de savoir si les sorciers et les faiseurs de miracles doivent être considérés comme des fous ou des fourbes, si leurs actes dépendent de la perversité ou de la fraude, du délire ou de la superstition. Il réclame, après Pinel, une observation médicale prolongée. Souvent, ajoute-t-il, la vie des thaumaturges n'offre aucune trace de désordre mental, mais plutôt d'immoralité et de ruse, et parfois l'intérêt pécuniaire est si manifeste qu'il suffit à établir la culpabilité. C'est alors au juge, et non plus au médecin, de décider du sort de l'inculpé. L'instruction, quand elle sera répandue dans les campagnes, arrêtera le cours de la superstition et de ses conséquences (3).

Sauf cette dernière utopie, dont des affaires récentes comme celle de Bonbon ont montré l'erreur, il faut admirer la sagesse des conseils de Marc. Ils s'appliquaient particulièrement bien au cas de Vintras, qui pour Maurice Garçon est un rusé souple et bien adapté aux difficultés de sa vie. argument qui, pour cet auteur, exclut la paranoïa.

La contradiction entre cette conclusion et celles de Pasquier-Desvignes n'est qu'une réplique du conflit qui divisera longtemps juristes et médecins dans des cas semblables. Le juriste considère le point de vue social comme prépondérant. Le médecin, Marc l'a ecrit, sera toujours enclin à l'indulgence envers un sujet qui est au moins déséquilibré, s'il n'est pas franchement un malade.

Jean VINCHON.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON. — Deux malades de Pinel. Congrès de Genève 1927.

(2) SILVY. — Relation concernant les évènements .. Paris 1818 pp. 44 et 45.

(3) MARC. Tome II, p. 243.

ACTUALITES

Le traitement du cancer de la langue par la chirurgie et par les radiations.

Le développement de la radiothérapie et de la radiumthérapie a ouvert une voie nouvelle au traitement des néoplasies malignes. Les partisans convaincus de ces méthodes ont entrepris successivement le traitement de tous les cancers facilement accessibles, et c'est ainsi que celui du cancer de la langue est entrée dans une nouvelle phase.

Deux questions désormais se posent : les radiations, mieux que la chirurgie, permettent-elles d'obtenir la guérison apparente et, à défaut de guérison apparente, une survie plus longue ? Dans les guérisons obtenues, quelle est la qualité de la guérison ? La chirurgie est mutilante, la radiumthérapie l'est-elle aussi par la fonte du cancer qu'elle entraîne ?

A l'heure actuelle, le recul est suffisant pour donner un aperçu des résultats acquis. C'est ce bilan que **M. Menegaux** a voulu dresser en consacrant sa thèse à la question (1).

Le cancer de la langue à l'extrême début de son évolution relève exclusivement de la *chirurgie*.

Dans des conditions que M. Menegaux précise, l'opération limitée, sans cure ganglionnaire, donne plus de 50 % de guérisons définitives.

L'intervention ainsi comprise doit servir à la fois de traitement et de biopsie large pour toutes les lésions suspectes de la langue.

Si on estime nécessaire d'agir sur le territoire lymphatique, l'opération avec adénectomie bilatérale est à conseiller, de préférence à l'intervention unilatérale ; on pratiquera, dans une première séance, un seul curage ; puis dans une deuxième séance, le curage de l'autre côté avec exérèse de la tumeur linguale par la bouche.

Il y a lieu de proscrire totalement les interventions par les voies cervicales.

Le *cancer confirmé*, diagnosticable cliniquement, encore opérable ou à la limite de l'opérabilité, doit être traité par la *curiethérapie*.

L'association de l'acte chirurgical sur les ganglions à la pose de radium intra-lingual est une méthode qui, chargée d'une assez lourde mortalité, ne donne de guérisons apparentes que dans 20 % des cas. On ne doit l'utiliser que chez des sujets résistants, porteurs d'une adénopathie peu importante. Il convient, par prudence, d'y associer toujours un traitement par un appareil de surface.

La curiethérapie seule donne actuellement de meilleurs résultats, environ 40 % de guérisons.

Dans les cancers des deux tiers antérieurs de la langue, on associera un appareil de surface à des tubes inclus, en proscrivant les aiguilles radifères.

(1) Georges MENEGAUX. — Traitement du cancer de la langue par la chirurgie et les radiations. Thèse de Paris 1928, in-8, 244 p. Legrand, éditeur, 93, Boulevard St-Germain, Paris.

Dans les cancers de la base, on emploiera la curiethérapie extérieure seule.

Le traitement doit à tout prix être exécuté d'une *manière correcte*, comme dose (basée essentiellement sur le volume et la distance de la masse à détruire), comme durée (basée sur l'index caryokinétique), comme homogénéité.

A ce point de vue, la chute des tubes inclus est un accident grave qui risque de compromettre définitivement la guérison, si les tubes ne sont pas remis en place immédiatement.

Le *cancer trop avancé* est au-dessus des ressources actuelles de la curiethérapie et de la chirurgie et n'est justiciable que d'un traitement pallialif.

Les *accidents* du traitement curiethérapique sont en général bénins. On peut et on doit éviter la radionécrose par une méthode rigoureuse de répartition des foyers.

La récidive chirurgicale a quelques chances d'être guérie par un nouveau traitement chirurgical. La curiethérapie est inopérante le plus souvent.

La récidive curiethérapique est infiniment plus précoce et d'évolution plus rapide que la récidive chirurgicale ; la curiethérapie ayant échoué aggrave la maladie.

La thérapeutique est impuisante contre une récidive curiethérapeutique ; particulièrement son traitement curiethérapique est à déconseiller formellement.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Epidémiologie.

L'épidémie de paralysie infantile qui sévit actuellement en Roumanie a donné lieu à quatre études dans le *Clujul medical* (octobre 1927.) Slavoaca et Zugravu exposent la distribution des cas dans la 11e région sanitaire et insistent spécialement sur le foyer de Rodna Veche ; ils ont constaté que les formes cliniques de la paralysie se greffaient sur de véritables épidémies de rhinopharyngites ou de gastro-entérites ; la vaccination préventive n'en est encore qu'à la phase d'expérimentation, mais elle donne des résultats encourageants sinon définitifs. Urechia et Popovicu font une bonne revue générale, Negru expose les résultats du traitement électrique et Mitrea ceux du traitement chirurgical.

Médecine militaire.

Les séances de vaccination donnent lieu à des exemptions incompatibles avec l'écourtement du temps de service (médecin-major Lemmens (*Bruxelles médical*, 2 octobre 1927.) Il y aurait donc avantage soit à exécuter la vaccination antivariolique ou antityphique ou les deux avant l'entrée effective à la caserne, par exemple au bureau de recrutement ; soit à combiner la séance de vaccination antivariolique avec la deuxième séance de vaccination antityphique, les réactions respectives étant espacées de quelques jours ; soit à étudier les modalités d'une séance unique de vaccination antityphique, avec le vaccin Wright par exemple.

Tuberculose.

La tuberculose apicale est en général bénigne, à condition qu'elle soit strictement localisée au sommet : les poussées pulmonaires, laryngées ou intestinales sont rares (Maurice Fishberg (*American Review of Tuberculosis*, janvier 1927.) Les symptômes subjectifs sont légers et même insignifiants pendant longtemps ; les signes physiques sont absents ou difficiles à mettre en évidence ; le plus souvent ce sont la toux, l'hémoptysie ou la température qui incitent à l'examen radioscopique ou bactériologique. Lorsque les signes physiques sont nets, l'infiltration ou l'excavation sont déjà constituées. Il est probable que cette forme résulte de réinfection endogène ou métastatique de foyers remontant à l'enfance.

Radium.

La télécuriethérapie pénétrante permet de traiter les néoplasies de la tête et du cou sans traumatiser les patients. Ufax Cheval, de Bruxelles (*Bruxelles médical*, 4 décembre 1927) utilise 4 grammes de radium-élément, fortement filtrés et placés à 12 cm. de la peau ; on n'a à craindre aucune radio-nécrose, ni précoce, ni tardive et on peut se dispenser de toute radium-chirurgie (chirurgie d'accès.) 5 observations concernant un sarcome du maxillaire inférieur, un sarcome du septum ethmoïdal et trois épithéliomas spinocellulaires (un de la langue, un du larynx, un du pilier antérieur et de l'amygdale gauche) ; toutes ces lésions ont disparu et les malades présentent l'apparence de la guérison ; l'avenir seul permettra d'affirmer la guérison définitive. La méthode représente un progrès considérable sur toutes les techniques actuelles.

Petite chirurgie.

La vaccination jennérienne n'est pas absolument inoffensive (Edouard Guillard, de Porrentruy, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 octobre 1927) ou plus exactement n'est plus inoffensive depuis quelques années ; elle présente certains dangers dus à *la virulence extrême du vaccin* constatée en Suisse, en Allemagne et en Angleterre ; le nombre et la longueur des scarifications doivent être en rapport inverse avec l'activité du vaccin ; or cette activité *exacte* sur l'homme, le praticien n'a aucun moyen de la reconnaître. La technique classique des *trois* scarifications doit céder le pas à celle des *deux* incisions pour Stoos et à celle de l'incision *unique* pour Sahli ; en aucun cas la longueur ne dépassera pas *un centimètre* ; la quantité de vaccin à déposer doit être *extrêmement minime*. Dans le même numéro de la même revue Alec Cramer, de Genève, signale l'augmentation manifeste des complications locales : pustules énormes, gros œdèmes, allure pseudo-phlegmoneuse, etc. Les deux auteurs signalent en outre l'origine post-vaccinale probable d'encéphalopathies.

Thérapeutique.

Le citrate de soude, en injection intra-veineuse, à la dose de 3 à 8 grammes, favorise la coagulation du sang ; Francisco de Paula Xavier (*Revista de Médicina*, 1927, n° 47) emploie une solution à 25 %, dont il injecte *très lentement* 20 c. c., soit 5 gr. de sel ; les résultats sont bons dans l'hématémèse de l'ulcère gastrique, l'entérorragie typhique, l'hémoptysie tuberculeuse ; les contre-indications sont le purpura hémorragique et l'hémophilie.

L'hyposulfite de chaux en injection intra-veineuse est recommandée par Jose Abello Pascual dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Progresos de la Clinica*, août 1927) ; les doses sont progressives et varient suivant la tolérance individuelle, de cinq centigrammes à deux grammes ; la solution courante est à 20 % ; la technique consiste en deux ou trois séries d'injections, séparées par un intervalle de vingt jours.

Le lavement d'éther calme les douleurs abdominales intenses, en particulier celle de la lithiases biliaire (Ignacio Ymaz, *Prensa Medica Argentina*, 20 novembre 1927) ; la quantité varie de 5 à 10 grammes en 24 heures ; la formule courante est la suivante :

Ether sulfurique..............	5 gr.
Huile d'olives..................	60 gr.
Laudanum de Sydenham........	X gouttes.

(à employer après lavement évacuateur et à conserver.)

L'autohémothérapie a une action sédative durable dans

le traitement de l'ulcus gastrique Cerf, de Bruxelles (*Bruxelles Médical* 6 novembre 1927), pratique 10 injections de 10 à 20 cc. de sang, citraté ou non, à un intervalle de 2 ou 3 jours ; l'amélioration symptomatologique rapide paraît liée à l'action locale de l'autohémothérapie sur le foyer infectieux dont l'hyperhémie causée par l'infection. La méthode donne également des résultats excellents dans les *lendemains douloureux* de la gastro-entérostomie.

Varia

Créatrice de richesse, la Science est pauvre. (Le Roi de Belgique, à la Séance Académique Bruxelles Louvain, 26 novembre 1927.)

Il y a assurément une grande injustice à diagnostiquer la tuberculose dans une affection aiguë des voies respiratoires dont le malade guérit en quelques jours. (William E. Carrol, de Mériden).

Chaque maladie infectieuse réclame une solution spéciale du problème chimiothérapique (médecin principal Fortunato Erminio Mosso, de la Marine Italienne.

Je suis parti du principe que si l'on veut se rendre compte de la possibilité de lutter efficacement contre la tuberculose il n'est peut-être pas très recommandable de travailler sur le cobaye. En effet c'est un animal neuf, qui n'a aucune résistance. Si l'on donne à un cobaye 10 bacilles tuberculeux et qu'on l'envoie à Leysin ou à Davos, il sera perdu (Spahlinger, de Genève).

J. LAFONT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1928

La forme aiguë de la sclérose en plaques. — ***MM. Guillain*** et ***Alajouanine*** attirent l'attention sur la forme aiguë de la sclerose en plaques dont ils rapportent une observation très typique. Chez une jeune femme est apparu brusquement un syndrome d'ataxie aiguë avec diplopie et somnolence, puis des symptômes bulbo-ponto-pédonculaires, enfin un syndrome terminal de paraplégie flasque analogue à celui des myélites aiguës. La ponction lombaire a révélé une légère réaction méningée avec cette dissociation maintenant classique entre la réaction du benjoin colloïdal subpositive et la réaction de Wassermann négative. L'évolution n'a duré que trois semaines. L'examen anatomique a montré une sclérose en plaques très caractéristique par l'aspect des plaques de sclérose, mais très particulière par le petit nombre de celles-ci, il n'existait en effet que trois plaques l'une cervicale la seconde bulbaire, la troisième pédonculo-pontine.

La réalité de la forme aiguë de la sclérose en plaques qui a été discutée est démontrée par cette observation anatomo-clinique. La gravité de tels cas dépend de lésions du mésencéphale du mentencéphale et de l'isthme du rhombencéphale. En offrant un aspect symptomatique du début analogue à celui de l'encéphalite, la présente observation permet par ses caractères anatomo-cliniques de rappeler que la somnolence associée à la diplopie n'est pas caractéristique uniquement de l'encéphalite épidémique comme on a trop tendance à le croire et à l'écrire, mais qu'elle peut dépendre de lésions de nature variée de la région des tubercules quadrijumeaux, de la calotte pédonculaire ou du plancher du troisième ventricule, en particulier des lésions de la sclérose en plaques la plus authentique.

M. Pouchet. — Rapport sur les demandes de reconnaissance comme stations climatiques ou hydrominérales.

Séance du 27 mars 1928

La tuberculose et les jeunes soldats. — ***M. G. Brouardel.*** — La tuberculose devient pour notre pays un tel danger qu'on ne saurait prendre trop de mesures pour en arrêter le développement. L'auteur expose à l'Académie ce que pourrait être une nouvelle mesure parfaitement réalisable, comme le montre le projet de loi déposé par M. Justin Godart sur le bureau du Sénat, et basée sur les considérations suivantes : tout citoyen français doit à son pays le service militaire ; actuellement les jeunes hommes tuberculeux sont réformés et restent chez eux où ils sont souvent dans des conditions déplorables et où ils contaminent leur entourage. Il conviendrait de prendre ces jeunes hommes comme sont pris les sujets valides et de les soigner dans des sanatoria qui seraient très aisément installés dans des casernes actuellement inoccupées et admirablement situées dans les montagnes ou sur le littoral (il y en aurait ainsi pour tous les cas). Ces jeunes hommes seraient soignés pendant le temps correspondant au service militaire, ils seraient en même temps éduqués sur les précautions à prendre pour éviter toute contamination à leur entourage. L'auteur propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie émet le vœu que l'on profite de l'âge d'incorporation des jeunes soldats pour placer les tuberculeux dans des conditions où ils puissent être utilement soignés et éduqués au point de vue de la prophylaxie de leur entourage ».

Ce vœu est renvoyé à la Commission d'Hygiène à laquelle sont adjoints MM. Roux, Letulle et Auvray.

Pathogénie des grandes dilatations de l'œsophage. — ***M. Jean Guisez.*** — Les grandes dilatations de l'œsophage constituent une affection grave puisqu'elle amène progressivement par la difficulté à avaler les aliments la cachexie par inanition du malade.

L'œsophagoscopie a permis à l'auteur, sur 450 cas observés jusqu'à ce jour, de reconnaître que la véritable cause de cette affection est le spasme de la région sphinctérienne du cardia. La rétro-dilatation n'est que secondaire et s'il survient des phénomènes de paralysie ce n'est que très tardivement, la grande poche étant alors incapable de réagir.

La dilatation multibougiraire est le seul traitement efficace contre ce spasme, car elle seule permet d'effectuer la distension forcée du sphincter cardiaque.

MM. A. Sartory et ***J. Meyer.*** — Sur un cas d'onychomycose produit par le Sporotrichum Beurmani (de Beurmann et Ramond).

MM. Radovici et ***Petresco.*** — Etude sur la dégénération basophile métachromatique des fibres nerveuses de la moelle épinière dans la poliomyélite aiguë épidémique.

Elections. — ***MM. Johansson*** (de Stockolm) et Nuttal (de Cambridge) sont élus membres correspondants étrangers.

Election de trois membres à adjoindre au Conseil pour constituer la Commission de surveillance des Laboratoires du Service de contrôle des médicaments antisyphilitiques :

Sont élus MM. Pouchet, Jeanselme et Tiffeneau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1928.

Angiome de la paupière supérieure. — ***M. Lortat-Jacob*** présente une jeune fille guérie d'un angiome de la paupière supérieure après vingt séances de cryothérapie de huit secondes.

Dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets. — ***M. Bard***, à propos de la récente communication de M. Clerc sur la relative benignité de la dissociation auriculo-ventriculaire chez les jeunes sujets, rapporte le cas d'une femme de 50 ans qui depuis l'âge de 19 ans est atteinte de dissociation auriculo-ventriculaire. Elle a présenté trois grossesses à terme et un certain nombre d'avortements provoqués, tous bien supportés. Les tracés ont montré qu'il s'agissait bien d'une dissociation complète et la malade actuellement est en très bonne santé, malgré son pouls lent.

Analogies physiologiques et pathologiques chez les jumeaux. — ***M. Clerc***, à propos de la récente communication de M. Variot,

rappelle le cas de *M. Pezzi* concernant deux jumeaux présentant une dextrocardie avec transposition des viscères, vérifiés à l'électrocardiogramme et à la radioscopie.

M. Variot signale à ce propos qu'il a pu constater deux jumeaux de deux ans univitellins qui présentaient la même taille et le même poids, de plus les viscères, cœur et foie, avaient la même dimension. Il signale, en outre, le cas de trois jumelles, une brune et deux blondes ; la première vraisemblablement univitelline ; et enfin le cas de trois jumeaux dont deux sœurs et un frère, laissant supposer une origine univitelline pour le dernier.

M. Crouzon signale le cas de deux jumeaux atteints de maladie de Friedreich. A ce propos, il insiste sur les signes cliniques et l'évolution qui furent identiques dans les deux cas ; toutefois, l'un est mort et l autre est encore vivant.

M. Teissier rapporte le cas intéressant de deux jumeaux atteints de scarlatine qui a présenté la même évolution. Au moment de la convalescence, ils ont présenté, l'un et l'autre, de l'œdème de la face qui a progressivement augmenté pour produire une véritable anasarque malgré une médication hypochlorurée qui ne produisit aucun résultat. En prescrivant 18 grammes de sel par jour, les deux anasarques disparurent en même temps, s'accompagnant de diarrhée intense, mais sans polyurie marquée. L'analogie de la symptomatologie dans les deux cas doit être un argument en faveur de l'origine univitelline des deux jumeaux.

Les maladies de dentition n'existent pas. — *M. Comby.* — On a attribué à la sortie des premières dents toute une série de troubles morbides plus ou moins graves : fièvre, convulsions spasme de la glotte, accès de toux, bronchites, diarrhées, eczéma, otites, conjonctivites, etc. Toute la pathologie infantile y a passé. Quand le travail de la dentition ne causait pas la maladie, il l aggravait. Cette opinion surannée, si répandue dans les familles, a été partagée par un grand nombre de médecins. Trousseau a fait une belle clinique sur la première dentition et ses maladies. Cependant, lors d'une discussion à l'Académie de Médecine, un grand stomatologiste, le Dr *Magitot*, et un illustre pédiatre, le Dr *H. Roger*, proclamèrent que les maladies de la dentition n'existaient pas. Nous sommes entièrement de leur avis. Nous ne croyons pas à l'influence déterminante ou aggravante de la première dentition sur les maladies des nourrissons. Nous ne croyons pas davantage au retard de croissance staturale et pondérale que lui attribue M. Variot. Admettant des accidents locaux liés à une mauvaise qualité des dents, à la carie, à la périostite, aux vices de développement, nous ne croyons pas aux accidents à distance et nous blâmons la scarification des gencives destinée à les combattre ou à les prévenir.

M. Variot ne partage pas l'opinion de M. Comby et insiste au contraire sur les maladies de la dentition.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1928.

A propos de l'ulcéro-cancer de l'estomac. — M. *Lecène.* — Au point de vue pratique, les lésions calleuses constatées à l'intervention peuvent être du cancer ; aussi faut-il mieux faire une gastrectomie, si le moindre doute existe.

M. *Alglave* dit que la gravité de la gastrectomie est plus élevée que celle de la gastro-entérostomie.

M. *P. Duval* voudrait voir publier les cas de cancer développé sur un ulcère traité par simple gastro-entérostomie.

A propos des lésions traumatiques du genou. — M. *L. Bazy* raconte l'histoire d'un jeune homme de 22 ans qui avait une désinsertion complète d'un ménisque, mais, en plus un fragment cartilagineux détaché du condyle.

Exploration lipiodolée intra-utérine. — M. *Mocquot* dit que l'extrême irrégularité de l'ombre opaque peut faire porter le diagnostic de cancer. Trois fois l'intervention lui montra l'exactitude du diagnostic radiologique

Résection de l'humérus pour ostéomyélite. — M. *Cadenat* rapporte une observation de M. *Brugeas* (de Shangaï). L'intervention eut lieu 38 jours après le début et la résection porta sur la tête et 3 centimètres de diaphyse. Quelques jours plus tard, il fallut réintervenir pour enlever la diaphyse et l'épiphyse inférieure complètement séquestrées. Guérison.

Fibrome du ligament large. — M. *Brugeas.* — Rapporteur : M. *Cadenat.* — Une énorme tumeur abdominale était un fibrome kystique enclavé dans le ligament large.

Lésions des ménisques du genou. — M. *Rochet* (de Bordeaux) envoie huit observations rapportées par M. *Mouchet.* Trois fois, il s'agissait du ménisque externe. Il fit une fixation et sept méniscectomies.

M. *Dujarier* dit que, dans la fissuration longitudinale du ménisque, si la partie périphérique est saine et restée en place, il est préférable de la conserver.

Disjonction de la symphyse pubienne. — M. *Dujarier* rapporte une observation de MM. *Lamare* et *Larget* qui fut traitée par une greffe avec guérison.

Perforation du cæcum au cours de l'appendicite. — M. *Moure* rapporte un cas adressé par M. *Chauvenet* (de Thouars) L'auteur se demande s'il ne faut pas invoquer une thrombose artérielle propagée de l'appendice vers la paroi cæcale.

Rupture du long chef du biceps brachial. — M. *Lapointe* rapporte un cas de M. *Braine.* La déchirure était basse et l'auteur sutura la partie inférieure du muscle au V deltoïdien.

Hernie diaphragmatique. — M. *Schwartz* raconte l'histoire d'une femme qui avait été blessée d'un coup de revolver dans la région thoraco-abdominale. A la suite de cela, à l'occasion de trois grossesses successives, elle est prise trois fois d'accidents abdominaux dramatiques qui cessent brusquement par l'accouchement. C'est fortuitement que l'examen radioscopique révéla une hernie diaphragmatique. Intervention par thoraco-phéno-laparotomie. Suture facile. Guérison.

Il n'en fût pas de même chez un autre cas de l'auteur, où l'intervention montra une perte de substance considérable du diaphragme. On n'en pût fermer que la partie postérieure. La malade mourut de choc opératoire. L'autopsie confirma l'absence complète des piliers du diaphragme.

Séance du 28 mars 1928

A propos des myomectomies. — *M. Labey* rapporte l'histoire d'une jeune femme de 29 ans chez qui en 1923 l'intervention montra l'existence d'un fibrome intra-mural au niveau du fond utérin, de la grosseur d'une orange. On l'énuclée et on enlève deux petits fibromes sous-péritonéaux pédiculés.

En 1924, on fait une extirpation du col utérin pour adénomatose cervicale. En 1925, elle accouche d'un enfant vivant. L'auteur estime donc que, si les conditions sont bonnes la myomectomie est une bonne opération.

M. J.-L. Faure dit qu'il y a cependant des inconvénients à cette méthode ; tout d'abord c'est une intervention incontestablement plus grave que l'hystérectomie ; de plus, il y a des récidives.

M. P. Bazy verse deux observations aux débats. L'une des malades a eu un enfant vivant ; l'autre aussi, mais elle est morte d'infection puerpérale.

M. Tuffier apporte sa statistique de 1921 à 1928. Il a pratiqué quarante-deux énucléations avec une mort et quarante-neuf hystérectomies avec une mort. Il n'y a donc qu'une très faible différence de mortalité. Sur les quarante-deux énucléations, l'auteur n'a vu qu'une seule récidive. Une malade a eu trois grossesses depuis l'intervention, deux autres unes. En résumé, M. Tuffier est tellement partisan de cette opération qu'il pense que la myomectomie doit toujours être essayée et que ce n'est qu'en désespoir de cause qu'il faut faire l'hystérectomie.

M. Mocquot pense que la myomectomie ne peut être indiquée qu'avant 40 ans. Sur vingt-trois fibromes, il n'a fait de

myomectomie que huit fois ; les quinze autres fois, il y a fait l'hytérectomie. Il insiste aussi sur le radio-diagnostic lipiodolé qui permet de préciser les rapports du fibrome avec la cavité utérine. L'ouverture de la muqueuse ne lui paraît pas avoir l'importance qu'on a prétendu.

Traitement des hydronéphroses. — *M. Marion* rapporte un travail de *M. Papin* (de Paris) Il insiste sur la nécessité de la pyélographie qui seule est capable de donner un diagnostic précis. Il insiste aussi sur la nécessité de finir les interventions par une néphropexie.

La *résection du bassinet* a été faite sept fois avec six guérisons.

La *résection partielle du rein* n'est indiquée que dans les dilatations d'un unique grand calice (le supérieur en général).

Deux fois, cette intervention a été suivie d'un bon résultat.

La *néphrotomie avec dilatation d'un calice à collet étroit* a été faite deux fois.

Le *drainage temporaire* du bassinet doit être réservé aux petites hydronephroses infectées. Il faut le combiner toujours à une néphropexie.

Enfin, plus rarement, l'auteur a été conduit à des opérations multiples combinées, énervations, section d'un vaisseau anormal avec l'une quelconque des opérations ci-dessus.

M. Marion pense que la néphropexie a eu plus d'action que toutes ces opérations plastiques. Contrairement à M. Legueu, il pense que les hydronéphroses sont d'origine mécanique. Les deux grandes causes en sont : la compression par une artère anormale, l'abaissement du rein. Il n'est pas partisan de l'urétéro-néostomie qu'il a faite trois fois. Trois fois aussi, il a été conduit à enlever le rein. Quant à la néphropexie, sa technique est bien connue, mais il faut la faire très haut et fixer le rein par des fils non résorbables.

Phlegmon total des gaines synoviales. — *M. Lecène* rapporte une observation de *M. Braine* (de Paris) où le résultat fonctionnel a été merveilleux. L'incision pratiquée a été la classique incision antébrachio-palmaire avec section du ligament annulaire ; mais sans descendre l'incision jusqu'au 5e doigt. Le malade, très courageux, s'est soumis à la mobilisation passive et active pendant de nombreuses semaines. Le résultat est le retour *ad integrum*, à peu de chose près, si bien que le malade joue de nouveau du piano.

M. Lecène rappelle deux observations personnelles, l'une avec mauvais résultat, l'autre avec bon résultat.

M. Cadenat est surpris de l'excellence de la guérison obtenue

M. Lecène a utilisé les incisions latérales, préconisées en Amérique par Canavel. Il a eu parfois une élimination du tendon, mais parfois il ne s'est pas éliminé.

Hernie diaphragmatique traumatique. — *M. Lafourcade* (de Bayonne) rapporte deux observations. Opération. Guérison.

Tumeur bénigne de l'estomac. — *M. Lardennois* montre la radiographie d'une tumeur gastrique bénigne, qui avait été diagnostiquée avant l'intervention par l'insufflation gastrique.

G. Menegaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mars 1928

Pouvoir rabicide in vitro du venin de la vipère aspic.— *Mme Phisalix* qui a précédemment établi le pouvoir vaccinant du venin de vipère et de Salamandre vis-à-vis du virus rabique, montre, par de nouvelles recherches, que le venin de vipère tue le virus rabique auquel on le mélange, et le rend ainsi inapte à conférer la rage aux animau sensibles, et notamment au lapin. L'auteur fait remarquer que ce sont précisément les composants non toxiques du venin, ceux qui restent après que le venin a été privé de son pouvoir toxique par un chauffage approprié (75° pendant 15m.), qui possèdent ce pouvoir rabicide, comme ils possèdent le pouvoir antivenimeux. Elle montre en outre que les antigènes du venin qui conditionnent ces pouvoirs sont différents, car l'antigène antivenimeux disparaît après le chauffage à 100° pendant 10 m. , alors que persiste l'antigène auquel est dû le pouvoir rabicide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mars 1928

Psychologie et technique de l'immigration. — *M. René Martial* met en évidence les erreurs commises en immigration du fait que l'on a pratiqué l'embauchage de la main-d'œuvre étrangère comme une simple opération de transfert d'humains. Cette méthode empirique qui a déjà donné des mécomptes dans l'industrie, en donnera de beaucoup plus graves en agriculture. Il faut adopter une méthode plus étudiée et ne pas oublier que l'immigration soulève des problèmes délicats de politique internationale. L'auteur montre qu'il s'agit de pratiquer désormais dans notre pays qui se dépeuple la greffe interraciale. Cette méthode nécessite une connaissance approfondie de la psychologie des peuples donneurs, la connaissance de l'état de santé de chaque individu à greffer, l'organisation du pays récepteur en vue de cette opération de greffe.

Incidents du pneumothorax artificiel. — *M. Georges Rosenthal*, malgré le grand nombre des insufflasions, n'a noté que peu d'incidents. Une seule fois, une crise convulsive chez un alcoolique donna une inquiétude de courte durée. La piqûre d'une artériole superficielle céda à une simple compression. Il insiste en outre sur ce fait que le pneumothorax ne saurait jamais constituer à lui seul un traitement complet de la bacillose.

A propos de la séro-réaction à la résorcine. — *M. Sédillot* rapporte l'observation de l'une de ses malades asthmatique pour laquelle on avait fait le diagnostic d'asthme tuberculeux sur la seule constatation d'une séro-réaction à la résorcine égale à 72. Affolée, la malade présentait un véritable syndrome basedowien et un amaigrissement rapide. Tout rentra dans l'ordre dès qu'elle eut été rassurée.

A propos des injections intra-veineuses sucrées. — *M. Galliot* se félicite des excellents résultats obtenus rapidement chez deux malades impaludés, par des injections de quinine sucrée intraveineuses, selon la méthode de Rosenthal. D'autre part, il montre que les injections intra veineuses de cyanure de mercure en solution sucrée n'entraînent pas les sensations veineuses douloureuses parfois consécutives aux injections habituelles de cyanure.

Asthme cataménial et cure thermale. — *M. Debidour* relate l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement survenu il y a dix ans, a présenté des crises d'asthme à l'occasion de chaque période menstruelle. Chez cette malade, instable thyroïdienne, la *cure du Mont-Dore* semblant agir à la manière de l'opothérapie, a rétabli l'équilibre endocrinien, par suite l'équilibre humoral et neuro-végétatif, et amené dès la première année de traitement la disparition rapide, complète et persistante de cet *asthme cataménial* durant depuis des années.

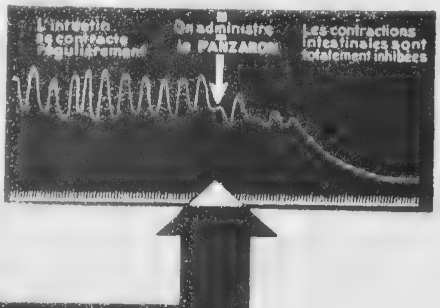
Un cas de rhumatisme blennorrhagique guéri par les injections de sels d'argent et la protéinothérapie. — *MM. Victor Pauchet et Germain Laporte* rapportent le cas d'une femme atteinte de gonococcie génitale qui fit une arthrite douloureuse du poignet, extrêmement grave. Immobilisation et injections vaginales quotidiennes au néolyde. Comme traitement général, injections sous-cutanées de lacto-protéide, et intra-musculaires de sels d'argent citro-topiques.

Après quelques piqûres, la malade peut remuer le poignet ; puis la tuméfaction disparaît. Le traitement est continué jusqu'à la guérison complète.

Il faut opposer ce cas à un autre qui a déterminé la septicémie par gonocoques chez l'ami de cette malade. Une arthropathie se produisit sur le pied droit ; le diagnostic de gonococcie fut fait par l'examen de l'urètre, mais aucun traitement ne fut appliqué au début. Température. Quelques jours plus tard, arthrite de la main gauche. Bruits du cœur assourdis ; souffle asystolique à la pointe ; aspect général d'un grand infecté, puis, crise d'œdème aiguë du poumon. Mort.

A l'autopsie, épanchement pleural, œdème du poumon, infarctus du sommet gauche, gros foie, grosse rate, endocardite proliférante. Un frottis des coupes révèle du gonocoque.

E. Perpère.


On administre le PANZARON
Les contractions intestinales sont totalement inhibées

GLANURES

Un duel entre Thiers et Ulysse Trélat. Ulysse Trélat, un des fondateurs de la charbonnerie française, maintes fois poursuivi pour ses idées politiques, fut en 1848 nommé commissaire général du Puy-de-Dôme, puis ministre des travaux publics. C'est à cette époque qu'il faillit se battre en duel avec Thiers. Voici comment Mlle Dosne dont on vient de publier les *Mémoires* (1), raconte l'histoire :

28 janvier 1849. Hier M. Thiers a eu une affaire avec M. Trélat. La veille, dans son bureau, lorsqu'il discutait la proposition Billault, un de ses collègues avait pris en souriant ses arguments. Le lendemain, qui était hier, la discussion, toujours dans les bureaux, avait été aigre. M. Thiers était monté, et le ton de MM. les Républicains n'était pas fait pour le calmer. Il dit :

— La politesse s'en va de nos assemblées.

M. Trélat marmotta derrière lui :

— M. Thiers est bien susceptible. Il s'étonne d'un sourire lorsqu'il parle du budget. *C'est cependant une bien petite punition pour le mal qu'il a fait au pays.*

M. Thiers alors se retourna simplement en s'adressant à M. Trélat.

— A la tribune, monsieur, nous pouvons tout supporter les uns des autres, mais dans la vie privée je ne saurais accepter un tel langage, et j'en veux sur l'heure avoir raison sans bruit, sans éclat. Il fait jour. Le bois de Boulogne n'est pas loin. Cela se peut terminer immédiatement.

Il choisit M. le maréchal Bugeaud et le représentant Heeckeren qui tinrent le même langage à M. Trélat, lui demandant de se choisir deux témoins qui furent MM. Grévy et Récurt. M. Trélat affirma qu'il n'avait pas eu l'intention de rien dire de désagréable à M. Thiers. Il s'excusa, et le maréchal Bugeaud et M. Heeckeren, assez ferrailleurs l'un et l'autre, se trouvèrent satisfaits pour M. Thiers des explications données par MM. Grévy et Récurt. Telle fut la fin de cette aventure dont le résultat aurait pu être bien plus grave.

(1) Mémoires de Mme Dosne l'Égérie de M. Thiers, publiés avec une introduction et des notes par Henri Malo. 2 vol. in-8. 50 fr. Librairie Plon, 8, rue Garancière, Paris.

***

L'œuvre de Bouchard jugée par le professeur Petges. L'œuvre de Bouchard, a dit le Pr Petges dans sa leçon inaugurale (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 mars 1928), « est trop oubliée, quoique récente ». Ce jugement paraîtra sans doute plus équitable que celui qu'ont pu porter sur le savant français certains esprits faux dont l'étroitesse d'idées égale l'incommensurable orgueil.

***

L'œuvre de Charles Robin. M. le Professeur Champy, dans sa leçon inaugurale (*Paris Médical*, 24 mars 1928) a rappelé, suivant la coutume, l'œuvre de ses devanciers. Et, dans cet exposé, il a fait une place à part à Charles Robin que les élèves de Ranvier s'étaient plu à tenir dans l'oubli le plus dédaigneux. Comme c'est dans le *Progrès Médical* que l'un deux fit entendre la note la plus injuste, il convient, en manière d'amende honorable, de reproduire ici l'hommage que le Pr Champy a rendu à l'œuvre de Robin :

...La chaire d'histologie de notre Faculté fut fondée par Rayer, en 1860. Rayer n'accepta le décanat qu'à la condition que cette chaire serait créée et confiée à Charles Robin qui en fut le premier titulaire.

Né en 1821, à Jasseron, dans l'Ain, d'une vieille famille jurassienne, Robin fit ses études à Paris, où il fut l'élève de Trousseau et d'Orfila et le camarade de Brown-Séquard.

Tout jeune encore, il entreprend des recherches anatomiques et zoologiques, dont plusieurs sont encore classiques. Agrégé d'histoire naturelle en 1847, il s'occupe de zoologie et d'anatomie. Mais c'était une anatomie bien singulière, surtout pour son époque.

Elève et ami d'Auguste Comte et de Littré, Robin était un des premiers et des plus fervents adeptes de la philosophie positive encore ignorée et peu répandue. Pénétré de la notion de l'inter relation et de la subordination des sciences, il comprend tout de suite que l'anatomie, fût-elle microscopique, est subordonnée à la chimie. Connaître la forme est bien, mais connaître la substance est mieux.

Il ne s'arrête pas là et comprend vite que le but de la biologie n'est pas plus la connaissance de la matière que celle de la forme. Elle doit arriver, par elle, à celle des *fonctions* ou *actes* qui sont la vie elle-même.

L'important n'est pas de posséder la notion substantielle des êtres ou de leurs tissus, mais d'interpréter les lois des transformations de la matière vivante à la lueur des « lois générales de la chimie ». Il pressent ainsi le rôle que doit jouer demain, dans la biologie, ce que nous appelons aujourd'hui la chimie physique.

On conçoit aisément que l'anatomie qu'il enseignait avec de tels principes, en avance de cinquante ans, dans un laboratoire dont le microscope, la balance, les cornues et les réactifs chimiques étaient le principal matériel, lui attirait peu d'étudiants. Elle attira cependant l'attention de quelques hommes éminents, en même temps d'ailleurs que l'inimitié de quelques personnes dont elle dérangeait les habitudes peu progressives.

A la fois zoologiste, parasitologue, chimiste, anatomiste et pathologiste, préférant d'ailleurs dans chacune de ces branches ce qui n'était pas la voie battue, extrêmement érudit et travailleur acharné, Robin laisse une œuvre variée et touffue, pleine de découvertes et d'idées nouvelles. Mais ce qui lui est propre et porte la marque de sa haute culture philosophique, c'est d'avoir bien compris la voie qu'il fallait suivre, d'y avoir orienté ses contemporains et ses successeurs, parfois même ses adversaires.

A cette époque, l'application de techniques nouvelles apportait à toutes les branches de la biologie un fatras de faits mal classés, mal interprétés ou alourdis de théories vagues. Robin qui les connait tous, s'efforce de les classer logiquement à l'aide des principes qui sont ceux de toute science positive, et il en fait la critique. Il le fait avec une conviction profonde, sans souci des personnalités ni des idées à la mode, sans craindre les discussions passionnées.

Sans doute, il défend parfois les idées qui seront par la suite démontrées fausses — il n'y a que ceux qui n'ont pas d'idées qui sont à l'abri de cet accident, mais ici même, l'influence de son esprit critique est utile. Il faut suivre les transformations progressives des vues de ses adversaires, de Virchow par exemple, avec qui il discuta longuement, pour comprendre comment leur doctrine devient peu à peu plus claire et plus vraie au filtre de la critique du biologiste français.

Tous ses contradicteurs n'avaient pas l'envergure de Virchow ; il en est qui se contentaient de feindre l'ignorer ou se livraient à de menues vexations, appelant, par exemple, organes pseudo-électriques les organes électriques de la raie qu'il avait découverts. Ou bien encore, on accolait son nom à quelque idée inexacte qu'il avait soutenue (comme la théorie du blastème, dont il n'était d'ailleurs nullement l'auteur.)

De son vivant, il eut toujours le plus complet dédain de tout cela, mais quelques-uns qui lui survécurent firent tort à sa mémoire.

Aujourd'hui, avec le recul du temps, on constate que ses adversaires n'ont pas commis moins d'erreurs que lui. Seulement les idées vraies ou fausses sont plus ou moins brillantes ou suggestives. Les siennes étaient particulièrement marquantes et on en a gardé mémoire ; il en est qui sont tellement secondaires qu'on les a oubliées ou qu'on n'a même pas songé à les contredire.

C'est une grande œuvre d'avoir lancé quelques idées fortes parmi lesquelles il en est de justes qui ont résisté à la critique après l'avoir provoquée. La vérité scientifique est, comme la vie elle-même, le résultat d'une longue et impitoyable sélection. Il faut, avant tout, fournir à cette sélection de beaux matériaux.

Dans les idées de Robin, il en est beaucoup qui, non seulement sont justes, mais qui sont des idées directrices.

N'a-t-il pas saisi l'un des premiers l'importance de la notion de sécrétion interne énoncée par Claude Bernard à propos de la fonction glycogénique du foie, mais que personne ne retenait à son époque. De là l'importance que Robin attachait à l'étude des humeurs, où il comprenait qu'il fallait chercher les substances *dissoutes*, seules actives, qui déterminent les processus cellulaires.

Alors que la doctrine de l'évolution était tout entière l'œuvre des zoologistes, basée sur des inductions inaccessibles à la vérification expérimentale, ce pourquoi il s'en défiait comme tous les positivistes, il comprend et exprime que seule la paléontologie pourra lui apporter une base réellement expérimentale.

Ses principes généraux ? Mais ils sont encore jeunes aujourd'hui et on ne saurait trop les rappeler : — ne pas confondre une science avec l'histoire ni avec la technique de cette science. — S'il est techniquement nécessaire d'avoir une spécialité, il n'en faut pas être l'esclave, et on ne peut faire œuvre réellement scientifique qu'en s'élevant au-dessus d'elle.

La technique crée des artifices à mesure qu'elle devient complexe ; il ne faut pas oublier de ne considérer que ce qui existe réellement et qu'il faut faire un effort d'abstraction pour rétablir.

Robin a admirablement défini la biologie. Ce mot employé pour la première fois par Lamarck a été pour ainsi dire vulgarisé par lui : « La biologie utilise l'étude des formes, mais n'est pas cette étude même. C'est l'étude du processus qui a créé la forme, de celui qui résulte d'elle ou de ses relations avec le milieu. »

Nul mieux que lui n'a compris l'importance du milieu, et on lui a emprunté l'essentiel de ce qu'on a dit depuis sur cette question.

Fondateur de la Société de biologie, il lui donna son règlement et cette forme qu'elle a conservée et qui fait d'elle aujourd'hui, encore, l'un des groupements les plus vivants et celui par lequel la pensée française se répand le mieux dans le monde.

Robin menait une existence simple et toute de travail. Son appartement était simplement meublé : une sorte de laboratoire. Il passait ses vacances dans son pays natal, auquel il était resté très attaché. Il occupait les beaux jours à chasser autour des ruines de la tour de Jasseron, et les mauvais à travailler à la maison.

S'intéressant fort peu aux choses matérielles, il n'aurait jamais été professeur sans l'amitié de Mme Auguste Comte qui le fit connaître à Rayer. Comme celui-ci était médecin de Napoléon III, les étudiants crurent, bien à tort, que la nomination de Robin était due à la faveur politique, et lui firent un superbe chahut. Plus tard, ce furent de longues ovations.

La philosophie positive, comme la stoïcienne, entraînait volontiers ses adeptes à se mêler aux affaires publiques. En 1874, Robin ne put résister à ses compatriotes de Jasseron qui l'envoyèrent au Sénat. Il y employa sa haute compétence en zoologie marine à la Commission des pêches. Il écrivit aussi un travail remarquable sur : « Les rapports de l'éducation et de l'instruction », dans lequel on a beaucoup puisé depuis.

On raconte de lui maintes anecdotes familières qui montrent sa sincérité pleine de bonhomie et sa grande simplicité.

Représentez-vous l'ahurissement d'un préfet qui, profitant du séjour de Robin à Concarneau pour aller présenter ses devoirs au sénateur influent, membre de l'Institut, et qui le trouvait vêtu d'une veste et d'un pantalon de toile cirée, coiffé d'un grand chapeau, enfin dans le costume qui convient pour aller pêcher des animalcules à marée basse.

On nous montre ce célibataire endurci repoussant le divorce « parce que les gens devraient être punis de la sottise qu'ils avaient faite en s'épousant », qui était l'ami des enfants de toute maison où il était reçu et même des animaux familiers, ou encore le philosophe positiviste accompagnant à Jasseron sa vieille mère à la messe.

C'est à Jasseron qu'il mourut subitement en 1885. Son élève Pouchet s'étonna de ne trouver dans ses papiers d'autre disposition testamentaire que celle-ci : comme il avait eu un œil crevé dans son enfance, il désirait qu'on fît son autopsie et

qu'on examinât son cerveau, ce qui pourrait être intéressant pour préciser les relations des yeux avec les centres optiques.

Robin avait eu sur les idées de son temps une influence considérable. Le philosophe qui avait emprunté à A. Comte son style un peu difficile, le professeur dont les cours étaient abstraits et peu clairs, était un causeur charmant. Ami de Michelet, de E. About, de Taine, de Sainte-Beuve, des Goncourt, de Sarcey, de G. Doré, qu'il rencontrait souvent, il fournit aux uns et aux autres des idées scientifiques ou médicales nouvelles ou saisissantes qu'ils mirent à profit, ou même dont ils s'inspirèrent directement.

Ainsi, l'influence de l'ardent biologiste qui créa la chaire d'histologie nous est transmise, non seulement par la tradition scientifique, mais aussi par la littérature qui a nourri la génération de nos pères.

M. Champy a aussi retracé comme il convenait l'œuvre de Mathias Duval et de Prenant. Et il a aussi un peu parlé de lui ; c'est l'habitude et l'habitude n'a rien de déplaisant quand l'homme en vaut la peine.

C'est le cas pour le Pr Champy. Fils d'un praticien exerçant à la campagne, dans les Vosges, il a connu ces temps héroïques où le médecin passait ses journées... et ses nuits sur les routes et mourait à la tâche, laissant aux siens, à défaut de fortune, l'exemple d'une vie toute consacrée au devoir et un nom vénéré.

De cette éducation un peu austère le Pr Champy a gardé l'empreinte : simplicité, droiture du caractère, amour du travail. Appelé jeune — exactement au même âge que Charles Robin — à enseigner une science qu'il étudie depuis vingt ans, le nouveau professeur est digne de la mission qui lui a été confiée et, sous son égide, la chaire d'histologie est assurée de conserver le lustre que lui avait valu son premier titulaire.

M. G.

Les Affiches illustrées des Chemins de fer de l'Etat

Soucieux de mettre en valeur les admirables régions desservies par leurs lignes, les Chemins de fer de l'Etat, depuis plus de vingt ans, ont su présenter les plus beaux sites et les plus beaux monuments de Normandie, de Bretagne et du Sud-Ouest, en des tableaux merveilleux qui ont obtenu le plus vif succès auprès des collectionneurs.

Poursuivant leur effort, ils viennent de faire éditer une nouvelle série de sept affiches illustrées, d'un caractère tout à fait artistique, dont la désignation suit :

« Rivières Normandes : La Charentonne (environs de Bernay) »
« Le Château de Laval »
« Dinan, rue de l'Horloge »
« La Côte d'Emeraude — Cap Fréhel »
« Les Sables-d'Olonne »
« St-Jean d'Angély (ses monuments) »
« Londres (St-Paul et la Tamise) »

Ces affiches, ainsi que celles dont la réserve n'est pas encore épuisée, sont mises en vente au prix de cinq francs l'exemplaire.

Elles sont adressées, à domicile, contre l'envoi préalable de leur valeur en mandat-carte.

Ajouter le prix du colis postal pour les recevoir sous rouleau.

Aucun envoi n'est fait contre remboursement.

Une liste détaillée des affiches pouvant être vendues est envoyée à toute personne qui en fait la demande au Service de la Publicité des Chemins de l'Etat, 20, rue de Rome, à Paris (8e).

BIBLIOGRAPHIE

L'Ecole de la Santé, par le Dr Henri BOUQUET. Un volume in-16 de la « Bibliothèque Variée », broché : 12 francs. Librairie Hachette.

Est-il possible de fournir au grand public des notions claires et suffisantes sur les acquisitions que fait chaque jour, dans tous ses chapitres, l'art de guérir ? Le Dr Henri Bouquet l'a pensé, estimant que tout le monde doit gagner à ce que les progrès de la médecine soient exposés dans le langage de tout le monde, à ceux qui sont appelés à en profiter. Mieux instruits, ils pourront se préserver eux-mêmes des atteintes de certaines maladies, les plus nombreuses sans doute, que la connaissance de leurs causes et de leur évolution rend plus aisément évitables. Munis des éclaircissements indispensables, ils pourront suivre avec plus de profit les conseils de celui qui les soignera et l'aider dans la tâche de salut dont ils doivent être les premiers bénéficiaires.

Voici les grandes divisions de ce très complet ouvrage : *les Maladies dont on parle* (la hantise de l'hypertension ; l'artério-sclérose ; la dégringolade ; quand l'estomac se digère lui-même ; l'enfant noué ; le froid qui tue ; le péril dentaire ; le mal des montagnes ; la photosensibilisation ; la fièvre jaune, etc.) ; — *les Nouvelles méthodes de diagnostic*, — *les Thérapeutiques d'aujourd'hui* (les rayons ultra-violets ; B. C. G. ou la vaccination contre la tuberculose ; les maladies bienfaisantes ; 80° au-dessous de 0 ; grandeur et décadence de la saignée ; les greffes ; l'homme essentiel). — *Questions d'Hygiène* (l'aliment vivant ; la controverse du tabac ; l'exercice physique et le sport ; les animaux à la rescousse ; le poison chez soi ; périls de printemps ; les méfaits de la puce).

Ce rapide résumé suffit à montrer à tous la richesse de ce précieux volume où un médecin érudit, qui est aussi un de nos plus réputés écrivains scientifiques, a condensé en des pages lumineuses les leçons d'une expérience très avertie.

Le romantisme et l'art, par Louis HAUTECŒUR, Marcel AUBERT, Paul VITRY, Robert REY, Paul JAMOT, André HOUBIN, Henri FOCILLON, René SCHNEIDER, Gabriel ROUCHÈS, Léon ROSENTHAL, René LANSON, Adolphe BOSCHOT, Henri GIRARD. Préface de Edouard Herriot. Un volume in-8° sous couverture romantique, 48 planches en phototypie hors texte. Broché 40 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

A l'occasion du centenaire du romantisme, la Direction des Musées nationaux a organisé à la Sorbonne des conférences qui ont eu un très gros succès sur le *Romantisme et l'art*. Tour à tour les personnalités les plus qualifiées appartenant aux Musées nationaux, à l'Université ou à nos grandes bibliothèques ont parlé de sujets d'un haut intérêt : *Origine du Romantisme, Romantisme et moyen-âge, sculpture romantique, Gros-Géricault, Delacroix, les manuscrits d'Eugène Delacroix, Chassériau, le paysage romantique et la peinture étrangère, la gravure romantique, l'Orient romantique, Berlioz, le livre romantique.*

Ce sont ces conférences que la librairie H. Laurens publie aujourd'hui. Le volume donne en un raccourci saisissant toute l'histoire de l'art romantique, où apparaissent très nettement les caractères essentiels de cet art ainsi que ses grandes beautés et sa forte originalité

En quarante-huit phototypies, défilent les œuvres les plus typiques de cette période, qu'il s'agisse de sculpture, de peinture ou de gravure.

Ainsi est rendu un hommage légitime à cette école romantique d'où sort l'art contemporain.

Les premières journées de la Commune, par George BOURGIN. 1 vol. de la collection « Récits d'autrefois », in-16, broché : 7 fr. Librairie Hachette, 79 Boulevard St-Germain, Paris.

Jamais encore les causes et les prodomes de la Commune n'avaient été recherchés, exposés, examinés avec une précision aussi saisissante, une objectivité aussi large, une vigueur aussi frémissante. On dirait un magistrat déposant des conclusions. L'histoire les enregistrera. Retenons que le martèlement des talons allemands aux Champs-Elysées et les votes de l'Assemblée Nationale portèrent la colère des Parisiens au paroxysme.

E. Delacroix. L'homme. Ses idées. Son œuvre, par Hubert GILLOT 1 vol. Prix : 20 fr. Société d'éditions « Les Belles-Lettres, 95, Boulevard Raspail, Paris.

Un ouvrage fortement construit, d'un style nerveux vivant et dont la lecture suscitera de passionnantes controverses.

Bibliothèque de Synthèse historique. L'Evolution de l'Humanité, Collection en 100 volumes de 350 à 600 p. chacun. Cette collection dont la publication est un des grands succès de librairie de notre temps, vient de s'enrichir d'un nouveau volume : **La fin du monde Antique et le début du Moyen-Age**, par M. E. LOT. 1 vol de XVI-514 p. avec 3 cartes et 3 gravures dans le texte. Prix broché : 30 fr. La Renaissance du Livre, 79, Boulevard Saint-Michel, Paris.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 15 LE NUMÉRO: 50 Centimes 14 AVRIL 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

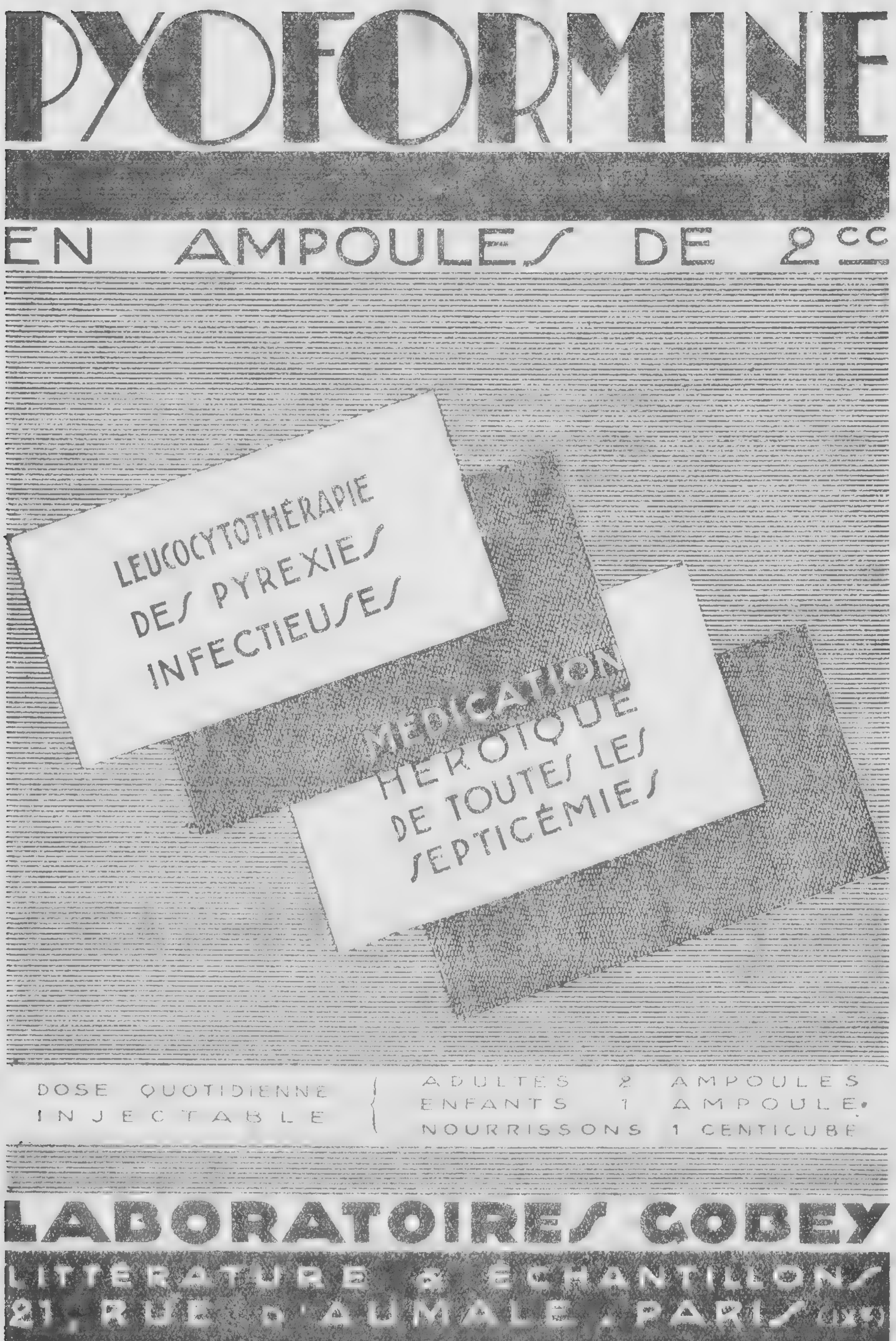
ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
MÉDICATION
HÉROÏQUE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE
INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE.
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE, PARIS (IXe)

NOUVELLES

Assistance Publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Un deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 3 mai, à 17 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le Jury est provisoirement composé ainsi : MM. les Drs Hartmann, Gernez, Auvray et Baudet qui ont accepté et MM. Lejars, Okinczyc et Weil (Emile) qui n'ont pas encore répondu.

Concours de pharmacien des hôpitaux. — Composition provisoire du Jury : MM. Béhal, Cousin, Fabre, Guillot, Bach, Couroux et Charonnat.

Concours de l'Assistance médicale à domicile. — Epreuve écrite. — Questions traitées : Conduite à tenir dans les accidents de la délivrance. — Insuffisance aortique (pathogénie, signes, diagnostic et pronostic).

Lecture (séance du 31 mars). MM. Baldy 9 + 17 = 26 pts, Lévy 12 + 18 = 30 pts, Lafont 14 + 10 = 24 pts, Mme Mendelsohn 10 + 12 = 22 pts.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Chevalier. L'allongement vertical de l'estomac.

Thèses vétérinaires. — M. Bacchtel. Inspection bactériologique de la viande.

21 avril. — M. Lechertier. L'acridinothérapie dans les septicémies puerpérales. — M. Roussier. L'opothérapie ovarienne en gynécologie. — M. Chaudet. Trépanations craniennes dans la préhistoire.

Thèses vétérinaires. — M. Deltou. L'emphysème pulmonaire chez les équidés.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 14 mai 1928, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 5 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1928.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 15 mai 1928, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au 5 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1928.

Faculté de Bordeaux. — La chaire de clinique d'accouchements de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

Faculté de Montpellier. — Deux emplois d'agrégé de médecine à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier sont déclarés vacants.

Faculté libre de médecine de Lille. — Ont été nommés professeurs titulaires : M. le Dr Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon, apte à l'agrégation de médecine générale (1926), médecin de l'hôpital de la Charité, professeur suppléant de clinique médicale à la Faculté libre de médecine.

M. le Dr Le Grand, médecin des Asiles publics, apte à l'agrégation de physiologie (1926), médecin de l'Asile de Lommelet, professeur suppléant de physiologie à la Faculté libre de médecine.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Guignard, décédé.

Association syndicale des biologistes pharmaciens. — Sous cette dénomination, vient de se créer un groupement des pharmaciens français dirigeant des laboratoires d'analyses biologiques. Président, Rodillon (Sens) ; vice-présidents, Ronchesse (Nice) ; Guillaumin (Paris) ; secrétaire général, Clogne (Paris) ; trésorier, Olivero (Paris).

Clinique médicale propédeutique de la Charité. — Le cours de radio-diagnostic médical de la tuberculose et des maladies de l'appareil respiratoire, dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 23 avril à 9 h. du matin et se terminera le samedi 28, à 6 h. du soir.

La Croisière de « Bruxelles-Médical ». (29 juillet 18 août 1928.) — La prochaine croisière de grandes vacances organisée par *Bruxelles-Médical* du 29 juillet au 18 août remporte un succès sans précédent. Près de la moitié des places sont déjà occupées et le nombre des demandes de renseignements va sans cesse croissant. Nous invitons donc ceux de nos lecteurs qui auraient l'intention d'y prendre part à s'inscrire de toute urgence.

Nous rappelons que la croisière de *Bruxelles-Médical* qui sera effectuée par le nouveau paquebot de luxe à moteurs « Brazza (16.000 tonnes) comporte l'itinéraire suivant : Bordeaux, La Corogne, Vigo, Porto, Funchal (Madère), Santa Cruz de Teneriffe (Canaries), Las Palmas (Canaries), Casablanca, Ajaccio, Marseille.

Prix spécial de navigation pour les médecins : depuis 1096 belgas, (soit environ 3.900 francs français). Renseignements et inscriptions à la section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Ad. Max, Bruxelles.

VIIe Congrès national de la tuberculose de Bordeaux. — Le Comité d'organisation du Congrès national de la tuberculose, d'accord avec la Fédération girondine des Œuvres antituberculeuses, a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès qui aura lieu à l'époque de Pâques, en 1930, les questions suivantes :

1° *Question biologique.* — Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux. Rapporteur : Prof. BEZANÇON, Drs A. PHILIBERT et J. PARAF (Paris).

2° *Question clinique.* — Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire. Rapporteurs : Prof. LEURET et Dr CAUSSIMON (Bordeaux).

3° *Question médico-sociale.* — Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire. Rapporteurs : Drs KUSS (Paris), SECOUSSE et PIÉCHAUD (Bordeaux).

4° *Question médico-militaire.* — La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, par M. le médecin-major de 1re classe PILOD (du Val de-Grâce).

5° *Conférence* sur une question d'actualité par un médecin de langue française.

Nota. — Sujet et conférencier seront ultérieurement désignés.

Hôpital Beaujon. — *Enseignement élémentaire d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr BALDENWECK, otologiste des hôpitaux, fera, à partir du mercredi 18 avril 1928, un enseignement pratique d'oto-rhino-laryngologie, à l'usage des médecins généraux et des étudiants.

Ce cours, gratuit, sera divisé de la façon suivante ; mercredi et samedi, 10 heures : consultation expliquée. — Jeudi, 11 heures : leçon clinique sur les cas de pratique courante, avec présentation de malades. — Mardi et vendredi, 10 heures : opérations. — Lundi et jeudi : 10 heures, démonstration des applications de la diathermie en O.-R.-L.

Faculté de Paris. — La chaire d'hygiène et médecine préventive de la faculté de Paris est déclarée vacante.

Le deuxième bal de la médecine française. — Le deuxième bal de la médecine française a eu lieu le 24 mars dernier dans les Salons du Ministère de l'Intérieur où il a obtenu un grand succès, le bilan de cette belle fête est de près de 100.000 frs. En face de l'imprévoyance si souvent fatale de beaucoup d'entre nous, devant les cruelles surprises que réservent parfois les situations les mieux assises en apparence, notre devoir à tous est de soutenir cette belle œuvre en lui envoyant notre adhésion et notre obole : 5 rue de Surène (Paris-VIIIe).

Le sanatorium universitaire des Petites-Roches. — L'entreprise du sanatorium universitaire des Petites-Roches est en voie d'achèvement.

La construction du pavillon des étudiantes est terminée. Au mois de juin on placera la toiture du pavillon des étudiants. Il faudra ensuite, après l'interruption hivernale des travaux, effectuer l'aménagement intérieur.

On espère ainsi recevoir les premiers malades dans deux ans, vers juin 1930.

Interdiction à Paris de l'emploi de l'acide cyanhydrique pour les désinfections — Le préfet de police vient de prendre un arrêté interdisant sous peine de procès-verbal l'usage de l'acide cyanhydrique sous toutes ses formes, pour la désinfection et la destruction des animaux nuisibles, dans tous les locaux à usage d'habitation.

Cette interdiction vient à la suite de deux accidents qui se sont produits ces derniers temps et dans lesquels trois personnes ont trouvé la mort.

Lyon. — M. le Dr Jean GATÉ, médecin des hôpitaux, a été désigné par le Conseil de la Faculté pour le poste d'agrégé laissé vacant par M. le professeur agrégé FAVRE, nommé professeur d'anatomie pathologique.

Congrès de l'Association des anatomistes français. — Lundi 2 avril s'est ouvert à Prague le 23e congrès de l'Association des anatomistes français. Plus de 200 anatomistes étrangers y ont participé. Le président était le docteur Weber, de Genève, médecin français. Parmi les délégués français se trouvaient MM. Champy et Rouvière, de Paris ; Policard, de Lyon.

Nécrologie. — Dr FROMAGET, de Bordeaux, décédé à Burie (Charente-Inférieure).

(*Voir la suite page* 632)

CONFERENCES DE DIETETIQUE

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

(*Professeur* M. LOEPER.

Equivalents et Equilibres alimentaires

Par Léon BINET

Professeur agrégé de physiologie.

Dans son bel ouvrage sur « la Vie et la Mort », A. Dastre faisait remarquer que le problème de l'alimentation offrait évidemment mille aspects, mais que, « *d'abord et avant tout, ce problème était physiologique* ». En instituant une série de conférences sur les divers régimes à appliquer dans les cas pathologiques, le Pr Loeper a cru utile de réserver la première leçon à une étude *physiologique* des aliments ; aussi voudrions-nous exposer ici brièvement des acquisitions physiologiques récentes sur le problème alimentaire, problème qui est aujourd'hui dominé par la notion des *equilibres alimentaires*.

Mais d'abord qu'est-ce qu'un aliment ?

Claude Bernard en a donné la définition suivante : « *une substance nécessaire à l'entretien des phénomènes de l'organisme sain et à la réparation des pertes qu'il fait constamment.* »

Parmi les substances nécessaires à la vie, *l'oxygène* occupe la première place. La vie ne peut s'entretenir sans oxygène ; bien plus, les organismes supérieurs ne peuvent vivre longtemps et normalement que dans les mélanges gazeux où la proportion d'oxygène ne s'éloigne pas trop de celle notée dans l'air atmosphérique. La diminution de l'oxygène dans l'air ambiant déclanche des troubles bien connus ; son élévation, si elle est suffisante, détermine aussi des réactions graves, à la condition que l'animal y soit soumis un certain temps. Des expériences, poursuivies avec M. Ch. Achard et avec Albert Leblanc nous ont montré que les animaux (cobayes et lapins), placés dans une atmosphère où la proportion d'oxygène était de 80 %, mouraient au bout de 3 à 5 jours pour le cobaye, de 5 à 6 jours pour le lapin avec des lésions pulmonaires accentuées. Ainsi nous apparait déjà la notion d'un *équilibre* dans l'étude de l'aliment gazeux.

Mais notre attention doit se fixer surtout sur les substances que nous ingérons et auxquelles on réserve en pratique le nom d'aliments. Il est d'usage aujourd'hui de les classer en deux groupes :

1° Les *substances énergétiques*, comprenant les hydrates de carbone, les matières grasses et les albuminoïdes ;

2° Les *substances élémentaires fondamentales*, c'est-à-dire les principes minéraux et les vitamines.

I. — Les substances énergétiques

L'étude de ces substances nous amène à quelques considérations générales sur la *ration alimentaire*, dont le problème a été remis à l'ordre du jour pendant la dernière guerre.

Devant la diminution de la main-d'œuvre agricole, devant les difficultés du transport des vivres, les Nations alliées ont eu le soin d'organiser une commission de biologistes ayant pour mission l'étude scientifique du ravitaillement.

La Commission scientifique interalliée du ravitaillement — où la France était représentée par E. Gley, J.-P. Langlois et Véry — a conclu que la ration alimentaire de l'*homme moyen* (c'est-à-dire d'un sujet de 70 kilogs, fournissant un travail modéré de 8 heures par jour et vivant dans un climat tempéré) devait être de 3.000 calories.

Des faits d'observation recueillis dans des zônes bien déterminées où le ravitaillement était très troublé (statistiques de E. Lambling effectuées à Lille pendant l'occupation allemande (travaux de A. Benoit sur la nourriture des prisonniers de guerre en Allemagne), des recherches de laboratoire effectuées avec beaucoup de précision par Chittenden, par F. G. Benedict montrent que des rations de 1.600 à 2.000 calories peuvent suffire pour entretenir la vie.

D'ailleurs si l'étude *quantitative* de la ration est importante, l'étude *qualitative* est plus importante encore. Pour fournir à l'organisme les calories dont il a besoin, on sait fort bien qu'on ne peut recourir à une seule variété de substance énergétique. On se rappelle que : 1 gr. d'albuminoïde donne 4,1 calories, 1 gr. de graisse 9.3 calories et 1 gr. d'hydrate de carbone 4.1 calories; mais on ne peut pas donner uniquement des albuminoïdes ou uniquement des graisses ou seulement des hydrates de carbone. La ration alimentaire doit être *équilibrée* : il y a un minimum de sucre, comme il y a un minimum de graisse, comme il y a un minimum d'albuminoïde.

Il y a un minimum de sucre. — A côté de leur rôle énergétique, les sucres ont un rôle fonctionnel indiscutable ; le jeûne hydrocarboné est suivi du passage dans les urines d'acétone, d'acide diacétique et d'acide β-oxybutyrique : l'ingestion d'hydrates de carbone les fait disparaître. Les corps précités, dits acétoniques, proviennent de certains acides gras et de certains acides aminés constituant les substances cétogènes, et à ces substances cétogènes il faut opposer des substances anticétogènes, c'est-à-dire des substances sucrées. Comme le font judicieusement remarquer MM. A. Desgrez et H. Bierry dans le chapitre Aliments qu'ils ont bien voulu écrire pour le *Traité de physiologie normale et pathologique*, « les dégradations des protéines, des sucres et des graisses constituent des phénomènes simultanés donnant lieu à la formation de corps réagissant les uns sur les autres. Il y a interpénétration entre les produits de dégradation des trois grandes catégories d'aliments, en particulier le métabolisme de certains acides aminés et de certains acides gras est conditionné par un blocage préalable avec les hydrates de carbone. »

Le chiffre de 500 gr. d'hydrates de carbone dans la ration quotidienne est classique : il a été conservé par la Commission scientifique interalliée.

Il y a un minimum de graisses. — F. Maignon s'est fait le défenseur du rôle joué par les graisses dans l'utilisation des albuminoïdes. « Tandis que l'albumine d'œuf est impuissante à elle seule à réaliser l'équilibre nutritif et la fixité du poids, les mélanges albumine-graisse et albumine-amidon permettent d'arriver à ce résultat, mais avec une inégale facilité, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces substances. J'ai obtenu chez le rat blanc la fixité du poids pour de longues périodes supérieures à 50 jours, avec tous les mélanges expérimentés d'albumine graisse, dans lesquels la graisse variait de 1 à 8. Avec l'amidon, la fixité durable du poids n'a été obtenue qu'avec le mélange albumine et amidon parties égales... » Et l'auteur arrive à soutenir que « l'albumine est mieux utilisée avec la graisse qu'avec l'amidon. »

Des objections ont été faites aux conceptions de F. Maignon, la notion des vitamines liposolubles, abondantes dans certains aliments gras, est venue compliquer le problème, mais tous les biologistes modernes avec Lusk, avec E. H. Starling, avec Bottazzi, avec A. Desgrez, H. Bierry et F. Rathery reconnaissent qu'une ration alimentaire, pour être convenable, doit renfermer un minimum de graisses. Une ration bien comprise doit comprendre un chiffre de graisse supérieur à celui de 50 gr. donné par les classiques : ce chiffre doit osciller entre 70 et 88 gr.

Il y a un minimum d'albuminoïdes. — Longtemps, à la suite des travaux de Voit et Pettenkofer, on a admis que la ration quotidienne devait renfermer 118 gr. d'albumine. Le chiffre est sûrement trop élevé. Louis Lapique admet qu'un gramme d'albumine par kilogramme par jour répond aux besoins de l'organisme. Les recherches de Chittenden, de Siven, de Benedict, de Lusk aboutissent à des chiffres plus bas encore et font admettre en moyenne, comme minimum, le chiffre de 0 gr. 70 d'albuminoïde par kilogramme.

Des études plus approfondies ont montré qu'il ne suffit pas d'aborder le problème du point de vue quantitatif mais qu'il faut l'envisager encore du point de vue qualitatif. La *nature* de la substance protéique a une importance primordiale. Les très belles recherches de Th. B. Osborne et L. B. Mendel ont mis en évidence cette notion que le besoin minimum d'azote se réduit à un *besoin quantitatif d'acides aminés, qualitativement indispensables.* Leurs observations ont montré que certains acides aminés sont nécessaires pour le développement et le maintien de la vie ; le tryptophane est indispensable au maintien du poids : la lysine est indispensable à la croissance et des expériences de Ch. Champy et Pierre Gley ont confirmé ce dernier point que, sans lysine, la croissance ne s'effectue pas. De tels travaux ont permis de mettre en lumière la « loi du minimum » ou « loi d'Osborne et Mendel », qu'on peut énoncer ainsi avec G. Schaeffer : « La quantité nécessaire d'une albumine donnée, qui doit figurer dans la ration d'un animal pour en permettre l'équilibre ou la croissance, est déterminé par le pourcentage pour lequel tel acide aminé indispensable entre dans la composition de cette albumine. »

II. Substances élémentaires fondamentales.

Telle est l'étude des substances énergétiques qui *doivent* entrer dans la ration alimentaire, pour apporter à l'organisme un nombre suffisant de calories. Mais la ration, bien équilibrée, exige d'autres substances, dites *substances élémentaires fondamentales*, comprenant des *sels minéraux* et *des vitamines*.

A. **Sels minéraux.** — L'importance des sels minéraux dans la ration alimentaire ne peut être développée dans le cadre d'une telle leçon. Il nous suffira de citer les recherches sur le calcium et sur le phosphore pour montrer tout l'intérêt biologique que soulève une pareille question et pour mettre en évidence la nécessité *d'un équilibre* entre ces divers éléments.

Les expériences d'Osborne et Mendel, de Mc Collum ont précisé le rôle du calcium et du phosphore alimentaires dans la croissance. Un régime trop pauvre en calcium arrête la croissance : si on administre alors du calcium, la reprise de poids se produit et elle est d'autant plus rapide que le taux est plus élevé. Un régime pauvre en phosphore ne permet pas la croissance : l'addition de phosphore à un régime appauvri en cette substance accélère la croissance antérieurement entravée. De plus il faut qu'il y ait un *rapport convenable* entre calcium et phosphore alimentaires pour que la croissance se fasse bien ; en d'autres termes la ration doit être équilibrée du point de vue minéral comme du point de vue énergétique.

B. **Vitamines.** — Pareille notion ressort également de l'étude des vitamines, étude qui sera développée dans une conférence ultérieure. On sait qu'il existe trois types de vitamines : la vitamine A, liposoluble, — la vitamine B, hydrosoluble et la vitamine C, antiscorbutique.

La vitamine B, nous retiendra ici. Soluble dans l'eau et dans l'alcool, elle se trouve en abondance dans la levure de bière, le petit lait, le jaune d'œuf, les végétaux, l'écorce du riz : elle est absente dans le riz poli, les graines décortiquées et les farines raffinées. Elle paraît bien être isolée aujourd'hui et Jansen et Donath la reconnaissent comme un produit cristallisé et répondant à la formule brute $C^6 H^{10} ON^2$.

Nous rappellerons que l'avitaminose B aboutit à une chute de poids et surtout à des accidents nerveux (polynévrite, béribéri) ; mais les études des dernières années ont montré le rôle considérable que joue le facteur B dans la nutrition et ont mis en évidence les rapports qui doivent exister entre ce facteur B et les autres constituants de la ration.

A. Desgrez, F. Rathery et H. Bierry, Mme Randoin et H. Simonnet, pour ne citer que les auteurs français, ont eu le mérite de nous éclairer sur ce point. « Comme la reine dans le jeu d'échec, le facteur B commande à toutes les autres pièces de l'échiquier alimentaire » (A. Desgrez et H. Bierry).

Si, dans un régime équilibré de riz blanc et de levure de bière, on élève à un moment le poids du riz, sans modifier le poids de levure, des troubles nerveux apparaissent ; ils guérissent si on ramène le poids du riz au taux primitif.

Si, dans un régime contenant des proportions bien définies de levure de bière, de sucre, de graisse et d'albumine, on élève le taux des graisses, des troubles graves apparaissent, à moins qu'on augmente en même temps le chiffre de la levure de bière.

De même si on élève le taux des albumines dans ce régime, il n'y aura tolérance qu'à la condition d'élever la levure de bière.

De tels faits illustrent d'une façon remarquable la nécessité d'une ration *équilibrée* en vitamines.

* * *

On sait bien aujourd'hui que l'alimentation peut agir sur les *fonctions de reproduction*. La physiologie comparée nous montre l'importance de l'alimentation dans le développement des organes génitaux et l'observation des abeilles, des termites, a fourni des preuves bien intéressantes sur ce point. La méthode expérimentale, en faisant varier les conditions alimentaires, a démontré la sensibilité des fonctions de reproduction et de fécondation aux éléments du régime : et, là encore, la notion de l'équilibre alimentaire apparaît avec toute son importance.

Nous retiendrons dans ce sens les travaux de Mme Lucie Randoin, effectués avec M. Alquier et Mlles Asselin et Charles. En faisant varier les régimes d'un lot considérable de rats, on note que le beurre apporte des principes indispensables à la fécondation ; — que le régime son + beurre semble suffire à l'activité génitale du mâle mais que la femelle ne peut mener à bonne fin la gestation et l'élevage des petits sans la caséine ; — enfin et surtout qu'il faut encore tenir compte de la nécessité d'un équilibre entre les composants minéraux et les composants énergétiques, spécialement pour la femelle. Un régime son + caséine + beurre, parfaitement convenable pour la reproduction, est déséquilibré par l'apport de sucre, ou (et surtout) par l'apport de chlorures de Na et de Ca ; mais l'équilibre est rétabli par l'introduction *simultanée* du sucre et des sels.

* * *

Ainsi la valeur d'un régime ne dépend pas seulement du nombre, de la quantité des principes alimentaires, elle est encore fonction de la qualité et des proportions relatives de ces principes alimentaires.

Hygiène alimentaire et carence

Par **E. LESNÉ**,

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

Il y a peu de temps encore on croyait avoir fait de la diététique une science rigoureusement exacte en basant les régimes alimentaires sur le calcul des calories et sur la loi de l'isodynamie. Il est toujours exact de dire que la ration de l'adulte doit correspondre environ à 45 calories par kgr. et que celle de l'enfant doit être plus elevée : 80 calories par kgr. chez le nourrisson, 70 calories par kgr. à 6 ans, et 100 calories par kgr. à 14 ans. Les besoins alimentaires de l'enfant sont plus considérables car pour un poids égal la surface de rayonnement est plus grande, et à la ration d'entretien s'ajoute une ration de croissance ; cette ration de croissance est maxima à la période prépubère et pubère, âge où les aliments caloriques et plastiques doivent être pris abondamment.

La ration alimentaire est-elle insuffisante en quantité, l'individu est en état d'inanition ou de sous-alimentation, que d'exemples en a-t-on vu durant la dernière guerre dans les régions envahies. Chez les enfants nous constatons bien souvent les résultats de ces régimes de famine dont la valeur calorique est très au-dessous du chiffre nécessaire ; Variot, J. Renault, Ch. Richet fils, Mlle Bondoux, et tous les pédiatres pourraient multiplier les observations d'athrepsie, d'hypotrophie, de chétivisme, d'infantilisme qui ne relèvent que d'une diète prolongée au bouillon de légumes (50 calories par litre) ou d'un régime au lait trop écrémé, ou d'aliments pris en quantité insuffisante. Ces régimes carencés en totalité en diminuant la résistance prédisposent à la tuberculose. Plus un animal est jeune et moins il résiste à l'inanition, c'est là un fait certain.

Mais la quantité d'aliments ne suffit pas dans un régime, la qualité importe, l'isodynamie n'est pas une vérité clinique : les substances albuminoïdes, les hydrates de carbone et les graisses ne peuvent sans dommage se suppléer, et un régime que le calcul des calories présente comme normal peut fort bien être un régime carencé.

La ration doit comprendre un minimum de substances protéiques, d'hydrates de carbone et de graisse, sinon la nutrition est troublée. Il faut à un adulte par kgr. et par jour environ 1 gr. 30 de substances protéiques, qu'on peut abaisser à 0 gr. 70 ; 1 gr. de graisse et 7 gr. d'hydrates de carbone ; chez l'enfant ces chiffres sont insuffisants au moins pour les graisses qui doivent être portées à 2 ou 3 gr. et pour les substances albuminoïdes (2 gr. 50 chez le nourrisson et 2 gr. 70 chez l'enfant de 14 ans). Il est bien certain qu'il s'agit là de moyennes et que ces chiffres peuvent être modifiés suivant les individus et les races, chacun ayant sa nutrition personnelle et sa consommation optimale. L'un des aliments primordiaux est-il supprimé ou seulement diminué, le régime est carencé, même avec des besoins caloriques satisfaits.

Mais bien plus, le régime est encore carencé s'il ne renferme pas certaines substances de valeur calorique minime mais dont la présence importe. Il en est ainsi des sels minéraux dont Osborne et Mendel, Mac Collum et Davis ont montré la valeur. Enfin les avitaminoses plus ou moins frustes et larvées constituent un chapitre important des maladies par carence ; les vitamines de Funck agissant, soit directement, soit indirectement à la manière des hormones (exhormones de Clément), jouent un role primordial dans l'équilibre de la nutrition ; le scorbut en est un exemple, son mode d'apparition et sa guérison ont mis en lumière le pouvoir préventif et curatif des légumes aqueux et des fruits crus dont la valeur calorique est insignifiante.

Dans un régime, les *carences* peuvent être *complètes* ou *incomplètes*, *simples* ou *multiples*, enfin à côté des *carences d'absorption* existent les *carences d'assimilation* ; celles-ci dépendant d'un trouble des fonctions gastro-intestinales et des glandes qui y sont annexées, dont on tient insuffisamment compte dans l'établissement de la diététique. Les besoins de l'organisme varient suivant les divers états physiologiques ou pathologiques ; les régimes ne peuvent être uniformes ; les périodes de croissance, de gestation, d'allaitement réclament des rations différemment équilibrées.

Les animaux ne sont pas tous sensibles aux mêmes carences. Le rat résiste mal à la privation de vitamine A, le pigeon à la carence de vitamine B, et on reproduit facilement le scorbut chez le cobaye par un régime carencé en vitamine C. On ne peut donc conclure fatalement de l'animal à l'homme, il est même probable qu'il existe suivant les races humaines et même selon les individus des susceptibilités particulières aux régimes de carence. Cependant certains syndromes-expérimentaux et cliniques sont très superposables.

I. **Carence d'eau**. — L'adulte doit absorber chaque jour 2 litres à 2 litres 50 d'eau, dont une grande partie est mélangée aux aliments. Le nourrisson supporte mal la privation d'eau, sa ration quotidienne est de 120 gr. par kgr. (sans dépasser un litre), aussi dans certains états pathologiques où le régime sec est indiqué (sténose pylorique) faut-il recourir aux injections ou aux instillations intrarectales de sérum artificiel sous peine de voir se précipiter l'athrepsie.

II. **Carence de cellulose**. — Certains aliments dont la valeur alimentaire est par ailleurs peu considérable, servent de *lest*, jouent un rôle mécanique dans la digestion et par leur volume favorisent le transit intestinal. Il en est ainsi de la cellulose des fruits et des légumes, du son du pain complet qui, pour cette raison au moins, agissent contre la constipation.

Cette privation chez un grand nombre d'animaux peut être néfaste ; aussi bien l'expérience démontre que le papier buvard ingéré par des animaux carencés en vitamines prolonge leur existence.

III. **Carence de protéines. Importance des acides aminés**. — Nous avons déjà signalé que la *quantité* de substances proteiques ingérées rapportées au kgr. doit être en fait plus considérable chez le nourrisson que chez l'adulte et plus considérable encore chez l'enfant de 14 à 15 ans comme l'a bien montré Charles Richet fils. Avec ce même physiologiste, nous avons établi que l'élimination de l'urée chez des enfants de 10 à 15 ans soumis à un régime aussi hypoazoté que possible (*azoturie basale*) est très supérieure à ce qu'elle est chez l'adulte ; la consommation en matières protéiques est à 14 ans, double de celle de l'adulte ; donc un enfant de 35 kgr. doit absorber autant de substances albuminoïdes qu'un adulte de 70 kgr.

Expérimentalement, Abderhalden a mis en évidence que, chez les mammifères, le nouveau-né s'accroît d'autant plus vite que le lait est plus riche en substances albuminoïdes et en sels minéraux. Mais la teneur du régime en substances albuminoïdes ne doit pas dépasser une certaine limite, telles sont les conclusions des expériences d'Osborne et Mendel chez le rat : si le régime ne renferme pas au moins 9 % de caséine et d'édestine il n'y a pas de croissance ; à 18 % la croissance est normale ; au-dessus de ce chiffre l'animal ne croît plus et meurt.

La *qualité* des substances albuminoïdes a une importance primordiale et Rubner a montré que chaque albumine a « une valeur d'utilisation biologique particulière ». Les protéines du lait, de l'œuf, du blé, donnent une croissance normale; la gélatine, la zéine (maïs) n'agissent pas sur la croissance (expériences d'Osborne et Mendel, de Wilcock et Hopkins).

A l'équivalence et à l'identité des protéines animales et végétales soutenues par Hindhede, Botazzi a opposé une opinion contraire : « les protéines animales sont, vis-à-vis de l'homme, moins hétérogènes que les protéines végétales ; elles sont douées d'une plus grande valeur biologique et sont mieux assimilées. » Si les protéines végétales moins toxiques conviennent bien aux jeunes enfants et aux vieillards, les protéines animales sont plus appropriées à la ration alimentaire des adolescents ; sous un plus petit volume leur valeur alimentaire est plus élevée. Dès la poussée des canines un enfant doit prendre en petite quantité viande ou poisson, qui tiendront dans le régime une place de plus en plus importante et entreront dans les menus des deux principaux repas dès l'âge de 7 ans.

La carence en substances albuminoïdes animales provoque

chez les adolescents, l'amaigrissement, l'asthénie, la cachexie et prédispose à la tuberculose. Dans une série de travaux, Thomas a montré les différences dans la valeur biologique des substances protéiques alimentaires ; alors que les albumines animales ont une valeur biologique se rapprochant de 100, les albumines végétales ont une valeur biologique de 60 environ.

Par ailleurs, les expériences de Ch. Richet ont mis en évidence la diminution du pouvoir nutritif des albumines animales soumises à la coction.

La valeur biologique des substances albuminoïdes dépend de leur teneur en *acides aminés* (expériences de Fischer, d'Abderhalden et de Rona), qui doivent être apportés par l'alimentation car l'organisme n'en fait que peu ou pas la synthèse.

Le tryptophane maintient l'équilibre, mais n'a pas d'action sur la croissance. La lysine est nécessaire à la croissance ; elle est plus active lorsqu'elle est associée au tryptophane. La cystine, l'arginine et l'histidine sont indispensables à la croissance. La gélatine ne renferme ni tyrosine, ni tryptophane, ni cystine : les animaux finissent par succomber lorsqu'ils ingèrent cette seule substance protéique. La zéine (albumine du maïs) ne contient ni tryptophane ni lysine, son emploi exclusif constitue donc une carence qui ne permet ni la croissance, ni meme le maintien de l'équilibre.

De ces différentes recherches on peut conclure à la nécessité de varier le choix des substances albuminoïdes nécessaires à l'alimentation.

IV. **Carence des hydrates de carbone.** — Le *sucre* a une importance capitale dans l'alimentation du nourrisson puisqu'un litre de lait de femme renferme 50 à 60 gr. de lactose. La quantité de sucre ingéré est-elle inférieure à 4 ou 5 gr. par jour, on peut voir apparaître chez le nourrisson des vomissements et l'enfant maigrit car le sucre favorise l'assimilation des graisses, des protéines et de l'eau.

La *privation des hydrates de carbone* provoque dès le deuxième ou troisième jour l'acétonémie avec apparition progressive dans les urines d'acétone, d'acide diacétique et d'acide β oxybutyrique. Les hydrates de carbone sont des contrepoisons des corps cétogènes fournis par la combustion incomplète des graisses.

V. **Carence de graisses.** — Les graisses animales sont indispensables à l'entretien et à la croissance, la restriction donne de l'amaigrissement avec œdème des extrémités (*œdème de la faim*). La privation totale de graisse provoque une cachexie avec sécheresse et pigmentation de la peau, perte des poils, héméralopie et xérophtalmie ; il est vrai qu'il s'agit là d'une carence mixte avec avitaminose, le facteur A étant associé aux graisses.

VI. **Carence de sels minéraux.** — D'après G. Schœffer, la ration alimentaire doit être, au point de vue des substances minérales, suffisante en quantité et en qualité ; la ration quotidienne d'un adulte doit en renfermer de 10 à 25 gr.

Les sels minéraux ont un rôle plastique, certains agissent plus par leur qualité que par leur quantité, comme des catalyseurs.

D'après les expériences sur le rat de Raulin, Osborne et Mendel, Mac Collum, etc., les substances minérales douées de la plus grande activité sur la croissance sont le calcium, le potassium, le sodium, le phosphore, le magnésium ; pour obtenir une bonne croissance, il faut que dans l'alimentation le rapport $\frac{P}{Ca} = 1$. De la croissance jusqu'à 18 ans l'édification du squelette emploie 3 kgr. de phosphate de chaux, soit 0 gr. 40 par jour.

Les graisses, les racines et la viande sont déficientes en Ca, Na et Cl ; les feuilles sont au contraire très riches en éléments minéraux (épinards riches en fer). L'eau de cuisson renferme la plus grande partie de ces éléments, aussi faut-il l'incorporer aux aliments ou faire cuire les légumes verts sans eau, à l'autoclave.

Le lait est pauvre en fer (0 gr. 02 par litre de lait de femme, et 0 gr. 002 par litre de lait de vache).

Maladies par carence minérale. — L'une des mieux connues est la *chlorose des nourrissons de Hallé et Jolly*, ou *anémie ferriprive de Marfan*, qui apparaît au moment du sevrage chez des nourrissons laissés trop longtemps au régime lacté exclusif. Le lait est un aliment très pauvre en fer, mais le fœtus en a accumulé, dans le foie en particulier, une notable proportion (Lapicque, Al. Baillet) ; lorsque cette réserve est épuisée, vers douze mois, le lait est incapable de fournir la quantité de fer nécessaire. Il faudra donc pour prévenir cette carence donner à l'enfant, dès la fin de la première année, des céréales, du jaune d'œuf et des épinards.

Chez les convalescents de maladies infectieuses et chez les albuminuriques, le régime lacté prolongé provoque parfois une anémie qui relève de la même carence en fer.

Si, au cours des néphrites œdémateuses, le *régime déchloruré* produit, comme l'a montré Widal, d'excellents résultats, prescrire une diète privée de chlorures peut constituer une faute chez d'autres sujets ; chez certains nourrissons atteints d'entérite chronique l'emploi de petites doses de NaCl a parfois une heureuse influence sur l'état général.

Dans la *spasmophilie* et la *tétanie*, l'*hypocalcémie* est de règle (Mac Collum, Voegblin, J.-W. Cooke, etc.) et l'administration de *calcium* fait disparaître les signes de la tétanie infantile comme ceux de la tétanie expérimentale.

Le *rachitisme* expérimental a été réalisé chez les jeunes rats par Mac Collum, Park, Shipley, Simmonds, Hess et Unger, Pappenheimer, etc., et par nous-même en mettant ces animaux à un régime carencé en P. Chez les enfants rachitiques il y a une *hypophosphatémie* très marquée comme nous l'avons montré avec Christou, de Gennes et Vagliano, après Howland et Kramer, Hess, Woringer. Cependant l'alimentation des enfants est assez riche en Ca et en P pour éloigner l'idée d'une carence alimentaire exclusive ; il s'agit plutôt d'une carence *d'assimilation* et d'une *décalcification*. Par ailleurs la privation de soleil joue un rôle considérable dans la production de la tétanie et du rachitisme ; il semble bien que les rayons ultra-violets, agents thérapeutiques de premier ordre dans ces deux états, favorisent l'assimilation du Ca et du P.

VII. **Carence de vitamines. Avitaminoses et hypovitaminoses.** — Les *vitamines de Funck* sont des indosés alimentaires indispensables à la nutrition et agissant à dose infime comme des hormones. Leur composition chimique est inconnue ; leur rôle est démontré par la clinique et l'expérimentation ; l'organisme n'en fait pas la synthèse et doit les ingérer. Après les recherches de Eijkmann en 1897 sur la polynévrite des gallinacés nourris au riz décortiqué, Mac Collum, Hart, Humphries, Davis, Kennedy et, d'autre part, Osborne et Mendel découvrirent simultanément en 1911 un *facteur A liposoluble, vitamine de croissance* dans le beurre et le jaune d'œuf. Funck, Mac Collum, Simmonds démontrèrent en 1912 la présence de la *vitamine hydrosoluble B, vitamine antibéribérique* dans l'enveloppe du riz et dans la levure de bière. Au même moment, Holst et Fröhlich publiaient leurs études sur le scorbut expérimental et découvraient un *facteur antiscorbutique* (*vitamine C*).

Cette question des vitamines a fait l'objet de travaux très importants de Weill et Mouriquand.

1° Avitaminose A. — La vitamine A liposoluble est douée d'une grande stabilité et résiste à la chaleur à la condition d'éviter les processus d'oxydation. *Elle est abondante* dans le *beurre*, la *graisse de bœuf*, le *jaune d'œuf*, l'*huile de foie de morue*, les *plantes vertes*. Elle est *absente* dans le *saindoux et dans les huiles végétales*.

Expérimentalement, Osborne et Mendel, M. Collum et Davis, Simonnet ont montré que la carence chez le rat provoque des symptômes qui évoluent en trois périodes : première période de croît normal, deuxième période d'arrêt de développement avec diminution de résistance aux infections ; troisième période de cachexie qui conduit à la mort.

Cliniquement, l'avitaminose A a particulièrement été observée au Japon (c'est le *hikan*) chez des enfants nourris exclusivement de céréales : c'est un syndrome se manifestant par un arrêt de croissance avec cachexie œdémateuse et xérophtalmie. Certaines formes d'héméralopie épidémique ressortissent à la

carencée sous peine de voir apparaître des troubles morbides multiples, variés et parfois très graves. Si l'adulte mange souvent trop, l'enfant pauvre ne mange pas assez ; il faut satisfaire son appétit et surveiller sa courbe de poids.

L'aliment n'est cependant pas le facteur unique : la température, la pureté de l'air, la lumière, etc., jouent aussi un rôle important dans la nutrition. Le manque de lumière est nocif avant tout pour les individus jeunes chez qui les radiations ultra-violettes agissent sur la composition du sang, sur le fonctionnement des glandes endocriniennes, sur l'édification du squelette, etc., à tel point que Woringer a créé le terme de *carence solaire*, facteur de rachitisme et de spasmophilie.

Les aliments doivent être variés et ne pas être profondément modifiés par les pratiques culinaires. La cuisson influe sur les vitamines et sur les albumines ; la cuisson en vase clos est moins nuisible. L'eau de cuisson doit toujours être ingérée ; elle renferme vitamines et sels minéraux. La pelure des fruits et des légumes leur enlève une grande partie des vitamines.

Chez le nourrisson rien ne vaut le lait maternel, aliment complet et vivant, parfaitement adapté à la nutrition de l'enfant. A son défaut on choisira le lait de vache dont les éléments sont cependant différents en quantité et qualité (enzymes, hydrates de carbone, protéines, graisse, sels minéraux). Ce lait doit être coupé, sucré et stérilisé. L'alimentation de la nourrice ou de la femelle laitière sera variée et riche en vitamines puisque celles-ci ingérées sont éliminées par le lait. La carence est plus fréquente lorsqu'on emploie un lait industriellement stérilisé ou manipulé. Au cours de tout allaitement artificiel il faut donner au nourrisson un supplément de vitamine C sous forme de jus d'orange ou de citron.

Enfant. — A la période d'ablactation qu'il ne faudra pas retarder au-delà de l'apparition des dents, car le lait est pauvre en fer, il est important de retenir que les céréales sont déficientes et ajouter au régime, les pommes de terre, les jus de fruits, de carottes, d'épinards, puis le jus de viande et le jaune d'œuf. A 18 mois dès la sortie des canines la viande et le poisson figureront dans le régime.

Dans la grande enfance et l'adolescence, les besoins en vitamines sont impérieux, elles sont nécessaires pour obtenir une croissance normale ; le régime végétarien est tout à fait insuffisant, particulièrement au moment de la puberté. A côté des féculents et des farineux, il faut des légumes verts, des graisses, des œufs (sans abus) et des aliments carnés. Avec J. Renault nous pensons que les protéines animales doivent fournir dans la ration 50 p. 100 des substances albuminoïdes totales.

Adulte. — Chez l'adulte normal la ration d'entretien peut être plus réduite, mais il n'en est plus de même pendant les périodes de gestation, de lactation et de convalescence. Cependant le régime sera complet, varié, *équilibré* et comprendra constamment des légumes verts et des *aliments crus*.

Pour conclure, tout en tenant compte de l'état du tube digestif de chaque sujet, car il faut non seulement ingérer mais digérer et assimiler, deux conditions sont essentielles pour qu'un régime fournisse à l'organisme tous les facteurs nécessaires à sa croissance et à son entretien. Il doit comprendre des aliments variés et des aliments crus.

L'homme de la préhistoire qui se nourrissait de fruits, de végétaux et de viande crue avant d'avoir découvert le moyen de faire du feu, et qui vivait en plein air et peu vêtu, mettait en pratique par instinct les principes d'hygiène dont la clinique et l'expérimentation ont montré l'utilité et l'importance.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les principes généraux du traitement des plaies artérielles.

(Plaies récentes, avec hémorrhagie externe. Hématomes récents diffus et hématomes anévrysmaux).

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

I. Traitement des plaies artérielles récentes et des hémorrhagies externes.

A. *Vérification chirurgicale des paquets vasculo-nerveux :*

- **Au cours d'autres interventions.**
- **En cas de suspicion de lésion vasculaire.**
- **Spasme artériel post-traumatique.**
- **Plaies sèches des artères.**

A. La vérification chirurgicale des paquets vasculo-nerveux.

1° Au cours d'autres interventions.

Vous ne serez pas tous les jours appelés à lier un gros vaisseau ou à entreprendre une opération délicate de chirurgie vasculaire. Mais, vous observerez journellement des *phlegmons lymphangitiques profonds des membres, des adénites aiguës et chroniques, des adénopathies ganglionnaires néoplasiques, des lésions d'organes en rapport étroit avec des gros vaisseaux*, et sur lesquels vous devrez intervenir chirurgicalement. Or, vous savez que les grandes voies lymphatiques profondes suivent les grandes gaines vasculaires ; que les carrefours ganglionnaires importants sont situés au contact des gros vaisseaux et de l'émergence de leurs troncs collatéraux principaux. Vous ne pouvez aborder certains organes tels que le pharynx, l'œsophage, sans avoir vu et protégé le gros paquet vasculo-nerveux qui les côtoie.

Savoir découvrir les artères sera donc pour vous la plus sûre garantie d'aborder sans crainte les organes sains ou malades, les collections purulentes ou les dégénérescences néoplasiques développées au contact de ces vaisseaux, lésions qu'il faudra explorer, poursuivre, extirper, sans risquer de léser les paquets vasculo-nerveux importants qui traverseront votre champ opératoire.

Seul, ce point de vue mériterait de retenir votre attention sur la nécessité de savoir découvrir impeccablement tous les troncs artériels importants.

2° Vérification d'un paquet vasculo-nerveux en cas de suspicion de lésion vasculaire.

L'opération la plus simple qui peut justifier la découverte d'une artère, c'est la *vérification anatomique de l'état du paquet vasculo-nerveux.*

Vous devrez la pratiquer toutes les fois qu'à la suite d'un traumatisme ouvert ou fermé siégeant dans une zone vasculaire ou sur le trajet d'un gros vaisseau, vous constaterez, sur place ou à distance, des troubles dans la circulation normale (modifications oscillométriques importantes, et à plus forte raison absence du pouls, tumeur pulsatile expansive, hématome diffus progressif, troubles de la motricité et de la sensibilité, refroidissement du membre). Vous ferez de même en cas de traumatisme viscéral profond accompagné de signes d'hémorrhagie interne ou de compression d'un organe par un épanche-


DRAGÉES DE
COLLOÏDINE
LALEUF
TRAITEMENT DE
L'OBÉSITÉ
CONSIDÉRÉE
COMME MALADIE
PAR
CARENCE DIASTASIQUE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS XVe

NOUVELLES (*Suite*)

La criminalité en Angleterre. — La statistique criminelle de l'Angleterre et du pays de Galles pour l'année 1926 révèle un accroissement sensible de la criminalité. Le nombre des délits tombant sous le coup de la loi est devenu supérieur de 17 % à celui de 1920. Cette augmentation serait la conséquence du conflit minier et de la grève générale de 1926.

Journées médicales d'Egypte. — Les Drs GIRODE, MAWAS, ZEITOUN, nous adressent le communiqué ci-joint que nous insérons bien volontiers, mais après lequel il ne sera plus question de Journées médicales d'Egypte, les informations sur ce sujet étant trop contradictoires :

« Les organisateurs des Journées médicales d'Egypte mettent en garde MM. les médecins et pharmaciens contre tout communiqué qui opposerait les Journées médicales à un Congrès de médecine tropicale récemment créé par le Gouvernement égyptien en l'honneur du centenaire de l'école de médecine du Caire.

Les Journées médicales devaient se tenir au Caire du 15 au 24 décembre 1927. Les organisateurs, invités à faire coïncider ces Journées avec le centenaire, ont modifié la date primitivement fixée. Ils réservent la partie tropicale de leur programme pour le Congrès. Ils espèrent donner plus d'éclat encore au centenaire de l'école par la qualité et le nombre des adhérents aux « Journées ».

Les organisateurs affirment à nouveau que les Journées médicales sont dues à l'initiative de la rédaction de la *Revue des maladies des Pays chauds* et qu'ils n'ont jamais eu l'idée de se servir du patronage du Gouvernement égyptien avant de l'avoir obtenu. »

BIBLIOGRAPHIE

Le syndrome entéro-rénal aux stations hydrominérales françaises, par MM. AINE, COTTET, GOIFFON, MAZERAN, SCHNEIDER. Un vol. in-8° de 74 pages. Prix : 6 francs. L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi Paris (6e).

On y trouvera la mise au point de la question des infections urinaires d'origine intestinale, envisagées surtout du point de vue clinique, telles qu'on les observe aux stations thermales, c'est-à-dire dans leurs manifestations atténuées et chroniques. Les auteurs ont tout naturellement insisté sur le traitement hydro-minéral de ces affections et faisant état, d'une part des troubles intestinaux et d'autre part des troubles urinaires, ils ont formulé les grandes indications résumées à la fin en un tableau crénothérapique.

Le mécanisme du cœur et ses anomalies. *Etudes anatomiques et électrocardiographiques*, par Emile GÉRAUDEL. 1 volume de 289 pages avec 200 figures : 55 fr. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le but de l'auteur de cet ouvrage est de déterminer, par l'étude des anomalies du mécanisme cardiaque, le fonctionnement normal du cœur.

Les anomalies du mécanisme cardiaque se rencontrent fréquemment en clinique et offrent de nombreuses variétés. Mais leur analyse n'est devenue possible que depuis la découverte de l'électrocardiographie qui permet de déterminer, avec une netteté et une précision auparavant inconnues, le travail de l'oreillette et celui du ventricule.

Pour tirer de l'anormal une idée de la norme, il est évident qu'il faut faire des hypothèses. A l'hypothèse classique, l'auteur propose de substituer celle des cardionecteurs à circulation variable qui rend un compte plus satisfaisant des faits observés.

Dans ce livre, on trouvera les documents et les hypothèses. Les documents, ce sont les nombreux tracés électrocardiographiques, quelques observations cliniques et les microphotographies des lésions trouvées à l'autopsie.

La division générale de l'ouvrage est la suivante : l'auteur donne d'abord un exposé aussi complet que possible de l'électrocardiophie, principe et technique. Puis il rappelle les notions anatomiques indispensables à toute étude sur le mécanisme cardiaque ; vient ensuite une description de l'électrocardiogramme normal et de ses variétés.

Il aborde alors les anomalies du mécanisme cardiaque. A chaque type, il joint l'explication classique, puis son explication personnelle.

L'allaitement maternel obligatoire, par le Dr SICARD DE PLAUZOLES, En vente à la Ligue des Droits de l'Homme, 10, rue de l'Université, Paris-7e (2 francs).

Dans cet opuscule, édité par la Ligue des Droits de l'Homme, l'auteur expose clairement le droit naturel de l'enfant, le devoir de la mère, l'obligation de la société.

Des milliers d'enfants séparés de leur mère périssent chaque année, victimes de l'incurie sociale ; si on veut les conserver, il faut reconnaître que la maternité est une fonction sociale, et l'organiser de telle sorte que la mère puisse remplir son devoir naturel.

ment liquide progressif : (foie, rate, rein, hémorrhagie de la méningée moyenne, etc.).

Vous pourrez constater souvent l'intégrité anatomique des vaisseaux et des nerfs principaux et n'avoir à intervenir que sur des branches collatérales plus ou moins importantes. En cas de lésion des troncs principaux, vous l'aurez sous les yeux.

Cette vérification anatomique vous permettra dans certains cas de trouver des lésions déjà décrites avant la guerre, mais peu souvent observées, mieux connues maintenant, et qu'on a désignées sous le nom de *spasme artériel* et de *plaies sèches des artères*.

3° Spasme ou stupeur artérielle.

A la suite d'une première observation de Viannay, des cas de Lacoste et de Ferrier, suivis bientôt des observations de Violle, Soubeyran, Michon, Abadie et ayant fait l'objet d'un rapport de Veau à la Société de Chirurgie en 1918, des observations de Ducastaing rapportées à la même Société en 1917 par Lenormant, des faits cités par Leriche, etc... on a décrit de nouveau une lésion artérielle traumatique se manifestant sous la forme de *simple contusion artérielle sans lésion macroscopiquement visible de l'artère*, et capable, au point de vue symptomatologique, de supprimer toute espèce de pouls dans les segments artériels sous-jacents à la lésion. L'observation et les constatations opératoires montrent que cette absence de pouls observée au Pachon n'est pas une preuve d'oblitération artérielle anatomique. Ces phénomènes seraient dus à un *spasme artériel violent d'origine sympathique* (Leriche et Policard). C'est pourquoi la dénomination de *spasme artériel* proposée par Wiart paraît meilleure que celle de *stupeur artérielle* encore employée per quelques chirurgiens.

b) Au point de vue clinique, cette forme de commotion artérielle se manifeste, soit par des *modifications légères de la pression sanguine* en aval, vérifiables seulement au sphygmomanomètre (*forme légère* observée par Février) ; soit sous l'aspect d'*arrêt complet et momentané* de la circulation (*forme moyenne* observée par Viannay) avec *restitutio ad integrum* ; soit enfin sous la *forme grave* avec arrêt complet et définitif de la circulation, suivi de gangrène (cas de Veau).

Il est de première importance au point de vue pronostic et thérapeutique de différencier ces lésions des contusions artérielles avec lésions de l'endartère suivies de thrombose.

Or, il n'y a pas de signes différentiels susceptibles d'être retenus, sauf peut-être les épreuves de réaction thermique et sudorale indiquées par Mme Athanasio-Benesty qui ne sont guère applicables dans la pratique courante.

c) Donc, toutes les fois qu'un blessé se présentera à vous avec un pouls absent ou faible, des troubles ischémiques dans un membre à la suite d'une contusion simple ou d'une plaie contuse siégeant sur le trajet d'un gros vaisseau, vous devrez, d'abord pour faire un diagnostic, ensuite pour appliquer un traitement approprié, découvrir chirurgicalement le paquet vasculo-nerveux pour vérifier son état.

Le spasme artériel ne peut être en effet diagnostiqué qu'après la découverte de l'artère qui montre son intégrité anatomique et l'état spasmodique de ses parois. Il ne faut pas du reste considérer comme définitivement perdue une artère qui ne bat plus sous les yeux du chirurgien.

d) Le traitement à appliquer dans ces cas est simple. Evitez de toucher l'artère ; la simple mise à l'air suffit quelquefois à la ramener à son calibre normal (Viannay). Il ne peut être qu'utile aussi de baigner l'artère avec du sérum physiologique chaud (Duval).

Dans les cas très graves où la gangrène est menaçante, on pourrait peut-être tenter la sympathicectomie périartérielle sur une partie du segment d'artère spasmodié ou immédiatement au-dessus.

4° Plaies sèches des artères.

a) Dans certaines circonstances, on observe des blessés chez lesquels une plaie importante (section complète, déchirure) d'un gros tronc artériel ne se manifeste par aucune hémorragie immédiate appréciable. De nombreuses observations de ce genre ont été rapportées dans ces dernières années à la Société de chirurgie par Duval, Potherat, Fiolle, Léo, Delmas, Lenormant et Sencert, etc. J'en ai observé moi-même plusieurs cas. Ces faits n'étaient du reste pas nouveaux, car ils avaient déjà été signalés par Lagouest, Larrey, etc.

Ce dont il faut surtout bien se souvenir, c'est que ces plaies sèches peuvent être observées en même temps que persiste le pouls périphérique, soit parce qu'il ne s'agit que d'une plaie latérale, soit en raison de l'existence de riches voies de dérivation (Fiolle, Duval), Dans quelques cas; vous pourrez soupçonner cette lésion en raison de la *vive douleur* dont se plaignent les malades (Sencert).

b) Toutes les fois que vous serez en présence d'un blessé présentant une plaie profonde au niveau du passage d'un gros vaisseau, qu'il y ait hémorrhagie ou non, même si le pouls distal existe, et, à plus forte raison s'il a disparu, votre devoir absolu est ici encore de *vérifier chirurgicalement* l'état du paquet vasculo-nerveux. En effet, l'hémostase spontanée primitive peut être assurée seulement d'une façon très précaire par un caillot, qui au moindre mouvement du malade ou du membre blessé pourra se déplacer et laisser libre cours à une hémorrhagie retardée.

Vous trouverez tantôt un corps étranger obturant l'orifice artériel, tantôt un petit hématome formant tampon, tantôt un effilochement des bouts artériels avec rétraction des tuniques interne et moyenne.

Si vous avez l'occasion de voir ces blessés avant de pouvoir leur apporter toute aide opératoire, la question se posera pour vous de placer ou non un garrot d'attente au dessus de la plaie sèche qui ne saigne pas, mais qui peut être subitement le siège d'une hémorrhagie très grave.

L'expérience de la récente guerre a permis de se rallier à la conduite suivante : si le blessé doit être vu et opéré très vite par un chirurgien (une ou deux heures après la blessure) vous pourrez lui appliquer un garrot en indiquant sur sa fiche qu'il est porteur de cet instrument et qu'il doit en être débarrassé au plus tôt. Si l'opération chirurgicale doit tarder davantage, vous appliquerez seulement un lien élastique assez lâche qui pourra être immédiatement serré à la première alerte.

Enfin, quand vous serez appelés à opérer ce blessé, vous ferez une incision de découverte et d'exploration du paquet vasculo-nerveux, et si l'artère est rompue, effilochée, les deux bouts plus ou moins écartés, vous les lierez. Rares seront les cas où vous aurez la possibilité de par les circonstances, les lésions, la nature de l'artère, de tenter une suture latérale ou complète du vaisseau.

c) Beaucoup de plaies sèches des vaisseaux peuvent passer inaperçues, l'hémostase s'étant faite d'une façon définitive. Mais souvent dans ces cas, la lumière artérielle est oblitérée, le vaisseau est progressivement plus ou moins enserré dans du tissu fibreux. Il en résulte des troubles dans la circulation périphérique d'origine sympathique (Leriche) (extrémités froides, violettes, luisan-

tes, doigts gourds, muscles rigides et atrophiés, douleurs causalgiques etc...). *La résection du segment artériel* oblitéré, qui équivaut à une résection du sympathique périartériel, amène une atténuation très nette des symptômes (Leriche).

5° Plaies artérielles suivies d'hémorrhagies externes immédiates.

La grosse indication courante que vous trouverez à la découverte des artères, c'est l'opération que vous pratiquerez en vue de parer à des accidents hémorrhagiques graves à la suite d'une plaie artérielle. Cette hémorrhagie extérieure se voit ordinairement dans les plaies larges ou quand la lésion intéresse une artère superficielle.

Trop souvent, quand une grosse artère (carotide fémorale) aura été sectionnée à ciel ouvert, l'hémorrhagie sera si foudroyante que malgré votre célérité, vous n'aurez pas le temps matériel d'intervenir.

Dans ces cas cependant, il ne faut pas désespérer, et dans certaines circonstances heureuses, le blessé peut être frappé d'une syncope qui arrête l'hémorrhagie et qui permet de pratiquer utilement une double ligature suivie des soins que réclame tout blessé atteint d'anémie aiguë.

II. — Traitement des hématomes récents diffus et des hématomes anévrysmaux.

Hématomes diffus récents.

Gros hématomes à développement rapide.
Signes cliniques, évolution.
Conduite à tenir.
Petits hématomes à développement lent.
Signes, évolution, traitement.

Hématomes anévrysmaux.

(Anévrysmes post-traumatiques faux consécutifs).
Organisation, signes cliniques.
Traitement.

Hématomes suppurés.

1° Hématomes diffus récents.

Heureusement, dans une grande majorité des cas, la blessure artérielle ne communique pas directement avec l'extérieur. Le sang venant de la plaie vasculaire ne trouvant pas d'issue immédiate au dehors s'épanche dans la blessure, s'infiltre dans tous les interstices, constituant ainsi un *hématome diffus primitif*.

Si la plaie vasculaire est *large* et le vaisseau atteint très *important*, cet hématome se développe rapidement et constitue en quelques heures une volumineuse tumeur.

Si au contraire l'orifice vasculaire est plus étroit, si l'hémostase spontanée (toujours précaire) a plus ou moins obturé l'orifice, s'il ne s'agit que de vaisseaux artériels de moindre volume, ou même de lésions veineuses, l'hématome se constitue plus lentement et devient beaucoup moins volumineux.

A) Gros hématomes diffus à développement rapide.

Les gros hématomes diffus à développement rapide sont facilement reconnaissables ; leur symptomatologie est bruyante. Très rapidement se développe une tuméfaction progressive, douloureuse *qui soulève les téguments si le vaisseau est assez superficiel* et qui au contraire se présente sous la forme d'une *induration profonde avec gonflement généralisé* du membre si le vaisseau attein est situé plus profondément. Toujours, surtout si le vaisseau est superficiel, on voit apparaître une ecchymose qui, d'après Mondor, serait pathognomonique d'une lésion artérielle non négligeable.

Dans les cas très typiques, on peut même sentir un véritable mouvement d'expansion synchrone au pouls artériel, et l'auscultation de la tumeur peut faire percevoir un souffle discontinu systolique.

Ces gros hématomes s'accompagnent le plus souvent d'une *douleur profonde*, contusive, généralisée au segment du membre sur lequel ils se sont développés, douleur qui jointe à *l'impotence fonctionnelle*, seraient d'après Sencert caractéristiques de cette lésion,

Ajoutons enfin que les blessés porteurs de gros hématomes sont en général shockés non pas seulement par hémorrhagie, mais atteints d'un véritable shock toxique à la manière dont Quénu a décrit cette complication si spéciale des plaies contuses.

b) Des accidents graves s'ajoutent à ce tableau déjà si dramatique des gros hématomes et qui conduisent à des indications opératoires formelles.

L'un des premiers est constitué par la menace ou l'apparition de la *gangrène-ischémique,*

En effet, la pression de plus en plus grande qu'exerce l'hématome, qui comprime tous les tissus, écrase l'artère principale et ses collatérales, interrompt par conséquent la circulation dans le bout périphérique de l'artère, et empêche la circulation de dérivation de s'établir par ces collatérales.

C'est là une des principales raisons qui militent en faveur de l'intervention précoce dans ces grosses lésions; intervention qui permet de lever l'obstacle apporté à la circulation en débarrassant le foyer de ses caillots et en arrêtant l'hémorrhagie dont la progression comprime de plus en plus les tissus.

A cette *gangrène ischémique,* vient s'ajouter très fréquemment *une gangrène septique* (gangrène gazeuse dans les cas où la plaie est infectée par l'agent traumatisant, (gros écrasement des membres, plaies larges des muscles par projectiles de guerre, plaies contenant des corps étrangers, etc... etc...)

c) *Conduite à tenir dans les gros hématomes diffus.*

De la symptomatologie qui précède et de la crainte des complications redoutables auxquelles sont exposés les blessés atteints de lésions artérielles découle une thérapeutique rationnelle et active.

Il faut : voir ce qui saigne ;

Assurer l'hémostase et le rétablissement de la circulation :

Empêcher l'infection de se développer ou l'arrêter si elle est déjà présente.

Il faut donc intervenir au plus tôt et se souvenir pour opérer de ces deux notions :

Le malade ne doit plus perdre de sang.

Le chirurgien a besoin de voir clair.

Il découle de ces deux propositions deux corollaires :

Le chirurgien s'assurera d'une bonne hémostase provisoire.

Il devra découvrir très largement la région du vaisseau qui saigne en sachant ménager les organes anatomiques importants : muscles, vaisseaux et leurs collatérales, nerfs, etc... Au lieu de se contenter des voies classiques de découverte on emploiera donc les *voies larges de Fiolle et Delmas* décrites dans une leçon précédente,

L'hémostase préventive bien faite, une *voie d'accès et d'exploration largement ouverte,* il reste :

A débarrasser le foyer de l'hématome de ses caillots.

A assurer l'hémostase définitive.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Iodures

L'IODOVASOGÈNE à 6 %

"L'IODOSOL"

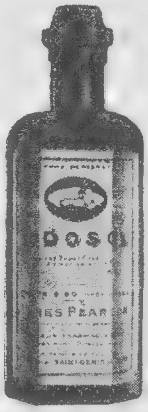
Absorption immédiate ; ni coloration, ni irritation, ni iodisme.

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905

Milan 1906

Londres 1908



DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910

Turin 1911

Autres préparations au Vasogène : Cadosol, Camphrosol, Gaiacosol, Salicylosol, Créosotosol, Menthosol, Ichtyosol, Iodoformosol, etc.

"VASOGÈNE Hg"

à 33 1/3 et **50 %**, en capsules gélatineuses de 3 grammes, s'absorbant vite et **agissant rapidement** et sans irritation.

EN BOITES DE 10 ET DE 25 CAPSULES.

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS & DROGUISTES

"USINES PEARSON" (Société anonyme au capital de 500.000 Frs).

43, Rue Pinel, à **SAINT-DENIS,** *près* **PARIS**

Téléphone : Paris-Nord 56-38 R. C. Seine 2.153

VIN BRAVAIS

à base de Pedro Ximenès, le roi des vins espagnols et aux principes actifs de

Kola, Coca, Caféine et Théobromine

ELIXIR BRAVAIS

aux mêmes principes actifs

Alliés au Curaçao Blanc de Hollande, digestif puissant, d'un goût exquis.



Ces préparations, dont les éléments généreux assurent l'énergie d'une constitution et la solidité d'un tempérament, ont toujours été préconisées avec succès dans les cas d'anémie, chlorose, débilité, maladies du cœur et de l'estomac, pâles couleurs, grandes faiblesses, migraines, convalescences difficiles, appauvrissement du sang, gastralgie, dyspepsie, surmenage physique et moral, grippes, neurasthénie.

Par leur composition sagement équilibrée, le vin et l'élixir Bravais corrigent, en réveillant l'activité digestive, les mauvaises nutritions, combattent l'inertie circulatoire, reconstituent sans irriter et s'adressent, qualité primordiale, aux estomacs les plus délicats et les plus difficiles.

GRANULE BRAVAIS

Kola, Coca, Quinquina, Glycérophosphates de chaux et de soude

prescrit contre les anémies, les névroses, le lymphatisme, la débilité générale, les affections des os et des articulations, etc., dans les cas où le vin ne peut être supporté.

Il n'existe pas de spécialités préparées avec une plus grande conscience, et le choix de leur composition explique à lui seul les préférences motivées des médecins les plus éminents.

SOCIÉTÉ DU VIN BRAVAIS, 3, rue de Mogador, PARIS

R. C. Seine 52.793

SYPHILIS

Adopté par l'Assistance Publique, les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

PIAN _ Leishmanioses · Trypanosomiases

Ulcère tropical phagédémique · Dysenterie amibienne

"QUINBY"

(QUINIO BISMUTH)

"Formule AUBRY"

et

"QUINBY SOLUBLE"

R.C Seine 333.204

Laboratoires AUBRY
54 rue de la Bienfaisance
Paris 8e
Téléph: Laborde 15-26

Indolore _ Incolore _ Propre

Injection facile

Rappelez-vous que l'hémostase provisoire doit être faite sur les deux bouts (central et périphérique) de l'artère, car l'hématome une fois ouvert, l'hémorrhagie pourrait continuer par le bout inférieur ce qui est du reste un excellent signe montrant que la circulation collatérale fonctionne et aura de grandes chances de s'améliorer encore par la suite si les collatérales sont conservées.

Les caillots seront rapidement évacués avec le doigt coiffé d'une compresse, le foyer nettoyé et asséché. Le chirurgien cherchera alors à se rendre compte des lésions.

Le plus souvent, s'il s'agit d'une grosse plaie vasculaire, la lésion apparaitra de suite ; quelquefois toutes les sources de l'hémorrhagie pourront ne pas être apparentes. Il suffit dans ces cas, de relâcher pendant quelques secondes l'hémostase préventive faite sur le bout supérieur pour voir *d'où vient le sang*. Il va sans dire que l'hémostase provisoire sera rétablie au plus vite dès la constatation faite.

Des moyens d'hémostase définitive s'offrent au chirurgien. l'un oblitérant : la ligature des deux bouts artériels dans la plaie ; l'autre laissant espérer le rétablissement du cours du sang par l'artère principale : la suture.

Il est de toute évidence que pour les petites artères ou leurs collatérales, la double ligature sera de règle. Par contre, les statistiques de la guerre étudiées par Sencert ont montré que nombre de cas de ligatures faites pour des artères dites dangereuses (axillaire fémorale commune, poplitée) avaient été suivies de gangrène.

D'autre part, ce que nous savons de la valeur des sutures vasculaires contre-indique la possibilité de faire ces sutures *après les traumatismes délabrants et infectants*. On conviendra donc que dans biendes cas le chirurgien soit assez embarrassé.

Compte tenu de tous ces facteurs énoncés précédemment, la conduite à tenir paraît être la suivante :

En présence d'une plaie nette, franche, récente, non infectée d'un très gros vaisseau, un chirurgien habitué à la suture vasculaire peut et doit tenter une suture.

Dans la majorité des autres cas, il fera bien de se contenter d'une bonne double ligature en suivant les indications générales qui se résument en ceci : ménager les muscles, conserver les collatérales, assurer une évolution aseptique de la plaie, tenter la ligature de la veine correspondante si l'aspiration veineuse paraît être la cause de l'ischémie du membre, etc. etc.

B) Petits hématomes à développement lent.

Ces petits hématomes artériels résultent, soit d'une plaie d'une petite artère, soit d'une plaie d'un vaisseau plus volumineux dont l'hémorrhagie aura été bridée par des dispositions anatomiques spéciales (loges inextensibles ou peu extensibles) ; ou bien encore ils sont le résultat de plaies artérielles dans lesquelles pour une raison quelconque l'hémostase spontanée s'est faite peu après la blessure.

Ces petits hématomes sont loin d'avoir la même gravité que les gros hématomes. Il faut savoir, si possible, les distinguer des hématomes non artériels produits par des lésions veineuses par exemple. La confusion sera souvent faite, mois il faudra toujours tenir le plus grand compte des *symptômes artériels de l'hématome* (expansion systolique, souffle discontinu). Rappelons enfin que les hématomes artériels, même petits, provoquent, dans le membre où ils sont développés, de la douleur et de l'importance fonctionnelle (Sencert) qu'on ne rencontre pas d'ordinaire avec la même acuité dans les simples hématomes veineux.

TRAITEMENT. — Le traitement de ces petits hématomes diffère suivant leur évolution.

a) S'il s'agit d'une plaie artérielle récente, non infectée ou non susceptible de l'être, si l'hématome est un peu volumineux et n'a pas de tendance à s'accroître, s'il n'existe que peu ou pas de douleurs et d'impotence fonctionnelle, il *n'est pas absolument nécessaire* d'intervenir tout de suite.

Dans certains cas même, il vaut mieux attendre que l'hématome s'organise, que la circulation collatérale se rétablisse, afin *d'opérer secondairement cet hématome secondaire circonscrit* (faux anévrysme).

Dans ce cas, la ligature artérielle tardive devient sans danger puisque la circulation collatérale est déjà rétablie. Il convient naturellement de ne pas la compromettre par des manœuvres intempestives telles que des sections musculaires ou la destruction des collatérales.

b) Cette abstention devra n'avoir lieu que si le blessé peut être étroitement surveillé, car à la moindre alerte (développement de la tumeur anévrysmale, exagération des douleurs ou de l'impotence fonctionnelle, anémie progressive du membre sous-jacent à la lésion, menace d'infection, etc. etc.), il faut intervenir promptement. L'intervention sera la même que pour les gros hématomes, toutes proportions gardées.

2° Hématomes anévrysmaux Anévrysmes traumatiques.

Quand un hématome diffus faisant suite à une plaie artérielle n'a pas été opéré primitivement, la lésion évolue en se transformant en un faux anévrysme, en un *hématome anévrysmal* qui, au fur et à mesure qu'il s'organise, devient un véritable *anévrysme faux consécutif* (Walther).

Les caillots formés par l'épanchement sanguin s'organisent, se résorbent dans les interstices cellulaires lointains ; mais, au contact même des bouts artériels plus ou moins béants, il se forme une poche irrégulière dont les parois les plus externes sont constituées par les tissus écartés (muscles, tissu cellulaire condensé) et dont les parois internes sont tapissées par des couches de fibrine grisâtre représentant l'évolution et la transformation du caillot primitif. Finalement, l'endothélium vasculaire parti des parois artérielles recouvre cette espèce de paroi anévrysmale qui au premier abord apparaît comme une simple dilatation du segment artériel auquel elle paraît appendue.

Quand la poche est petite, elle peut se manifester cliniquement par une petite tumeur dure, résistante, sans expansion, animée cependant de très faibles battements.

Si elle est plus développée, on note, en outre, des phénomènes d'expansion systolique et un souffle contiuu à renforcement systolique. La poche est en général fermée, mais elle peut communiquer avec l'extérieur par une petite fistule qui peut devenir le point de départ d'une infection ou d'une hémorrhagie.

TRAITEMENT. — a) Si la tumeur est petite, bien supportée par le malade, si elle ne s'accompagne pas de troubles vasculaires ou de compression, si elle n'est pas menacée de suppuration, toute intervention peut être différée

b) Si au contraire la tumeur est plus volumineuse, expansive, gênante, superficielle, si elle s'accompagne de troubles de compression du côté des nerfs voisins, de troubles vasculaires à distance, si elle présente des possibilités d'infection ou d'hémorrhagie par rupture, fistule, etc... il faut intervenir.

Il ne faut pas traiter ces faux anévrysmes comme des ané-

vrysmes vrais, mais au contraire les traiter comme des hématomes.

En effet, les dimensions du faux sac anévrysmal dépassent souvent de beaucoup le point où l'artère a été lésée.

Celle-ci peut ne présenter qu'une plaie latérale, et si elle est complètement sectionnée, souvent deux longs bouts artériels pendent pour ainsi dire dans le sac, et de ces deux bouts peuvent partir des branches collatérales utilisées déjà pour le rétablissement de la circulation.

Ce serait donc une faute opératoire et une erreur de physio-pathologie de traiter ces faux anévrysmes par ligature des bouts artériels au ras du sac alors que dans l'intérieur de ce sac, une partie importante du vaisseau munie quelquefois de collatérales peut être conservée pour maintenir la circulation de dérivation déjà établie ou utilisée en vue d'une opération conservatrice.

Votre ligne de conduite sera donc la suivante :

1° Faites d'abord l'hémostase provisoire au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale.

2° Ouvrez ensuite largement la tumeur, videz-la de ses caillots et examinez l'état du vaisseau intéressé.

S'il s'agit d'un vaisssau très volumineux et qu'il présente seulement une *plaie latérale*, une suture latérale peut être pratiquée par l'intérieur du faux sac à la manière de Matas. Faute de mieux, la double ligature du vaisseau sera faite le plus près possible de la solution de continuité.

En cas de *rupture complète*, si l'on voit pendre deux longs bouts artériels dans le sac et qu'on puisse espérer les rapprocher par une suture circulaire, il faut tenter cette opération, si toutefois l'artère en vaut la peine.

Si au contraire, la suture n'est pas possible en raison des lésions artérielles, ou de l'insuffisance de préparation technique du chirurgien ou pour des raisons d'ordre clinique diverses étudiées plus haut, il conviendra d'obturer les deux orifices artériels par une ligature placée le plus près possible des deux extrémités en ayant bien soin de ménager les collatérales qui parcourent l'intérieur du faux-sac, si elles existent.

Mieux encore, on peut au lieu de lier les deux bouts artériels, les suturer pour garder le maximum de longueur aux bouts du vaisseau, s'il en part des collatérales du point à obturer.

c) Toutes les fois qu'on le pourra, il faudra *extirper les parois du faux anévrysme,* mais en prenant les précautions nécessaires pour ménager les collatérales qui peuvent les traverser et s'en échapper.

Quelquefois même l'extirpation sera si difficile que vous ne pourrez pas la réaliser.

Si l'opération a été aseptique, on termine l'opération par un léger capitonnage de la poche en rapprochant les organes dissociés par l'hématome et par l'opération. Mais il ne faut pas suturer l'un à l'autre deux muscles voisins, car leur adhérence gênerait ultérieurement leur jeu réciproque.

d) Il y a souvent avantage à ne traiter ces hématomes qu'après avoir attendu un certain laps de temps, car, pendant que l'hématome s'organise, la circulation collatérale se rétablit et la ligature des deux bouts artériels est moins grave.

Il est cependant des cas où l'on ne saurait attendre ce moment favorable ; ce sont ceux dans lesquels l'hématome est très gros, progressif et que son développement non seulement arrête la circulation dans l'artère principale du membre, mais *comprime les collatérales*, empêchant par conséquent toute organisation de la circulation de retour et menaçant le membre de gangrène.

Enfin, si cet hématome est susceptible de s'infecter (plaie souillée, projectile restant au contact des lésions vasculaires, et en particulier éclat d'obus toujours septique) il faut opérer immédiatement pour :

1° faire l'hémotase définitive ;
2° décomprimer les voies collatérales ;
3° désinfecter la région chirurgicalement,

Hématomes suppurés.

Les hématomes peuvent suppurer précocement ou tardivement alors qu'ils sont déjà organisés en fausse tumeur anévrysmale et donner naissance à de véritables phlegmons qu'un bistouri trop pressé pourrait aller ouvrir sans précautions hémostatiques préalables, à la grande surprise et aussi au grand désarroi du chirurgien et au grand danger du malade.

Cette erreur a été commise par les chirurgiens les plus avertis. Méfiez-vous donc, en présence d'une collection phlegmonneuse au niveau d'une ancienne blessure située sur le trajet d'un gros vaisseau, de la possibilité du développement d'un hématome anévrysmal suppuré et recherchez en particulier au niveau de cette tumeur, les signes d'une lésion artérielle (expansion, souffle, etc.

Le traitement consiste ici encore à ouvrir largement la collection suppurée, mais après avoir *préalablement assuré l'hémostase provisoire* et à rechercher pour les lier les deux bouts de l'artère, Le foyer sera ensuite traité comme une plaie septique c'est-à-dire pansé à plat et désinfecté progressivement par les procédés ordinaires. Mais, craignez, dans ces cas d'hématomes suppurés, l'apparition *d'hémorrhagies secondaires* qui compliquent de beaucoup l'intervention et assombrissent fortement le pronostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mars 1928.

Syndrome adiposo-genital, diabète sucré, exophtalmie bilatérale et hémiparalysie droite des nerfs de l'étage antérieur du crâne, dus à un méningiome ou à un sarcome partiellement calcifié. Erythrose cutanée avec polyglobulie. — MM. *P. Lechelle*, *D. Douady* et *Joseph* présentent un malade atteint successivement en cinq mois d'un syndrome adiposo-génital typique avec ophtalmie, latérale à prédominance droite, d'une paralysie des IIIe, IVe, V^e^ VIe et VIIe nerfs craniens du côté droit, d'une paralysie du VIe nerf gauche. L'examen ophtalmoscopique montre une hémianopsie bitemporale et une absence complète de stase papillaire. Il existe, en outre, un diabète sucré de moyenne intensité. La ponction lombaire révèle une hypertension assez accusée avec hyperalbuminose et dissociation albumino-cytologique. Tous ces symptômes sont sous la dépendance d'une néoplasie qui a détruit la partie postérieure de la selle turcique et a produit sur la partie antérieure de celle-ci et au niveau de la face supérieure de l'orbite et du sinus frontal droit, une masse calcifiée très opaque aux rayons X. Les auteurs estiment qu'il s'agit d'un méningiome ou d'un sarcome calcifié de la base du crâne. Ils signalent enfin chez leur malade une érythrose cutanée diffuse avec polyglobulie (6.200.000 g. r.) dont la nature ne peut être déterminée en l'absence de tout signe permettant de la rattacher à l'une des variétés connues de la polyglobulie.

Accidents produits par une côte cervicale. Rôle de l'infection sur-


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

ajoutée. — MM. *P. Léchelle*, *D. Petit-Dutaillis* et *Joseph* présentent une malade chez laquelle une côte cervicale complète détermine des signes de compression des 6e, 9e et 8e racines cervicales. Les accidents devinrent aigus lorsque se développa à l'extrémité antérieure de la côte surnuméraire, un processus infectieux accompagné d'adénopathie volumineuse. Ils insistent, en outre, sur un caractère spécial de cette côte cervicale qui présentait en son milieu une véritable articulation. L'ouverture de cette articulation permit l'exérèse aisée des deux segments de la côte et amena la guérison de la malade.

M. *Crouzon* a observé un cas semblable.

Sarcomes multiples des os. — MM. *Marcel Pinard* et *Mlle Versini* présentent une malade de 24 ans atteinte de sarcome des os. Les lésions qui évoluent depuis 1924 siègent aux fémurs, aux tibias, peut-être au sacrum et il existe sans doute aussi une localisation cranienne car la malade présente depuis quelque temps des crises d'épilepsie bravais jacksonnienne.

Fait capital, le père de la malade a été soigné par l'un de nous, pour des tumeurs sarcomateuses généralisées auxquelles il succomba en quelques mois. Cette observation pose donc le problème de la contagiosité ou de l'hérédité du sarcome entre père et fille.

L'enfant que cette femme vient d'avoir est-il menacé à son tour ?

Dilatation des bronches et rhumatisme chronique déformant. Action simultanée et très favorable de la vaccinothérapie sur la bronchorrhée et les poussées articulaires. — MM. *P. Jacquet*, *P. Roquejeoffre* et *S. Alavolne*. — Les deux processus d'infection bronchique et articulaire sont intimement liés dans l'histoire de la malade, et attestent un rapport de causalité évidente entre les deux affections. Contemporaines du début de l'hypersécrétion bronchique, les poussées articulaires sont apparues toujours en concomitance des poussées bronchorrhéiques, s'atténuant en même temps qu'elles et les suivant comme leur ombre.

Un traitement vaccinothérapique dirigé contre la bronchorrhée (lysat-vaccin pneumo-strepto-diphtérique) tarit celle-ci en quelques jours. Les réactions inflammatoires des jointures se dissipent en même temps. Leur régression est exactement calquée sur celle de la bronchorrhée, et ceci n'est pas un des points les moins curieux de cette observation.

L'existence d'un rhumatisme infectieux et de déformation des mains en particulier est classique au cours des suppurations pulmonaires de longue haleine, mais le type de rhumatisme chronique déformant survenant dans ces conditions peut être considéré comme d'une exceptionnelle rareté.

L'action véritablement inespérée enfin de la vaccinothérapie, faisant coup double en quelque sorte, est des plus intéressans et mérite d'être retenue.

M. *Bezançon* fait remarquer l'absence de doigts hippocratiques chez la malade. Les doigts hippocratiques sont dus au gonflement des parties molles sans lésions osseuses et on peut les voir apparaître et disparaître avec l'évolution de l'expectoration.

Un cas de compression de la veine cave inférieure avec circulation collatérale intense, contrôlée par l'étude de la pression veineuse périphérique. — MM. *Maurice Villaret*, *Rudolf* et *Martiny* présentent un malade âgé de 24 ans, atteint de compression de la veine cave inférieure, due à une longue aiguille placée devant la colonne lombaire et dont la présence reste inexpliquée.

Le début des troubles s'est manifesté, en 1920, par des phénomènes infectieux (syndrome appendiculaire, abcès de la cuisse, phlébite des deux jambes) auxquels a succédé l'établissement progressif du syndrome de compression. Découverte radiographique du corps étranger en 1922, où le malade est vu pour la première fois par les auteurs. Une tentative chirurgicale pour extraire l'aiguille reste infructueuse. Depuis la circulation collatérale, qui réalise typiquement la circulation due à une compression de la veine cave inférieure (schéma de Gilbert et Villaret) reste à peu près invariée. Le melade a été revu à plusieurs reprises pour des manifestations douloureuses. Les radiographies successives montrent de légers déplacements de l'aiguille. Les auteurs ont étudié, par la méthode directe, à l'aide du phlébopiézomètre, la pression veineuse dans la position couchée et en station debout : au bras, à la jambe, et à l'abdomen au niveau de la circulation collatérale. Les chiffres obtenus (1) montrent qu'en position couchée la ponction veineuse est moins forte au niveau de la circulation collatérale (11 cmc. d'eau), qu'elle ne l'est au niveau du membre supérieur (12 cmc.) et du membre inférieur (17 cmc.). Dans la station debout, la circulation collatérale entre en jeu : la pression veineuse est alors au niveau de la circulation collatérale : 52 ; au bras, 42 ; à la jambe : 105.

Ainsi l'étude de la pression veineuse donne la démonstration exacte de la mise en jeu d'une circulation collatérale. Celui-ci permet le retour du sang vers le système cave supérieur (chiffres décroissants de bas en haut) ; néanmoins. elle ne le réalise que d'une façon imparfaite, témoin le chiffre très élevé de 105 de la pression veineuse du membre inférieur, en position debout.

La pleurotomie, traitement de choix des pleurésies purulentes tuberculeuses. Présentation de six malades. — MM. *Maurice Renaud*, *Petit-Maire* et *Miget*, après avoir comparé les pleurésies tuberculeuses aux pleurésies purulentes banales par pyogènes estiment que la plupart des considérations développées antérieurement par l'un d'eux pour fixer les directives du traitement de ces dernières leur sont applicables.

Il leur paraît en outre illogique de laisser dans la poitrine des malades d'énormes masses de pus, que le plus souvent le pus tuberculeux renferme des pyogènes et particulièrement des streptocoques. Si d'une part, la présence de l'épanchement entraîne des troubles d'origine mécanique et toxique, la stagnation du pus d'autre part entretient la lésion, et par contrecoup gêne la cicatrisation des lésions pulmonaires sous-jacentes.

L'évacuation large, le drainage et les grands lavages sont les moyens thérapeutiques de choix.

La pleurotomie telle que la préconisent les auteurs n'est guère qu'une ponction permanente, et la pratique a montré qu'elle n'offre que des avantages.

Les observations des six malades présentés montrent dans quelle satisfaisante mesure ils ont tiré bénéfice de l'intervention.

Il convient de mettre à part, le cas d'une jeune fille dont la phtisie à marche rapide a continué d'évoluer et chez laquelle l'incident pleural et son traitement n'ont été qu'un épiphénomene.

La deuxième malade a été présentée en excellent état à une des précédentes séances de la Société.

La troisième et la quatrième (l'une d'elles opérée alors qu'elle était en fort mauvais état, avec un énorme épanchement qui avait refoulé le cœur dans l'hémithorax droit, et qu'elle avait été abandonnée apres échec de maintes thérapeutiques) sont aujourd'hui et depuis deux ans. des malades dont la plèvre suppure toujours un peu, mais dont l'état général est redevenu excellent, et qui tirent le plus large bénéfice de la cure sanatoriale.

La cinquième, opérée depuis trois mois a repris bonne mine, a gagné du poids, n'a plus de gêne, et se trouvera d'ici quelques semaines dans la même situation que les deux précédentes.

La sixième, enfin, a été opérée il y a quinze jours d'urgence en raison de l'état de cachexie. avec collapsus cardiaque dans laquelle elle se trouvait. Elle traînait depuis deux ans une pleurésie traitée par ponctions et oléothorax. L'amélioration considérable survenue dès les premiers jours laisse à penser que son histoire sera de tous point comparable à celle de la deuxième malade.

De tels faits montrent avec évidence que l'ouverture et le drainage de la plèvre dans les pleurésies purulentes tuberculeuses non seulement ne causent pas de désastres ; mais peuvent redresser des situations jugées desespérées.

La pratique appuie les conceptions théoriques, et les auteurs se demandent si la pleurotomie systematique et précoce n'est pas le procédé de choix pour le traitement de toutes les suppurations de la plèvre des tuberculeux.

M. *Léon Bernard* considère que les suppurations chroniques tuberculeuses de la plèvre, sont rarement associés, et que dans ce cas, il faut se garder d'ouvrir la plèvre. Toute plèvre ouverte ne guérit plus ; on peut constater des améliorations provisoires, mais pas de guérison. L'auteur signale que les troubles circulatoires sont rares. Il rapporte à ce propos l'observation d'une malade tuberculeuse avec pneumothorax spontané suivi de pleurésie purulente. L'opération a amené une dissémination des lésions tuberculeuses suivie de mort.

M. *Rist* partage l'opinion de M. Bernard, il insiste sur les bons effets de l'oléothorax. Les résultats sont d'ailleurs aussi favorables dans les empyèmes avec ou sans infection associée.

Sur le rôle de l'équilibre acide-base dans certaines manifestations pathologiques. — MM. *Ambard* et *Schmid* (de Strasbourg).

Radio-diagnostic des affections du poumon et du cœur. — M. *Clerc* offre à la Société, au nom de M. Pezzi, un exemplaire de son livre sur la radio-diagnostic des affections du poumon et du cœur.

René GIROUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1928

La greffe interraciale. Etude sur les conditions d'une saine immigration. — *M. René Martial* étudie les repercussions sanitaires de l'immigration improvisée telle qu'elle s'est pratiquée depuis la guerre. Il expose les inconvénients que peut amener le « greffage », sur la race française, de races introduites un peu au hasard et il trace les règles qui devraient présider à l'immigration :

« La combinaison des données d'ordre psychologique avec celle d'ordre santé, appuyées des autres documents fournis sur chaque immigrant, donnera des contingents sains, moralement et physiquement.

« La connaissance des caractères psychologiques de la nation qui fournit les immigrants arrivés à destination permettra de les installer et d'organiser leur vie de telle manière que la greffe interraciale réussisse. »

La procédure contre les lois sanitaires. — *M. René Martial* apporte des exemples dans lesquels des individus se réfugiant dans le maquis de la procedure ont pu mettre en échec les réglements sanitaires et compromettre gravement la santé publique. Devant les exemples typiques apportés par l'auteur on comprend pourquoi la lutte antituberculeuse ne progresse pas et pourquoi la mortalité infantile se maintient à un taux élevé.

Pathogénie des œdèmes. — *M. Desgrez* présente une note des docteurs P.-L. Violle (de Vittel) et P. Dufourt (de Vichy) dans laquelle ces auteurs etudient l'équilibre minéro-minéral auquel ils attribuent un rôle de premier plan dans la pathogénie des œdèmes. Ils montrent que cet équilibre peut se ramener au rapport $\frac{\text{calcium}}{\text{sodium}}$ qui, chez l'individu normal, est égal à 0,03. Lorsque l'œdème est dû à un déséquilibre minéro-minéral, il apparaît théoriquement, sinon déjà cliniquement, dès que le rapport $\frac{Na}{Ca}$ est plus petit que 0,03. Le grand intérêt de la connaissance de ce rapport est que si, par sa recherche, on arrive à mettre en évidence que l'œdème est dû avant tout à un déséquilibre minéro-minéral, il s'en suit une plus grande précision et, par suite une plus grande efficacité dans le traitement de l'œdème envisagé.

Considérations sur les médicaments chimiques hydratés ou hydratables. — *M. Marcel Delépine.*

Le contrôle de la feuille de coca. — *M. Breteau* montre les conséquences de la Convention de Genève sur les stupéfiants en ce qui concerne la feuille de coca et certaines de ses préparations.

Il insiste pour que ces drogues et préparations, en fait non stupéfiantes, ne soient soumises qu'à des mesures de statistique et de contrôle d'emploi sans que leur inscription éventuelle au tableau B comporte l'application de toutes les prescriptions du décret du 14 septembre 1916.

Election de deux correspondants nationaux dans la quatrième division. — Classement des candidats : en première ligne, MM. Barral (de Lyon) et Billard (de Clermont-Ferrand) ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Ambard (de Strasbourg), Cluzel (de Lyon), Mathis (de Dakar), Policard (de Lyon).

M. Barral, professeur de chimie analytique à la Faculté de Lyon, est élu au premier scrutin par 36 voix contre 5 à M. Ambard.

Au deuxième scrutin, M. Billard professeur de physiologie à à l'école de Clermont-Ferrand, est élu par 28 voix contre 8 à M. Ambard, 3 à M. Mathis et 1 à M. Policard.

THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

La Cibalgine

La douleur est utile à son début, inutile ensuite, nuisible en se prolongeant.

La douleur a son utilité : sentinelle vigilante, veillant aux extrêmes bords de le santé, elle dépêche des avertissements d'abord discrets, puis des appels de plus en plus pressants, lorsque la maladie fait une apparition sinistre et menaçante sur son territoire inviolé.

Avant de faire taire ou de modérer la douleur, il convient par conséquent d'écouter son langage et de l'interpréter.

Or, toute sensation douloureuse a pour conditions essentielles :

1° Une excitation périphérique, par traumatisme ou localisation morbide ;

2° L'excitabilité (normale ou exagérée) de l'appareil nerveux conducteur ;

3° La réceptivité psychique vis-à-vis de l'influx dolorifique.

S'attaquer à la condition première est le traitement causal, pathogénique S'attaquer aux deux autres est le traitement symptomatique, toujours le plus apprécié des malades qui souffrent, et non toujours vain du point de vue étiologique car l'exagération de la condition seconde (excitabilité excessive de l'appareil conducteur) devient en général la règle lorsque la douleur persiste un certain temps.

Il s'établit presque toujours, en effet, un cercle vicieux entre la douleur et la cause qui la provoque, surtout lorsque cette cause ressortit aux inflammations, aux contractures, aux spasmes viscéraux, par réversibilité de la sensation douloureuse sur l'organe malade.

Et alors cette douleur exacerbée dépassant son but, est inutile ; elle justifie l'emploi des analgésiques.

Leur usage permet, lorsqu'il est opportun, une sédation plus prolongée qu'on ne l'attendrait de leur seule action dolorifuge et il n'est pas rare que, dans certains reliquats douloureux, plus ou moins *sine materia*, ils déterminent une cessation définitive du phénomène algique.

La Cibalgine, qui ne contient pas d'alcaloïdes, aucune substance du tableau B, qui calme la souffrance sans entraîner jamais de conséquences fâcheuses, sans inciter le malade aux doses itératives comme le font les opiacés, qui apaise le mal en éliminant l'irritabilité qu'il a créée, mérite l'épithète de *bon analgésique.*

Sous ses deux formes, comprimés et ampoules, c'est un médicament des plus recommandables. Doses utiles : 2 à 4 comprimés ou 1 à 3 ampoules par 24 heures, ces dernières aux lieu et place de la morphine dans la crise d'asthme, les hémoptysies les coliques hépatiques ou néphrétiques, les fractures, traumatismes, etc.

Docteur SAVIGNY.

BIBLIOGRAPHIE

Structure des muscles striés. *Etude cinématographique des contractions normales et atypiques des muscles et du myocarde*, par R. Lutembacher. 1 volume de 136 pages avec 103 figures : 45 fr. Masson et Cie, éditeurs 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dans cette étude très originale, exposé de longues et minutieuses recherches, le Dr Lutembacher, dont les travaux sur le cœur sont bien connus, montre qu'il n'en est rien et que les fibres striées possèdent une structure différente de celle admise jusqu'à présent.

L'aspect strié des muscles était attribué à leur constitution fibrillaire — chaque fibrille ayant une structure hétérogène et étant composée d'une série linéaire de disques minces et de disques épais.

Les 50 microphotographies qui illustrent l'ouvrage démontrent que les lames contractiles simples sont constituées par deux membranes ondulées, superposées suivant deux plans parallèles : une membrane à ondulations transversales, et une membrane à ondulations longitudinales ; c'est le recoupement optique de ces deux systèmes d'ondulations qui donne lieu à la double striation.

Comme matériel d'étude, l'auteur utilise des muscles vivants. Cette étude des muscles à l'état statique permet de mieux comprendre leurs déformations pendant leurs contractions normales et pathologiques.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur publie de nombreux fragments de films cinématographiques agrandis qui permettent de suivre sous le microscope à des grossissements à 800 et 1.000 diamètres les différentes phases de ces contractions observées sur des lames transparentes.

Le sympathique et les systèmes associés: vagotonies, sympathicotonies neurotonies, par A. C. Guillaume. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 362 pages : 40 fr., Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette nouvelle édition a été complètement remaniée ; elle comprend 562 pages au lieu de 250 pages dans la précédente, et si certains chapitres sont partiellement modifiés par des corrections et des adjonctions, d'autres sont refondus ou entièrement nouveaux. C'est donc un nouvel ouvrage qui est publié aujourd'hui et dont la première édition constitue seulement la trame.

Cette édition conserve en les étendant les caractéristiques qui ont fait apprécier l'ouvrage tel qu'il était sous sa forme première. C'est une étude *étiologique, clinique et thérapeutique* des états de déséquilibre du système nerveux de la vie organo-végétative. L'auteur expose tout d'abord sa classification des états de déséquilibre vago-sympathique, classification conforme aux états morbides que l'on est appelé à rencontrer en clinique. Il consacre les chapitres suivants à la description clinique des syndromes de vagotonie, de sympathicotonie et de neurotonie, aux méthodes d'exploration de la vie organo-végétative, aux états morbides qui s'apparentent à la vagotonie, à la sympathicotonie et aux neurotonies. L'ouvrage se termine par une étude des causes provocatrices de ces états, leur diagnostic et leur traitement. Montrant que ces divers états de déséquilibre nerveux organo végétatifs sont la conséquence d'états morbides divers le plus souvent latents et qui ne se traduiront que par les signes de déséquilibre vago-sympathique, l'auteur met bien en lumière les faits d'observation qui permettent de dépister l'état causal et d'en assurer la guérison par un traitement approprié.

Parmi les modifications les plus saillantes, il convient de signaler : un chapitre nouveau sur *Le sang et les humeurs dans les états de déséquilibre nerveux organo-végétatif* un autre sur le *Psychisme dans les états de déséquilibre organo-végétatifs*.

Un chapitre entier a été consacré au *diagnostic des états nerveux vago-sympathiques*, un autre au *mécanisme physio pathologique des états nerveux vago-sympathiques*.



Précis de pathologie externe, par le prof. FORGUE. (Doin, éditeur).

Quelqu'un a dit de ce volume lors des premières éditions qu'il était un petit chef-d'œuvre.

La dernière édition, revue avec soin et accrue, mérite encore ce qualificatif et malgré ses deux gros volumes et ses 2.500 pages elle reste un modèle personnel de clarté. Elle est au point des nouvelles techniques, fait état des méthodes les plus récentes d'examen et tous sujets traités sont de la plus vivante et de la meilleure pathologie.

L'auteur y synthétise de façon élégante et alerte toutes les affections chirurgicales. Le chirurgien y trouvera condensé et dans un raccourci saisissant tout ce qui intéresse son art et sa pratique journalière. Et les descriptions y sont si parlantes, les notions de pathologie générale si nombreuses qu'un médecin même y trouve à s'instruire et à glaner.

J'y ai lu avec le plus grand intérêt l'étude des tumeurs, les chapitres médico-chirurgicaux, qu'eût tant appréciés mon maître Dieulafoy, sur la pathologie de l'abdomen, l'appendicite, la lithiase biliaire, et j'ai parcouru avec profit tout ce qui concerne les interventions sur le poumon, le foie, l'estomac.

Chaque page reflète à la fois le bon sens clinique, la haute culture générale et la grande expérience du prof. Forgue.

Le praticien consultera ce livre avec autant de profit pour sa clientèle que l'étudiant ou l'interne s'en inspirera pour ses examens ou pour ses concours. M. LOEPER.

The simple goîtres. (Les goîtres simples), par Robert MC BARRISSON. London. Baillière, Tindall and Cox, 1928.

Il existe deux types de goître endémique différant dans leur épidémiologie, leur étiologie et leurs symptômes :

1° Le goître parenchymateux ou hypertrophique des régions montagneuses ;

2° Le goitre colloïde diffus qui apparaît au bord de la mer ou dans les régions basses.

Entre ces deux formes cliniques bien définies Mac Barrison décrit un goitre « lymph-adénoïde » dont l'étiologie est encore assez mal connue.

Le goitre parenchymateux, on le sait, existe dans certaines régions montagneuses bien connues. Son apparition dépend de la composition de la nourriture et surtout de la teneur en iode aussi bien des aliments que de l'eau de boisson, elle dépend également de l'infection du tractus gastro-intestinal, mais aussi la glande thyroïde y joue un rôle de premier plan. L'auteur insiste tout particulièrement sur deux faits : l'insuffisance d'iode dans l'organisme joue un rôle de premier plan dans l'apparition de ce goitre ou mieux le fait d'avoir un taux d'iode normal est un moyen prophylactique certain contre l'évolution de cette maladie, et d'autre part Mac Barrison croit que la cause la plus importante est un agent toxique spécifique provenant du tractus gastro-intestinal. Que ces deux facteurs soient réunis et l'on a les conditions nécessaires et suffisantes pour assister au développement d'un goitre parenchymateux.

Ces données d'ailleurs sont basées sur des faits d'expérience : production expérimentale du goitre et de ses séquelles chez l'homme et les animaux d'une part, d'autre part le goitre disparaît de localités où il était à l'état endémique si l'on a soin de donner aux malades de l'iode en quantité normale et d'instituer une antisepsie intestinale convenable et une vaccination élective.

Le goitre colloïde dépend vraisemblablement d'un excès de calcium et d'un excès d'iode dans l'organisme. Il dépend donc aussi des différences d'altitude, de la constitution géologique du sol et de la teneur en matières minérales de l'eau de boisson.

Le goitre lymph-adénoïde décrit par Williamson et Pearse (1925) n'est pas influencé dans son apparition par l'insuffisance d'iode dans l'organisme. Il se développe lorsque la nourriture est pauvre en vitamines. P. DUHAIL.

Catalogue général du musée de sculpture comparée du Trocadéro. France Renaissance. Temps modernes. Étranger, par Camille ENLART et Jules ROUSSEL. Un volume (14, 5 × 23) avec trente-deux planches hors textes. Broché 12 fr. H. Laurens, éditeur, 6 rue de Tournon, Paris VIe.

Chaque œuvre est analysée d'une façon précise et les plus importantes sont reproduites dans des hors-texte.

C'est toute l'histoire de la sculpture française qui revit devant nous, qu'il s'agisse des bas-reliefs ou des statues qui ornent nos cathédrales ou nos châteaux de la Renaissance, ou le parc de Versailles. Nous avons là une magnifique anthologie.

Pour les pays étrangers, c'est l'Italie, comme de juste, qui a la plus large place avec ses Della Robbia, ses Donatello et ses Nicolas de Pise.

Déjà parus : France. Monuments antérieurs à l'époque romane. Style Roman. Un volume : 7 fr. 50.

France, Style gothique. Un volume 12 fr.

Une Nièce de Napoléon. La princesse Mathilde, par Jacques DE LA FAYE. 1 vol. in 8, avec 14 illustrations, sous couverture en couleurs. Prix : 20 fr. Emile Paul, éditeurs, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

Evoquer la Princesse Mathilde c'est faire revivre presque tout un siècle. Merveilleusement belle, celle que ses intimes appelaient « la bonne princesse » attira tous les hommages et l'amour tint une grande place dans sa vie. Son mariage avec le richissime Demidoff qui jetait à ses pieds les trésors des Mille et une Nuits, les dramatiques péripeties suscitées par la jalousie féroce de l'Othelo moscovite, sa longue liaison avec le séduisant Nieukeerke, en font une héroïne de roman.

Le Paris d'autrefois : cafés et cabarets, par Georges DE WISSANT. Un volume in-16 broché, sur vergé, 12 hors texte en héliogravure. Prix : 15 fr. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

Le livre alerte et amusant de M. Georges DE WISSANT fait revivre pour notre plus grande joie les cafés disparus pendant les années qui précédèrent la guerre.

C'est ainsi que l'auteur nous conduit successivement au *Café des Variétés*, au *Café Durand*, au *Procope*, à la *Maison Dorée*, au *Café Anglais*, au *Vachette*, à la *Maison de la Mère Moreaux*, à l'*Hôtellerie de la Tour d'Argent*, au *Cabaret du Petit More*.

Que de traits piquants, d'anecdotes savoureuses et pittoresques dans ces pages. C'est tout un monde aussi divers qu'attrayant qui nous est ainsi révélé.

Les navires. Un volume in-8° avec plus de 100 illustrations, broché : 4 francs. Librairie Hachette.

La marine est presque aussi ancienne que l'humanité. La rivière la « route qui marche », constitua le premier moyen de rapprochement et d'échange que connurent nos lointains aïeux. Un tronc d'arbre, déraciné, emporté au fil du courant, leur révéla cette merveille : la navigation.

Depuis lors, que de Progrès ! On en jugera, et de pittoresque manière, avec *les navires*, le nouveau fascicule de « L'Encyclopédie par l'Image ».

Ce sont tous les navires, — des plus rudimentaires et des plus modestes d'autrefois aux plus luxueux et aux plus perfectionnés d'aujourd'hui — qui défilent, ainsi qu'en une prestigieuse revue, sous les yeux du lecteur ébloui.

A propos des formes florides de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfance et de leur traitement. (Dr VALORY. *Concours médical*, 25 septembre 1927). — La tuberculose ganglio-pulmonaire à forme floride n'est pas l'apanage du nourrisson ; on la rencontre aussi dans la seconde enfance. A l'avis de M. Dufourt, le tissu graisseux emmagasinerait les poisons tuberculeux et neutraliserait leurs effets. Il s'agit alors d'enfants, généralement de 8 à 14 ans. Brusquement en pleine santé apparente ou après un fléchissement passager de l'état général, ils présentent un incident pulmonaire de nature bacillaire : hémoptysie, congestion d'un sommet, poussée de pleurite, de cortico-pleurite, etc... On trouve un peu de fièvre vespérale, de l'anorexie, de la lassitude. Puis on est surpris de voir le poids augmenter progressivement. Cependant les signes perçus à l'auscultation persistent ou s'accentuent tant que les enfants n'ont pas bénéficié d'un traitement approprié. Une santé apparemment florissante ou même de l'obésité coexistent alors avec une atteinte bacillaire sans grand fracas. Il est d'autres enfants dont l'aspect floride coïncide avec une tuberculose pulmonaire nettement évolutive, au point que l'on a peine à admettre la réalité de celle-ci dont la radioscopique ou l'examen bactériologique des crachats donnent des preuves indéniables.

Dans ces deux catégories, le traitement sera celui de toutes les atteintes bacillaires : repos, grand air, alimentation plutôt abondante, chimiothérapie. Parmi les multiples agents chimiques, le médicament préconisé sans cesse par Martinet, le thiocol, a toujours rendu de très grands services, succédané et dérivé de la créosote, il est très bien supporté et facilement absorbé par les voies digestives si l'on a soin de n'utiliser qu'un produit chimiquement pur, toujours identique à lui-même et soigneusement préparé. Il est de plus eupeptique et stomachique, favorisant grandement l'alimentation. C'est dans ce sens que le thiocol Roche constitue un médicament parfait. Dynamogène et phagocytogène, il transforme le milieu microbien, il est antiseptique et antitoxique. Sans doute il ne présente pas l'activité immédiate de l'opium ou, mieux du pantopon, qu'on peut aussi ordonner sous forme de sirop à ces petits malades qui sont parfois de grands tousseurs, mais en médecine infantile, c'est au sirop Roche qu'il faut donner la préférence. Sous cette forme le thiocol est plus facilement absorbable par les enfants, ce qui est très précieux pour la thérapeutique du nourrisson.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Visitez la forêt de Fontainebleau

Les circuits automobiles organisés par la Cie P.-L.-M., pour la visite de la forêt de Fontainebleau reprennent à dater du 1er avril.

Deux circuits ont lieu chaque jour : l'un, le matin, au départ de la gare de Fontainebleau pour la visite de la partie Nord de la forêt, par la Croix de Toulouse, les Gorges d'Apremont, le Carrefour des Cépées (prix : 10 fr.) ; l'autre, l'après-midi au départ de la Place Denecourt Franchard (prix : 17 fr.). Le prix de ces deux circuits effectués le même jour par la même personne est de 25 francs.

Pour la visite complète de la forêt, un circuit de la journée est mis en marche, les dimanches, lundi, jeudi, samedi et jours fériés, du 1er avril au 30 juin et du 1er octobre au 3 novembre.

Du 1er juillet au 30 septembre ce circuit est quotidien : prix : 28 fr.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 16 LE NUMÉRO: 50 Centimes 21 AVRIL 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Sanatorium des étudiants. — Certains journaux ont annoncé dernièrement que le Sanatorium des étudiants en construction sur le plateau des Petites Roches dans l'Isère avait été détruit par un incendie.

Le comité d'organisation, 1, rue Pierre Curie, à Paris, nous prie de démentir cette nouvelle sans aucun fondement.

Ligue internationale contre le rhumatisme. — Le 28 mars à la Salpêtrière, dans l'école des infirmières, a eu lieu la première réunion de la *Ligue française contre le rhumatisme*, Section française de la *Ligue internationale contre le rhumatisme*.

La réunion organisée à l'instigation du Dr Van Breemen (d'Amsterdam), secrétaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme, et fondateur de celle-ci, et du Dr H. Forestier, avait groupé les principales personnalités médicales de Paris et de province, qui avaient répondu à l'appel des organisateurs.

Au cours de cette réunion et dans une deuxième session tenue au cours de l'après-midi au Musée social, le Comité en formation a précisé les buts et jeté les bases de l'organisation de la nouvelle Ligue.

Conformément aux directives de la Ligue internationale elle s'attachera à envisager le problème du rhumatisme sous ses divers aspects et notamment au point de vue social. En effet il est vraisemblable bien que les documents officiels manquent en France, que l'invalidité causée par les diverses formes de cette maladie est une cause de dépenses considérables pour le pays. Les recherches faites dans ce sens dans d'autres pays ont révélé que contre toute attente, les dommages faits à la santé publique par les affections rhumatismales approchaient ou dépassaient même ceux causés par la tuberculose.

La ligue organisera en même temps une Section scientifique avec le but de coordonner les efforts des chercheurs en France et dans les pays étrangers afin de perfectionner nos connaissances sur les causes, la prévention et le traitement de ces maladies.

Des Ligues semblables affiliées à la Ligue internationale ont été créés dans divers pays d'Europe dans le cours des dernières années et notamment en Angleterre, en Allemagne, en Autriche et en Hongrie.

Au cours de cette réunion le Dr M. P. Weil, professeur agrégé a été choisi comme délégué pour représenter la Ligue française contre le rhumatisme au congrès de la Ligue anglaise contre le rhumatisme qui se tiendra au mois de mai à Bath.

Leçons pratiques d'endocospie urinaire. — Des leçons pratiques d'endoscopie urinaire (urétroscopies, cystoscopies, cathétérismes de l'uretère) seront faites du 7 au 19 mai dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin sous la direction de M. Maurice Chevassu, par MM. Bayle, Gauthier et Lazard.

Il y aura deux leçons par jour, une à 11 heures (urétroscopies) et l'autre à 14 heures (cystoscopies et cathétérismes de l'uretère).

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments d'explorations urologiques.

Leur nombre est limité à 10. Le prix des 22 leçons est de 1.000 francs.

S'inscrire dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin.

Journées thermales, climatiques et touristiques des Vosges. (Luxeuil-les-Bains, 2-3 juin 1928). — Ces journées, organisées par la Fédération thermale et climatique des Vosges, sous le haut patronage de M. le Ministre du travail et de l'hygiène et de M. le Ministre des travaux publics, et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy, de l'Union hôtelière des Vosges, des Fédérations de syndicats d'initiative et des Automobiles-Clubs régionaux, auront lieu à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône), les samedi 2 et dimanche 3 juin 1928, sous la présidence de M. le Professeur Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

La cotisation est fixée à 20 francs pour nos confrères, 10 francs pour les personnes qui les accompagneront (femmes et enfants) : l'inscription est gratuite pour les étudiants.

Ceux qui désireraient prendre part à la discussion d'une des questions portées à l'ordre du jour sont priés de se faire inscrire dès maintenant.

Adresser les adhésions, demandes de renseignements, etc. au secrétaire général M. le Dr L. M. Pierra, 14, rue des Thermes, Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône) ; prière d'établir les chèques et mandats au nom de M. Jean Pattegay, trésorier du Comité d'organisation.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Avis.* — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Drs P. Winter, chef de clinique, Moatti et Rossert, internes des hôpitaux de Paris, commencera le lundi 7 mai 1928, à 2 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Ossiculectomie. Trépanation mastoïdienne. — 2° Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — 3° Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (trombo phlébite, méningite, abcès encéphaliques et periencéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — 4° Résections sous-muqueuses du septum nasal. Les plastiques nasales. — 5° Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde et du sphénoïde. Les rhinotomies. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire. Chirurgie de la voûte et du voile du palais. Résections des maxillaires. — 7° Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, thyrotomie-trachéotomie, laryngotrachéotomie). — 8° Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. 9° La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — 10° La broncho-œsophagoscopie.

Clinique des Quinze-Vingts. — Pendant le mois de juin, le Dr J. Chaillous, médecin des Quinze-Vingts, fera un enseignement pratique de clinique ophtalmologique. Chaque élève sera exercé à prendre l'observation du malade examiné. Cet enseignement aura lieu les mardis, jeudis, samedis de 4 à 5 heures. Les observations pourront être rédigées en anglais et en espagnol.

Les adhésions doivent être envoyées, avant le 15 mai, au Dr Bernard, Clinique des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau.

Leçons sur le diabète. — Le Professeur F. Rathery ne commencera ses leçons du dimanche matin à l'Hôtel-Dieu sur le diabète que le 29 avril à 10 h. 30.

Vacance de chaire au Collège de France. — Les crédits devenus disponibles au Collège de France par suite du décès de M. Henneguy restent affectés à l'enseignement de l'embryogénie comparée.

Un délai d'un mois, partant du 12 avril, est accordé aux candidats pour adresser à l'administrateur du Collège de France leur déclaration de candidature et l'exposé de leurs titres.

Faculté de medecine de Strasbourg. — 2e *cours de perfectionnement sur le cancer*, par le Dr Gunsett, avec la collaboration du corps enseignant de la Faculté de médecine :

Le cours aura lieu du mardi 10 octobre au mercredi 31 octobre 1928 et comportera : A. Des cours théoriques et pratiques sur le cancer dans les différentes cliniques et instituts de la Faculté de médecine. — B. Des cours théoriques et exercices pratiques sur le traitement du cancer par les agents physiques au Centre anticancéreux sous la direction du docteur Gunsett.

Le cours se terminera le 31 octobre par une journée de conférences et de communications sur le cancer et son traitement suivies de discussion à la Clinique médicale A.

Questions mises à l'ordre du jour : Les cancers de la cavité buccale et de l'appareil respiratoire ; Les cancers du corps thyroïde.

Les communications de même que la discussion seront publiées. Les auteurs qui désirent présenter une communication sont priés d'en envoyer le titre, avant le 1er juin, à M. le Dr Gunsett, Directeur du Centre antituberculeux, Hôpital civil à Strasbourg. Les questions mises à l'ordre du jour n'excluent pas d'autres sujets d'un intérêt d'actualité.

Le programme de cette journée sera publié ultérieurement. Les inscriptions pour le cours sont reçues par M. le Dr Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, Hôpital civil à Strasbourg. Le droit d'inscription pour le cours est de 300 fr. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours. Le nombre des auditeurs est limité. Un horaire détaillé sera envoyé ultérieurement aux participants, de même les renseignements concernant les hôtels et pensions. Un banquet clôturera le cours.

L'écriture des médecins. — En Norvège, le parti travailliste, pendant son bref séjour au pouvoir, a édicté que « les prescriptions émanant d'un médecin doivent être écrites en lettres aisément déchiffrables ; le médecin doit les signer lui-même ; cette signature doit comprendre son nom et une partie au moins de son prénom, afin qu'il n'y ait pas de confusion possible avec d'autres docteurs. » (*Le Figaro*.)

Ecole de médecine de Reims. — L'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims fait connaître que l'emploi de professeur suppléant des chaires de chirurgie et accouchements est vacant. Les agréeables désirant être nommés sans concours sont priés de se faire connaître, avant le 18 avril 1928, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Le traitement est de 3.000 fr.

Banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine. — Le banquet du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 5 mai, à 7 h. 1/2 du soir, dans les salons de l'hôtel Lutétia, sous la présidence du docteur Cibrie, ancien président du Syndicat.

Le banquet sera suivi d'une soirée dansante à laquelle sont invités tous les membres et amis du Syndicat des médecins de la Seine.

S'adresser pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, au siège du Syndicat, 28, rue Serpente (VIe.)

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé pour les places d'agrégé vacantes : MM. Ferdinand Piéchaud (médecine), Beauvieux (ophtalmologie), Joulia (dermatologie et syphiligraphie.)

Nécrologie. — Dr A. Ruault, médecin honoraire des maisons d'éducation de la Légion d'honneur. — Dr Charles Chopinet, médecin principal de 2e classe en retraite.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de dermatologie par J. DARIER. Quatrième édition revue et augmentée. Un volume de 1102 pages, avec 220 figures (Collection de Précis Médicaux). Broché : 85 fr. ; relié toile : 100 fr. Masson et Cie Paris, 120, boulevard Saint-Germain, 120.

Il est peu d'ouvrages dont le texte ait été remanié pour *chaque* édition avec autant de soin que celui-ci, et s'il a souvent manqué en librairie, c'est que l'auteur n'a jamais voulu se contenter d'une réédition qui n'eût exprimé dans toutes ses parties son souci de la perfection.

La présentation matérielle du livre est restée la même : en dermatologie, l'illustration, complément indispensable du texte, doit être irréprochable : celle de cet ouvrage a été l'objet d'un soin tout particulier afin que le lecteur ait une image nette des plus petits détails des affections cutanées ; cette iconographie s'est enrichie de figures nouvelles.

Au surplus, cette quatrième édition conserve son caractère didactique minutieux qui est la marque même de l'ouvrage : mais si ce *Précis* est, pour les étudiants, le meilleur des « manuels », c'est au moins autant le livre des praticiens et des dermatologistes, et cela à un double titre :

D'abord parce que, par son plan et le détail de ses chapitres, ce livre est, au sens le plus strict, un livre d'application ;

Ensuite parce que la pathologie cutanée y est située à sa place dans la pathologie générale et que cette mise en ordre de nos connaissances est faite par le maître le plus attentif, le plus ouvert aux idées nouvelles et tout à la fois doué de l'esprit le plus critique.

Acidose et alcalose. Physiologie, pathologie, thérapeutique par Marcel LABBÉ et Floride NEPVEUX, 1 volume de 304 pages : 30 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

On trouvera dans cet ouvrage une étude complète (*Mécanisme, formes, thérapeutique*) des états d'acidose ou d'alcalose qui s'installent dans l'organisme au cours des différents états pathologiques.

L'acidose, l'alcalose sont provoquées par une modification du mécanisme régulateur et sensible qui maintient l'équilibre acido-basique.

Dans les organismes vivants, il existe un équilibre remarquable entre les acides et les bases. Le sang, les humeurs, et la plupart des cellules offrent une réaction légèrement alcaline. Le *p*H qui mesure cette réaction est d'une grande constance ; ses variations autour du chiffre moyen sont, à l'état physiologique, de très petite amplitude.

L'importance de l'équilibre acido-basique est considérable. Les phénomènes vitaux intra et extra-cellulaires ne peuvent s'exécuter que grâce à un taux d'acidité ou d'alcalinité fixe pour chacun d'eux.

Les ferments et les levures, les bactéries sont sensibles au *p*H du milieu où ils se développent ; l'agglutination et la phagocytose évoluent différemment selon la concentration du milieu en ions H. On a défini un optimum de réaction pour la culture des tissus embryonnaires. Le degré d'acidité ou d'alcalinité est un des facteurs de l'hydratation et intervient dans la production des œdèmes. L'acidité est une cause d'hémolyse. Enfin, l'action des médicaments est influencée par le taux du *p*H humoral.

Cette nécessité d'un taux fixe de l'alcalinité humorale, mise en évidence par les quelques exemples cités, nous la retrouvons dans tous les actes vitaux. Le travail des cellules, qui est soumis à l'action des diastases intracellulaires, est, sans aucun doute, influencé par le taux du *p*H. On comprend ainsi les graves désordres fonctionnels qui résultent des états d'acidose ou d'alcalose.

Minor Surgery, par Arthur E. HERTZLER et Victor E. CHESKY. The C. V. Mosby Cy: dix dollars. Saint-Louis, 1927.

J'ai lu avec un très vif intérêt le livre de chirurgie que viennent de publier Hertzler et son collaborateur Chesky.

Malgré son titre, ce livre n'est pas une petite chirurgie au sens où nous l'entendons ; c'est beaucoup plutôt un recueil de très nombreux renseignements de thérapeutique chirurgicale concernant les cas les plus divers, cas graves et cas relativement sans gravité. Le tout est exposé de façon extrêmement claire ; le livre est richement illustré et on peut dire que nous n'avons pas, en France, d'ouvrage qui réponde à cette formule, encore que dans certaines de ses parties, il rappelle le service que peut rendre un livre comme le Lejars.

Le livre est excellemment édité par la maison Mosby.

H. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les diverses modalités de l'allaitement et de l'accroissement pondéral et statural chez les jumeaux uni et bi-ovulaires. Analyse de la ressemblance morphologique par les mensurations anthropométriques,

Par M. G. VARIOT.

Médecin honoraire de l'hospice des Enfants-Assistés. Président fondateur de la Goutte de lait de Belleville.

Les jumeaux uni et bi-ovulaires.

Sans entrer dans l'étude embryologique des jumeaux, je dois cependant rappeler la distinction fondamentale faite par tous les observateurs entre les jumeaux uni-ovulaires provenant d'un seul œuf et n'ayant qu'un seul placenta et les jumeaux bi-ovulaires qui ont chacun leurs membranes et leur placenta greffés sur des parties différentes de la muqueuse utérine. Ces derniers peuvent être considérés comme provenant de deux grossesses évoluant simultanément, dont les produits, en général, ne diffèrent guère moins l'un de l'autre que des frères et sœurs naissant à des intervalles plus ou moins éloignés. Les jumeaux bi-ovulaires sont souvent bisexués et leur dissemblance morphologique est généralement évidente.

Il en est tout autrement des jumeaux uni-ovulaires qui sont unisexués et dont la ressemblance est extrême aussi bien pour les traits du visage que pour les proportions du corps, comme je l'établirai rigoureusement au cours de ce travail par des mensurations anthropométriques précises.

C'est surtout cette gémelléité uni-ovulaire qui a exercé la sagacité des embryologistes et des physiologistes. La similitude morphologique et organique est telle qu'on n'a pu l'expliquer que par la segmentation, en deux parties égales, d'un ovule unique après la fécondation et l'on admet que chacune des parties s'est ensuite développée individuellement pour constituer deux embryons distincts (1).

Quoi qu'il en soit nous montrerons par des faits probants qu'après la naissance, le mode d'accroissement pondéral et statural des jumeaux uni-ovulaires continue d'être à peu près identique. Leur type nutritif est donc le même pour régler uniformément la croissance. Le modelage similaire de ces êtres humains singuliers ayant une origine initiale commune n'est nullement troublé pendant la période de l'allaitement où nous pouvons le suivre par la pédiométrie méthodique ; il est vraisemblable qu'il en est de même pendant l'enfance et l'adolescence, car la ressemblance de ces jumeaux est habituellement permanente jusqu'à l'âge adulte.

Par comparaison, nous relaterons la discordance de l'accroissement chez les jumeaux bi-ovulaires. Nous apporterons toute une série de faits nouveaux observés à la consultation de la Goutte de lait de Belleville pour suivre, avec plus de précision qu'on ne l'a fait, le développement pondéral et statural des divers types de jumeaux et même dans un cas exceptionnel de trigémelléité.

Nous signalerons aussi les troubles morbides de la croissance qui peuvent survenir.

(1) Voir la Monographie des jumeaux, par M. Apert.

Diverses modalités de l'allaitement des jumeaux

On trouve peu de documents sur ce sujet dans les auteurs compétents, probablement parce que les couples de jumeaux ne sont pas communs dans les consultations de la Goutte de lait. Les accoucheurs se sont contentés de recommander l'allaitement mixte lorsque la lactation des mères est insuffisante ; Budin, dans son livre du Nourrisson, reproduit les courbes pondérales de deux jumeaux qui ont pu être élevés heureusement en recevant au biberon des rations de lait stérilisé pour compléter les tétées au sein.

Cependant il n'est pas rare de rencontrer de fortes nourrices qui sont capables de nourrir leurs jumeaux exclusivement au sein jusqu'à six mois et plus, si elles sont bien alimentées; la succion régulière et répétée des deux seins à intervalles rapprochés, contribue à stimuler la sécrétion de la glande mammaire, comme je l'ai vu plusieurs fois chez les nourrices auxquelles on fait allaiter simultanément plusieurs enfants débiles dans les pouponnières de l'hospice des Enfants-Assistés. Je rappelle un beau cas de ce genre, celui de Mme Ch... ancienne interne des hôpitaux de Paris qui a eu le bonheur de pouvoir nourrir entièrement au sein, pendant plus de six mois ses deux petits garçons jumeaux. Elle pesait méthodiquement toutes les tétées, après avoir donné un sein à chacun de ses bébés, et elle a remarqué que l'inégalité des tétées était simultanée, ce qui donne lieu de penser qu'elle est plutôt en rapport avec l'activité variable de la sécrétion lactée qu'avec l'appétit différent des nourrissons. La quantité de lait absorbée à chaque tétée était presque la même pour les deux enfants qui étaient à peu près de la même force, et la quantité totale de lait ingérée en 24 heures était très voisine pour les deux.

Par contre la quantité variait beaucoup d'une tétée à l'autre et chez les deux simultanément dans les proportions suivantes : (1)

Le 7 février :

Louis a pris 175 gr. à 10 h. du matin.
André a pris 160 gr. à la même heure.

Le soir :

Louis n'a pris que 105 gr. à 8 heures.
André seulement 100 gr. à la même heure.

Cette *hypogalactie vespérale* que l'on relève chez la mère de ces jumeaux est à peu près constante chez la plupart des nourrices, comme l'a démontré Madame le docteur Galland (2).

L'inégalité des tétées dans ces circonstances dépend le plus souvent des variations de la sécrétion lactée de la nourrice. Cependant on verra plus loin dans l'observation de deux jumeaux bi-ovulaires, dont le développe-

(1) Voir sur l'inégalité des tétées au sein et sur l'allaitement des jumeaux par M. G. Variot. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1919.

(2) Paulette GALLAND. — Etude de l'hypogalactie et en particulier de l'hypogalactie vespérale. Ses rapports avec l'allaitement mixte (Thèse de Paris, 1921.)

ment organique était différent, que les fonctions gastro-intestinales n'étaient pas similaires et que le jumeau le plus pesant prenait une tétée plus forte que l'autre.

Mais les nourrices robustes sont rares, surtout à Paris, et la plupart des mères qui mettent au monde des jumeaux sont obligées dès le troisième mois et même auparavant, de recourir à l'allaitement mixte.

Lorsque les jumeaux sont nés prématurément, avec un faible poids, ce qui est habituel, il est préférable de pratiquer l'allaitement mixte supplémentaire et de fournir à chacun des enfants la quantité de lait maternel qu'il peut absorber à un sein. Ce lait, on le sait, a des vertus nutritives spéciales pour stimuler l'accroissement même à faible dose. C'est ce que nous avons pu observer dans l'élevage des trois petites jumelles débiles dont je rapporterai plus loin l'observation détaillée.

Lorsque les jumeaux sont plus robustes à la naissance, ou lorsqu'ils ont déjà trois ou quatre mois, on peut, sans inconvénient pratiquer l'allaitement mixte alternant ; un des jumeaux épuise les deux seins et l'autre reçoit le biberon. Si l'un d'eux est plus faible, il sera privilégié et prendra le sein plus fréquemment.

Pour ce qui est de la technique de l'allaitement mixte, j'ai remarqué que le lait homogénéisé et surchauffé à 108° ou mieux encore ce même lait saccharosé à 10 % était bien utilisé par les jumeaux comme par les grands débiles. On appliquera dans ces circonstances les progrès de l'industrie laitière, en choisissant dans la gamme des laits que nous avons appris à manier celui qui convient le mieux aux fonctions digestives.

Je signale que nous avons obtenu des résultats remarquables du lait condensé Gallia dans l'allaitement artificiel, dès la naissance, des jumeaux Dur. dont on lira plus loin l'observation. A l'âge de un an, ces deux enfants avaient un développement très normal ; et leur courbe pondérale et staturale a été très *satisfaisante.*

I. — Observations sur l'élevage et la croissance de trois jumelles âgées de vingt-deux mois. Similitude des troubles de l'accroissement pondéral déterminés par le processus de la dentification de huit à neuf mois. Ressemblance des traits du visage et de l'ensemble de l'organisme analysée par les mensurations anthropométriques.

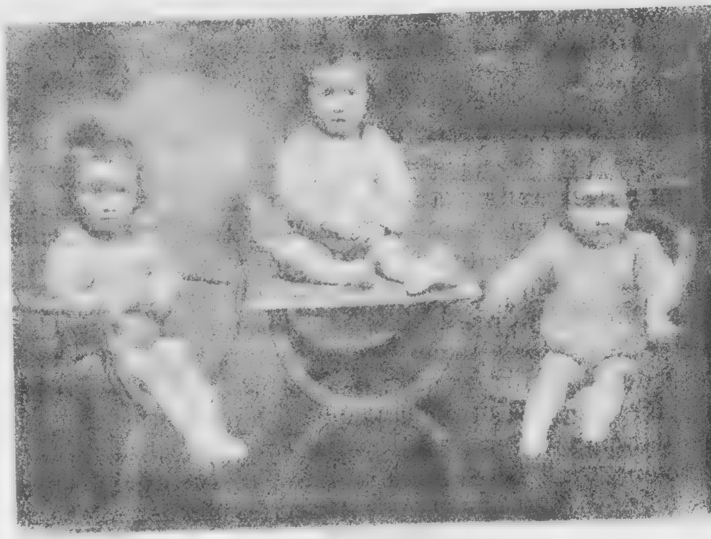
Les grossesses trigemellaires sont exceptionnelles (une sur 10.000 environ), d'après les statistiques citées par M. Apert (1), et il est d'autant plus rare de pouvoir faire des observations précises dans ces circonstances, que les trois enfants naissent habituellement débiles et avant terme, que leur élevage est difficile et leur survie aléatoire.

La mère des trois enfants dont j'ai présenté l'histoire à la Société médicale des Hôpitaux (2), Mme Cor..., est fort intelligente car elle est parvenue à les élever jusqu'à présent sans encombre. Elle habite à Rosny-sous Bois et elle a bien voulu m'amener ses petites jumelles à la Goutte de lait de Belleville le 31 janvier 1928, pour que je puisse les examiner à loisir.

Elle m'a fourni des renseignements détaillés sur son accouchement, sur les diverses phases de l'allaitement ; enfin elle m'a confié les trois courbes de l'accroissement pondéral qu'elle a dressées avec un soin extrême, semaine par semaine, et j'y ai puisé les chiffres relatés dans les tableaux que je reproduis plus loin.

Cette dame était âgée de ving-huit ans et demi à la naissance de ses enfants et avait été bien portante jusque-là, elle avait bien supporté la grossesse qui était la première, et ne soupçonnait pas qu'elle dût mettre au monde des jumeaux. Elle était mariée depuis six ans et demi ; elle est de taille moyenne et bien conformée. Le père, âgé de trente-quatre ans, a une taille assez élevée, mais il est plutôt un peu maigre, quoique jouissant d'une santé régulière. Un de ses cousins aurait eu des jumelles. La mère affirme que, d'après la date de ses époques et d'après ses calculs, elle serait accouchée à sept mois et demi. La sage-femme appelée au dernier moment fut fort étonnée d'assister à la naissance de ces trois enfants, qui, toutes trois, se présentèrent par la tête, à vingt minutes d'intervalle chacune. Il y a deux placentas ; les deux jumelles les plus petites, Colette et Jacqueline, sont nées les premières, et Denise, la plus forte, la dernière.

Il est bien vraisemblable que les deux jumelles, nées les premières, étaient uni-ovulaires. La délivrance fut suivie d'une perte de sang très abondante, on dut faire appeler un médecin, le Dr Lebas, qui constata une forte élévation de température pendant plusieurs jours ; on dut pratiquer des injections intra-utérines et l'on évita un curetage.



ALLAITEMENT DES TROIS JUMELLES.

Pendant une semaine la sécrétion lactée de la mère fut à peu près nulle, et le médecin, en attendant la montée du lait, conseilla de donner de petites prises de lait condensé sucré *Gallia* au biberon ou à la cuillère, car ces enfants, très débiles, n'avaient que peu de force pour téter. Dès que la lactation fut établie chacun d'eux fut mis au sein, mais les tétées n'étaient que de 10 à 20 grammes et on complétait la ration jusqu'à 40 grammes avec du lait condensé. Les tétées étaient lentes et duraient vingt minutes et même une demi-heure. La mère n'avait pas de répit car il fallait recommencer la série des tétées toutes les deux heures la journée et même plusieurs fois la nuit durant les premières semaines. Ai-je besoin de faire remarquer au prix de quels soins et de quel dévouement maternel, la vie de ces trois jumelles débiles a été sauvegardée ?

L'accouchement avait eu lieu le 18 avril 1926.

Colette, née la première, pesait 1 kilogr. 370 à la naissance.

Jacqueline, la seconde, pesait 1 kilogr. 630 à la naissance.

Denise, la troisième, pesait 1 kilogr. 730 ; soit 4 kilogr. 730 pour les trois.

Les pesées ont été faites régulièrement chaque semaine et inscrites sur trois courbes graphiques, comme je l'ai indiqué, mais les tailles n'ont pas été enregistrées. D'après les indications qui m'ont été fournies par la mère, l'alimentation varia dans le cours de la première année, mais d'une manière identique pour les trois enfants. Jusqu'à quatre mois, chacune d'elles reçut d'abord le sein, puis une ration complémentaire bien calculée de lait condensé au biberon. Au mois de juillet survint une diarrhée estivale un peu plus forte chez Jacqueline : elle perdit 750 grammes de poids en deux semaines. Cette diarrhée céda à l'eau de riz. La mère voulut alors essayer le lait *Dryco*, mais comme l'accroissement se ralentit, elle revint au *Gallia*. A part l'oscillation dans la courbe pondérale de Jacqueline, correspondant à la diarrhée estivale, l'augmentation du poids chez les trois jumelles fut régulière et continue jusqu'au huitième mois. Leur courbe resta parallèle à la courbe type moyenne, mais notablement au-dessous.

Voici d'ailleurs les chiffres de l'accroissement pondéral hebdomadaire pendant la première année.

(1) *Les Jumeaux* par Apert, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

(2) Présentation à la Société médicale des Hôpitaux le 16 mars 1928. Voir la discussion qui a suivi.

Tableau de l'accroissement pondéral pendant un an.

Colette C....., née le 18 avril 1926.

	Gr.
Poids de naissance....	1.370
1re semaine	1.390
2e —	1.450
3e —	1.630
4e —	1.785
5e —	1.830
6e —	2.025
10e —	2.425
15e —	3.280
20e —	4.000
25e —	4.600
30e —	5.080
35e —	6.000
38e —	6.400
39e —	6.400
40e —	6.300
41e —	6.200
42e —	6.500
45e —	6.900
46e —	6.900
47e —	6.850
48e —	6.900
49e —	6.950
50e	7.050
51e	7.100
52e —	7.200

31 janvier 1928 à 22 mois, 8.200 gr. — Taille : 75 cent. 5.
1er mars, 8.650 gr. — Taille 75 c. 7.

Jacqueline C....., née le 18 avril 1926.

	Gr.
Poids de naissance....	1.630
1re semaine	1.600
2e semaine	1.690
3e —	1.880
4e —	2.050
5e —	2.180
10e —	3.050
15e —	3.550
20e —	4.200
21e —	4.440
22e —	4.400
23e —	4.300
24e —	4.500
25e —	4.900
30e —	5.300
35e —	6.040
38e —	6.500
39e —	6.500
40e —	6.450
41e —	6.400
42e —	6.480
43e —	6.700
44e —	6.750
45e —	6.920
46e —	7.000
47e —	6.950
48e —	7.000
49e	7.050
50e —	7.120
51e —	7.050
52e —	[illegible]

31 janvier 1928 à 22 mois, 8.800 gr. — Taille 75 centimètres.
1er mars, 8.870 gr. — Taille : 75 c. 4.

Denise C., née le 18 avril 1926.

	Gr.
Poids de naissance....	1.730
1re semaine	1.690
2e semaine	1.845
3e —	2.020
5e —	2.340
10e —	3.120
15e —	3.750
20e —	4.540
25e —	5.150
30e —	5.650
35e —	6.500
38e —	6.940
39e —	6.800
40e —	6.700
41e —	6.550
42e —	6.700
43e —	7.000
44e —	7.050
45e —	7.200
46e —	7.250
47e —	7.200
48e —	7.220
49e	7.300
50e —	7.450
51e —	7.450
52e —	7.580

31 janvier 1928 à 22 mois 9.000 gr. — Taille 77 cent. 2.
1er mars, 9.100 gr. — Taille : 78 c. 2.

TROUBLES DE L'ACCROISSEMENT PONDÉRAL CAUSÉS PAR LE PROCESSUS DE LA DENTIFICATION DE LA TRENTE-HUITIÈME A LA QUARANTE-DEUXIÈME SEMAINE.

Je crois devoir attirer l'attention spéciale de la Société sur la simultanéité et la similitude des troubles temporaires de l'accroissement chez ces trois jumelles de la trente-huitième à la quarante-deuxième semaine et qui sont manifestement en rapport avec le processus de la dentification, car ils ont cessé après l'éruption des deux incisives inférieures. Pendant ces quatre semaines les enfants ont refusé obstinément le biberon chargé de lait condensé qu'elles absorbaient volontiers auparavant.

On n'a pas constaté d'autre trouble qu'une *anorexie* persistante avec de la nervosité et de l'agitation nocturne. En comparant les trois courbes, on voit la similitude des plateaux correspondant aux arrêts dans l'accroissement du poids que j'ai relevés dans le tableau ci-dessus reproduit. Ces trois jumelles qui ont tant de ressemblance extérieurement, ont donc aussi le même type nutritif et la même modalité dans leur croissance. Toutes trois, pendant la poussée de dentification précédant l'éruption des premières incisives, ont présenté des troubles identiques dans les fonctions digestives et dans l'accroissement pondéral.

Ce sont là des troubles très habituels chez les nourrissons ordinaires et dont j'ai recherché l'origine dans des travaux publiés en 1925 et en 1926 (1). En dépouillant près de 500 fiches de nourrissons observés à la Goutte de lait de Belleville, sur lesquelles sont inscrites les variations de poids et de taille hebdomadaires, j'ai relevé, avec M. Rusesco, des arrêts temporaires de l'accroissement non seulement pondéral, mais aussi statural, qui nous ont paru manifestement en rapport avec l'évolution de la dentition. Ces arrêts ne sont pas constants, ils peuvent manquer chez les beaux enfants, en anticipation de croissance, qui percent parfois leurs dents sans qu'on s'en aperçoive : mais on relève ces retards d'accroissement dans la proportion de 75 p. 100 chez les nourrissons moyens et même, plus souvent, chez les atrophiques. Le processus de la dentification intéresse un grand nombre de follicules dentaires simultanément, on ne doit pas oublier que ceux-ci sont au nombre de 52 dans les os maxillaires, dont 20 appartiennent à la première dentition. Il ne faut donc pas s'étonner que le travail de vasodilatation périostique et intra-alvéolaire gagnant la crête gingivale, puisse avoir une répercussion réflexe sur le fonctionnement de divers organes et même sur l'ossification des membres dans les épiphyses, entretardant l'accroissement de la taille.

Les arrêts dans l'accroissement du poids causés par la dentification avaient été signalés depuis longtemps par Hénoch et par Budin dans son livre du Nourrisson, mais comme on ne toisait pas les bébés, à cette époque, on n'avait pas noté l'arrêt de la croissance staturale.

Il est bien vraisemblable que chez les trois jumelles dont nous ne possédons que la courbe pondérale, il y a eu retard simultané, non seulement du poids, mais aussi de la taille, avant l'éruption des dents incisives.

Ces contre coups éloignés du processus de la dentification sur l'organisme ne sont pas les seuls, tant s'en faut, que l'on observe, et les anciens pédiatres, Billard, Guersent, etc., au commencement du siècle dernier, ne les ignoraient pas. Ils avaient bien remarqué, outre les accidents locaux du côté des gencives et le ptyalisme, les troubles si fréquents du tube digestif, les vomissements, la diarrhée qui entravent l'alimentation. Ils avaient noté aussi la toux spasmodique, l'irritabilité nerveuse, allant parfois jusqu'aux phénomènes convulsifs, les érythèmes cutanés au visage ou sur la peau du tronc et des membres. On considérait alors comme *sympathiques* tous ces divers troubles que nous qualifions plutôt aujourd'hui de réflexes. Quand on observe dans un milieu tel que celui des Gouttes de lait, sur des centaines de nourrissons, on retrouve très fréquemment les accidents de la première dentition dont on avait exagéré l'importance au XVIIIe siècle. Mais ce serait tomber dans une autre erreur plus grave que de vouloir en nier l'existence, comme l'ont fait Politzer et Magitot qui demandait à l'Académie de Médecine, en 1892, de rayer les maladies de la dentition du cadre nosologique. Son vœu ne fut d'ailleurs pas exaucé.

Ces trois petites jumelles méritaient de vous être présentées comme un exemple frappant d'un arrêt de l'accroissement simultané qu'on ne parvient à expliquer que par une répercussion du processus de dentification sur les fonctions digestives. Toutes trois ont percé leurs dents à peu près au même âge ; Denise à neuf mois et dix jours et Colette et Jacqueline quinze jours après ; toutes trois à un an avaient six dents ; elles en avaient

(1) G. VARIOT. — L'influence de la dentification sur l'accroissement statural des nourrissons. (*Bulletin de la Société d'Anthropologie*, 1925, et *Bulletin de la Société de Stomatologie*, 1926. Voir aussi par le Dr Herpin, introduction à l'étude de la première dentition, 1927.

chacune seize à vingt-deux mois ; l'évolution dentaire a donc suivi exactement la courbe de la croissance.

On doit remarquer la légère discordance dans l'accroissement de Denise d'avec celui de ses deux sœurs qui étaient probablement uni-ovulaires et dont la similitude est plus complète à tous égards, en comparant leurs mensurations dans le tableau que je reproduis plus loin. Denise a toujours gardé son avance initiale, à la naissance, sur ses deux sœurs.

Voici quelques détails complémentaires sur le développement fonctionnel de l'organisme. Denise a marché debout la première ; elle s'est *lâchée* à vingt mois moins huit jours, Colette à vingt mois et Jacqueline ne marchait pas encore le 31 janvier 1928. Tous trois, avant la marche bipède, ont présenté le même type de prélocomotion sur le siège ; quand on les plaçait sur leur petit vase, elles se balançaient et se poussaient avec leurs pieds, faisant ainsi de petites promenades autour de la chambre, au grand amusement des personnes qui assistaient à leurs exercices.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'extrême ressemblance de ces trois fillettes qui éclate aux yeux. Elles ont les cheveux de même nuance, d'un blond un peu ardent, les yeux bleus. Le père et la mère ont les yeux bruns et les cheveux châtains ; mais il paraît que le grand-père maternel était Flamand.

Elles ont à peu près le même timbre de voix, cependant la mère prétend qu'elle distingue leurs cris, ce que le père est incapable de faire.

La conformation du crâne et des traits du visage paraît identique, de même que celle des pavillons des oreilles. Pour analyser rigoureusement cette ressemblance j'ai demandé à M. Papillault, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, de vouloir bien procéder à des mesures complètes et il a bien voulu me communiquer le tableau comparatif que je reproduis plus loin. En comparant les mesures enregistrées, on voit que l'individualité de Denise est plus accentuée que celle de Colette et de Jacqueline qui proviendraient du même œuf. Cependant pour le crâne et le thorax les mesures sont similaires pour les trois enfants à 2 ou 3 millimètres près. Ainsi se trouve expliquée par l'anthropométrie la ressemblance frappante de ces enfants.

Je rappelle en terminant que la croissance est une force qui joue un grand rôle dans la pathologie du premier âge, et qu'il est rare de pouvoir en analyser les manifestations normales et anormales avec autant de précision que chez ces trois jumelles.

Mensurations de trois jumelles pratiquées à la Goutte de lait de Belleville,

par M. Papillault,
professeur à l'École d'Anthropologie

	Colette	Jacqueline	Denise
Poids	8.6?0 gr.	8.870 gr.	9.100 gr.
I. *Dimensions somatiques :*			
Stature	75 cent. 7	75 cent. 4	78 cent. 2
Thorax : D antéro-postérieur	11 cent. 3	11 cent. 9	11 cent. 5
Thorax : D. transverse	14 cent. 8	15 cent. 4	14 cent. 8
D. bi-trochantérien	14 cent 8	15 cent. 2	15 cent. »
Main : longueur	7 cent. 8	8 cent. 2	8 cent. 6
Main : largeur	4 cent. 1	4 cent. 2	4 cent. 2
II. *Dimensions céphaliques :*			
Crâne : long. maxima	15 cent. 8	16 cent. 1	16 cent. 8
Crâne : larg. maxima	12 cent. 9	13 cent. »	13 cent. 3
Face : D. bi-zygomatique	10 cent. 1	10 cent. 2	11 cent. 1
Œil : D. bi-angulaire	2 cent. 6	2 cent. 8	2 cent. 8
Hauteur naso-mentonnière	7 cent. 4	7 cent. 4	7 cent. 4
Nez : Hauteur	3 cent. 3	3 cent. 3	3 cent. 3
Nez : Largeur	2 cent. 6	2 cent. 7	2 cent. 8
Nez : Aile	1 cent. 9	2 cent. 2	1 cent. 8
Oreille : Hauteur	5 cent. »	5 cent. »	4 cent. 95
Oreille : Largeur	2 cent. 9	2 cent. 8	2 cent. 9
Somme des mesures	1.930	1.948	1.9845

La ressemblance plus grande entre Colette et Jacqueline, exprimée par la somme des mesures laisserait supposer que ces deux jumelles étaient les monovitellines.

Couleur des cheveux identique chez les trois. Formule 0210, c'est-à dire jaune clair légèrement rouge.

Yeux également identiques chez les trois. Formule 1104, c'est-à-dire yeux bleus avec légères stries brunes et jaunes.

II. — Parallélisme de l'accroissement pondéral et statural chez deux jumeaux mâles uni-ovulaires. Extrême ressemblance des traits du visage, du crâne et des membres expliquée par les mensurations précises de M. Papillault. Radiographie du cœur et du foie ; égalité de leurs dimensions. Allaitement artificiel dès la naissance.

La mère, de taille moyenne, Mme Dur., est âgée de 27 ans, et est bien constituée : c'est sa première grossesse ; pas de fausse-couche antérieure. Le père âgé de 31 ans, est de haute taille et bien portant. Une sœur de la grand'mère maternelle a eu des jumeaux.

La grossesse a été normale, l'accouchement a eu lieu à terme le 23 mars 1926 dans une maternité : le premier enfant s'est présenté par le sommet, le deuxième par le siège. L'œuf était unique, le placenta pesait 800 gr. Il s'agissait donc bien d'une grossesse uni-ovulaire.

Le poids de naissance était de 2 k. 610 pour Henri et de 2 k. 720 pour Jacques. Nous n'avons pas de renseignements sur leur taille initiale. Les suites de l'accouchement furent très normales et la mère sortit de la Maternité le 4 avril 1926, onze jours après la naissance des enfants.

Dès les premiers jours, la mère eut un abcès dans un sein et fut obligée de donner le biberon ; on tenta l'allaitement mixte sans succès ; les deux enfants furent apportés à la Goutte de lait de Belleville le 19 avril 1926.

Henri pesait à ce moment 2 k. 980, il avait donc gagné seulement depuis le 23 mars, date de sa naissance 370 gr., la taille était de 49 cent. 5. Le teint du visage est un peu plus pâle que celui de son frère. Le 19 avril, Jacques pesait 3 k. 150 avec une taille de 50 cent.

La mère ne pouvant continuer l'allaitement mixte, on conseilla pour les deux enfants l'allaitement artificiel au lait condensé sucré *Gallia* et l'on régla la ration toutes les 2 heures 1/2 à 60 gr. eau bouillie et une cuillerée à café et demie de lait condensé. Comme l'accroissement de poids n'était pas suffisant, dès le 27 avril on donna 80 gr. d'eau bouillie et deux cuillerées à café de lait condensé :

Du 19 avril au 27 le poids s'élève de 2 k. 980 à 3 k. 150 et la taille de 49,5 cent., à 50 cent pour Henri. Le poids pour Jacques monta de 3 k.150 à 3 k. 450 et la taille de 50 cent. à 50,5. En continuant cet allaitement artificiel au lait condensé sucré, l'accroissement de poids et de la taille a été très régulier, comme on peut en juger par les chiffres suivants relevés sur les fiches où le poids et la taille ont été enregistrés chaque semaine.

	Date		Poids		Taille
Henri	19 mai 1926	Poids	3 k.	Taille	51 cent.
	23 juin	—	4 k.		55 —
	15 septembre	—	6 k.350	—	63 — 3
	27 octobre	—	7 k.249	—	65 — 5
	5 janvier 1927	—	8 k.	—	69 — 5
	2 mars	—	8 k.460	—	73 —
	23 mars	—	8 k.800	—	73 — 8
Jacques	19 mai 1926	Poids	3 k.670	Taille	52 cent. 7
	23 juin	—	4 k.220	—	55 — 5
	15 septembre	—	6 k.550	—	64 —
	27 octobre	—	7 k.260	—	67 —
	5 janvier 1927	—	8 k.	—	70 —
	2 mars	—	8 k.350	—	73 —
	23 mars	—	8 k.800	—	74 —

L'accroissement pondéral et statural a donc été nettement parallèle et Henri à un an le 23 mars a regagné le léger retard de poids qu'il avait sur son frère à la naissance. Aucun incident notable pendant ce double allaitement artificiel, pas de diarrhée, le développement a été aussi normal que si les enfants avaient reçu le sein de leur mère.

Il est bon de signaler que ces deux jumeaux sont même légèrement en anticipation de croissance, ils ont une taille de 74 cent. à un an au lieu de 72 cent. environ, qui est la moyenne, d'après les tables de croissance chez les nourrissons de cet âge. Les poids de 8 kgr. 800 et 8 kgr. 830 sont un peu faibles relativement à leur taille, mais il est bon de noter que ces enfants sont très remuants car ils commencent à marcher debout tous les deux et ils brûlent leurs réserves adipeuses.

Au degré de développement normal où ils sont arrivés à un an, ces deux jumeaux ont conservé des traits de ressemblance, multiples et frappants ; même coloration des cheveux blonds, des yeux bruns, même forme des pavillons des oreilles et de leurs repris, même configuration du front, du nez, de la bouche, du menton. Enfin tous les deux ont fait leurs premiers pas à un an juste sans appui ni soutien. Il y a eu quelques dissemblances que nous devons signaler.


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY
38 Bd Bourdon NEUILLY


OVULES "ROCHE"
au
THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS. F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.


BAUME
RHODIA
A BASE DE
RHEUMACYLAL
SUCCÉDANÉ
INODORE DU
SALICYLATE
DE MÉTHYLE
MÉDICAMENT ACTIF.
PROPRE, NE TACHANT PAS
AGRÉABLE, DÉLICATEMENT
PARFUMÉ, SANS DANGER
GOUTTE
RHUMATISMES
LUMBAGO
2 PRÉSENTATIONS
FORME CRÈME
FORME LIQUIDE
USINES DU RHÔNE
BAUME
RHODIA
BAUME
RHODIA
RHODIA

Henri a percé ses premières incisives inférieures à 9 mois et Jacques seulement à 10 mois.

Actuellement, à un an, ils ont chacun six incisives. Henri est un peu moins vif que Jacques, il est toujours un peu plus pâle que lui. Dans un travail antérieur (1) j'ai insisté sur la différence de la locomotion initiale chez ces deux jumeaux ; Jacques, dès l'âge de 9 mois, a commencé de marcher sur les mains et les genoux ; mais Henri ne l'a pas imité, il se dressait plus volontiers contre les murs et les meubles. Néanmoins tous deux ont pu se tenir debout en même temps, et se sont *lâchés* pour marcher comme on dit vulgairement.

Ce n'est pas d'ailleurs la seule différence dans le fonctionnement des centres nerveux qu'on relève chez eux. Henri a un caractère plus indocile, boudeur, que Jacques ; il a parlé un peu plus tôt que son frère. Depuis lors nous avons revu régulièrement ces jumeaux jusqu'au mois de février dernier 1928 et nous avons constaté que leur extrême ressemblance morphologique n'avait pas diminué.

J'ai demandé à M. Papillault, professeur à l'Ecole d'Anthropologie de vouloir bien pratiquer des mesures comparatives précises sur ces deux enfants à l'âge de un an, pour nous rendre un compte exact de leur ressemblance.

Je reproduis intégralement la communication que M. Papillault a bien voulu faire à la Société d'Anthropologie sur ce sujet :

« Ces deux jumeaux nous paraissaient absolument semblables dans leur aspect physique ; il m'a semblé intéressant de rechercher si les mesures anthropologiques traduisaient cette ressemblance ou, au contraire, révélaient des différences qui auraient échappé à la simple vue. J'ai pris les mesures les plus précises de l'anthropométrie, et je les ai contrôlées par un double examen ; avec l'habitude que j'ai acquise, il me semble permis d'affimer leur exactitude.

Je les ai réunies dans le tableau ci-joint pour faciliter la comparaison entre Jacques et Henri.

	Jacques	Henri
Diamètre antéro-postérieur de la tête	15 cm. 6	15 cm. 7
— transverse —	12 — 8	13 —
Indice céphalique	82 —	82 —
Hauteur auriculo bregmatique	11 —	11 — 5
Diamètre frontal minimum	8 — 9	9 —
— bizygomatique	11 — 3	11 — 3
— bioculaire interne	2 — 6	2 — 5
Largeur du nez	2 — 6	2 — 5
Hauteur totale de la face	12 — 8	13 — 1
Hauteur de l'oreille	4 — 8	4 — 8
Largeur de l'oreille	2 — 9	3 —
Largeur du thorax	14 — 5	14 — 5
Épaisseur du thorax	12 — 1	12 — 4
Indice thoracique	83 —	85 —
Longueur du membre inférieur (du	26,6	26,6
talon au périnée)	26 — 6	26 — 6
Longueur du pied	11 —	11 —

Je crois inutile d'insister sur l'extraordinaire concordance des chiffres dont les différences ne dépassent pas quelques centièmes et sont souvent rigoureusement nulles. »

Ces mensurations rigoureuses nous fournissent l'explication complète de la ressemblance de ces deux enfants. Je rappellerai, à ce propos, que les sculpteurs pour obtenir la ressemblance exacte de leur modèle prennent ces mêmes mesures avec des compas d'épaisseur et des règles graduées. Le parallélisme du poids et de la taille se retrouve donc dans les dimensions des diverses parties de l'organisme.

J'ajouterai qu'on peut même constater cette similitude complète dans la conformation des principaux viscères. Mon jeune ami, le Dr Leclerc, assistant à l'hôpital Bretonneau a bien voulu, sur ma demande faire radiographier le tronc de ces deux jumeaux, par M. Robet Méry, radiologue de cet hôpital, les deux clichés ont été obtenus dans des conditions aussi semblables que possible à la fin de février 1928. Nous avons donc pu mesurer exactement les dimensions de l'ombre cardiaque audessus de la voûte du diaphragme, depuis le bord de l'oreillette droite jusqu'à la pointe du cœur, la longueur de cette ombre correspondant au diamètre transversal est identique elle est de 9 cent. 15 mill. chez les deux enfants.

Pour ce qui est du foie, l'ombre hépatique mesurée de la partie supérieure, correspondant au sillon costo diaphragmatique au bord inférieur qui tranche nettement en bas sur la masse intestinale, est de 10 cent. 5 mill. chez les deux jumeaux à l'âge de deux ans.

Il n'y a qu'une différence légère dans l'épreuve radiographique du thorax qui montre des ombres hilaires un peu plus prononcées à droite chez Jacques que chez Henri. Mais le premier relève d'une bronchite assez forte, dont son frère n'a pas été atteint et il y a déjà lieu de penser que cet engorgement ganglionnaire est consécutif à un processus aigu.

Tout cet ensemble de documents précis et scientifiques pour analyser la ressemblance des jumeaux, méritait d'être rapporté en détail.

III. — Parallélisme de l'accroissement pondéral et statural chez deux jumeaux mâles uniovulaires. — Ressemblance morphologique complète constatée par des mensurations anthropométriques de M. Papillault.

Nous avons pu suivre à la Goutte de lait de Belleville pendant plus de six mois, l'accroissement pondéral et statural de deux jumeaux uni-ovulaires nés à huit mois à la maternité de l'hôpital Tenon. Paul Haron... né le 27 mai 1927 pesait 2 kgr. 230 gr. à la naissance : Jean Haron... né le même jour pesait 2 kgr. 130.

Ces deux enfants étaient les premiers nés d'un couple arménien ; ils se ressemblaient extraordinairement en naissant mêmes yeux et cheveux bruns, même aspect du visage et de tout le corps.

Cependant nous dit la mère, Paul a les cheveux un peu inclinés à gauche dans la région frontale et en outre il présente une tache brune de la grandeur d'un pois, un amas pigmentaire audessous de l'aine dans la région du triangle de Scarpa. Ce n'est que par ces petits signes que la mère parvenait à les distinguer l'un de l'autre.

La mère nourrit ces deux enfants exclusivement au sein du 27 mai au 15 juin 1927, en leur donnant à chacun un seul sein toutes les 2 h. 1/2.

On fit peser les tétées à chaque sein le 20 juin ; elles furent de 40 g.

La mère était manifestement une nourrice médiocre puisque l'accroissement pondéral n'avait été du 27 mai, jour la naissance, au 15 juin 1927 que de 420 gr. pour Paul et de 370 gr. pour Jean.

Voici d'ailleurs les variations du poids et des tailles du 15 juin 1927 à la fin de l'année 1928. L'allaitement exclusif au sein fut continué deux mois, puis supplémenté, après chaque tétée, avec du lait condensé pendant un mois 1/2, enfin l'allaitement artificiel fut complet après 3 mois 1/2. Les deux enfants furent sevrés du sein au mois de septembre 1927, pour être nourris entièrement au lait condensé sucré.

Har.... (Paul).
Né le 23 mai 1927.
Poids à la naissance : 2 kg. 230.

		Poids	Taille
1927	15 juin......	2 k. 650	48 cent. 5
	20 *id.*	2 k. 900	48 — 5
	29 *id.*	3 k. 330	49 — 5
	13 juillet.....	3 k. 870	50 — 5
	25 *id.*	4 k. 150	
	10 août.......	4 k. 440	53 — 2
	24 *id.*	4 k. 620	54 — 7
	7 septembre.	4 k. 920	sevré du sein.
	21 *id.*	5 k. 100	57 cent.
	5 octobre...	5 k. 400	58 —
	19 *id.*	5 k. 580	58 — 5
	28 décembre..	6 k. 350	62 —

Har.... (Jean).
Né le 23 mai 1927,
Poids de naissance : 2 kg. 130.

		Poids	Taille
	15 juin.......	2 k. 500	48 cent.
	20 *id.*	2 k. 700	48 —
	7 juillet.....	3 k. 150	49 —
	25 *id.*	3 k. 780	[illegible]
	3 août......	4 k. 200	54 —
	17 *id.*	4 k. 280	54 — 3
	31 *id.*	4 k. 680	55 — 5
	14 septembre.	4 k. 450	58 c. sevré du sein.
	28 *id.*	5 k. 150	58 cent. 5
	12 octobre...,	5 k. 500	59 — 5
	26 *id.*	5 k. 800	60 —
	9 novembre.	5 k. 750	61 —
	14 *id.*	5 k. 810	61 —
	23 *id.*	6 k.	61 — 5
1928	4 janvier...	6 k. 500	62 —

(1) Voir *Progrès médical et Société d'Anthropologie* 1927, dissemblance de la prélocomotion avant la marche bipède chez deux jumeaux mâles.

Ces enfants n'ont pu être pesés et toisés simultanément avec régularité, à cause de la difficulté de leur transport ; ils étaient apportés alternativement à la consultation, néanmoins leurs poids et leurs tailles peuvent être comparés à huit ou dix jours près et il est aisé de voir qu'ils se développent parallèlement. D'ailleurs à 7 mois. Paul, le 28 décembre pèse 6 k. 350 avec 62 de taille et Jean, le 4 janvier 1928, huit jours plus tard pèse 6 k.500 avec une taille de 62,5. Cette similitude dans l'accroissement pondéral et statural. avec les mêmes rations alimentaires coïncide avec la persistance de la ressemblance morphologique et ne peut s'expliquer que par une analogie complète des fonctions digestives et de la nutrition. D'une manière générale la croissance a été un peu lente ; ces jumeaux prématurés nés avec un poids de naissance faible. il est vrai, n'ont que la taille de cinq mois, à l'âge de sept mois passés. Mais la mère est une étrangère inexpérimentée et peu intelligente qui pourrait soigner mieux ses enfants et leur donner le biberon plus régulièrement. Mais cette observation, telle quelle, suffit à montrer la permanence de la ressemblance organique aussi bien que morphologique pendant cette période initiale du développement.

Lorsque ces deux jumeaux étaient âgés de six semaines seulement, j'ai prié M. Papillault, professeur à l'École d'Anthropologie, de compléter les mesures de la taille et du poids enregistrés à la Goutte de lait de Belleville. Il a procédé à des mesures exactes du crane et de la face, du thorax et des membres avec le compas d'épaisseur des règles graduées à glissière etc. comme il avait bien voulu le faire pour les deux jumeaux Dur, âgés de un an dont l'histoire complète est relatée ci-dessus et dont les mensurations anthropométriques ont été reproduites. Il suffit de s'y reporter. Les chiffres relevés sur les jumeaux Har..., à l'âge de six semaines, ne diffèrent pas plus les uns des autres que celles des jumeaux Dur. M. Papillault après ces mensurations un peu longues et difficiles m'a déclaré qu'il était impossible de voir des créatures humaines plus semblables. Les diamètres du crâne en particulier ne varient pas de l'un à l'autre de plus de 1 à 2 millimètres, et il en était de même de la longueur des membres.

La similitude morphologique et organique des jumeaux uni-ovulaires n'apparait donc pas comme temporaire, elle est continue et prolongée par les manifestations de la croissance pendant la première année de la vie et même au delà ; de là sans doute la permanence de la ressemblance.

IV. — Jumelles uni-ovulaires nées à huit mois Parallélisme du développement pondéral et statural.

Gisèle Thé... et Christine Thé... sont nées le 31 août 1927 prématurément à huit mois environ. Gisèle pesait à la naissance 2 k. 325 et Christiane 2 k. 450. La taille initiale n'a pas été enregistrée. Il y aurait eu des jumeaux dans la famille du père. C'est la troisième grossesse. La mère a donné exclusivement le sein à chacun de ses enfants pendant près de trois mois, jusqu'au 23 novembre, jour où elles furent apportées à la Goutte de lait de Belleville.

La lactation de la mère est devenue insuffisante ; les enfants crient en quittant le sein et vomissent après les tétées. On pèse une tétée à un seul sein qui n'est que de 80 gr. On conseille immédiatement de supplémenter la ration au sein avec 40 gr. eau bouillie et une cuillerée à café de lait condensé sucré Gallia. Par cet allaitement mixte l'accroissement a été stimulé comme on peut le voir par la série des poids et des tailles ci-dessous.

Gisèle Thé...,
née le 31 août 1927, à huit mois.
Poids de naissance : 2 k. 325.

	Poids	Taille
23 novembre 1927......	3 k. 850	53 cent.
2 décembre...........	4 k.	54 —
23 id.	4 k. 650	55 —
6 janvier 1928.........	4 k. 830	58,5 cent.
20 id.	5 k, 170	59 —
27 id.	5 k. 300	60 —
12 mars................	5 k. 970	62,5 —

Christiane Thé...,
née le 31 décembre 1927, à huit mois.
Poids de naissance : 2 k. 450.

	Poids	Taille
23 novembre 1927......	4 k. 050	55 cent.
14 décembre...........	4 k. 600	55,5 —
30 id.	4 k. 950	56,5 —
13 janvier 1928.........	5 k. 300	57,2 —
24 février..............	6 k. 300	61,5 —
9 mars...............	6 k. 300	62.5 —
12 mars................	6 k. 330	62,5 —

Bien que ces enfants n'aient pas été apportés régulièrement ; d'après cette courte série de poids et de taille on peut voir que le développement a continué de se faire parallèlement. Christiane qui, à la naissance avait 150 gr. de plus que sa sœur a conservé son avance pendant l'allaitement au sein, c'est-à-dire pendant près de trois mois puisqu'elle pèse 4 k. 050 le 23 novembre alors que Gisèle ne pèse que 3 k. 850. Avec l'allaitement mixte du 23 novembre au 30 janvier Gisèle passe à 5 k. 170 et Christiane à 5 k. 300 le 13 janvier *gardant toujours son avance initiale.* Le 12 mars la taille est identique chez les deux jumelles.

V. — Accroissement pondéral et statural des deux jumeaux mâles uniovulaires élevés à l'allaitement mixte alternant.

Les deux jumeaux Emile et Joseph Bit. sont nés le 10 mars 1927. Emile pesait à la naissance 3 kg. 300 et Joseph 3 kg. 100. Le père est algérien. La mère est une femme robuste qui a déjà eu un premier enfant allaité au sein, il y a trois ans, pendant 18 mois. Les deux grand'mères paternelle et maternelle, auraient eu chacune des jumeaux. Pendant un mois les deux enfants furent nourris en recevant chacun un sein, mais par suite de fatigues et de privations, le lait de la mère avait diminué et elle donna alternativement, à partir du 2e mois, les deux seins à l'un des enfants et un biberon à l'autre. Cet allaitement mixte alternant a été continué sans inconvénients Ces jumeaux nous furent apportés pour la première fois à la Goutte de lait à trois mois en mai 1927. Ils se ressemblaient extraordinairement, tous deux avaient la peau basanée, les cheveux et les yeux très bruns et leur développement organique était à peu près identique. Voici d'ailleurs le tableau de leur accroissement pondéral et statural, à partir du moment où nous avons pu les contrôler.

Emile Bit...
né le 10 mars 1927
Poids de naissance 3 k. 300

1927	Poids	Taille
25 mai	4 k. 830	55 c.
3 juin	4 k. 850	55 c.
8 —	5 k. 100	55 c. 5
22 —	5 k. 510	57 c.
13 juillet	6 k. 100	59 c.
10 août	6 k. 550	60 c.
17 —	6 k. 550	60 c. 8
31 —	6 k. 820	61 c. 8
7 septem.	6 k. 850	
28 —	7 k.	61 c. 5
12 octobre	7 k. 500	63 c. 5
26 —	7 k. 500	64 c. 5
9 novem.	7 k. 600	65 c.
16 —	7 k. 550	65 c.
30 —	7 k. 800	65 c. 3
1928		
4 janvier	8 k. 070	66 c.
11 —	8 k. 350	67 c.
25 —	8 k. 250	68 c.

Joseph Bit...
né le 10 mars 1927
Poids de naissance 3 k. 100

1927	Poids	Taille
1 juin	5 k.	55 c.
3 —	5 k.	55 c. 5
20 —	5 k. 400	56 c.
29	5 k. 700	57 c.
20 juillet	6 k. 250	
27 —	6 k. 450	60 c. 7
17 août	6 k. 800	62 c.
14 septem.	6 k. 920	
5 octobre	7 k. 220	63 c.
12 —	7 k. 650	63 c. 5
19 —	7 k. 700	64 c.
2 novem.	7 k. 550	65 c.
11 —	7 k. 750	65 c. 5
23 —	7 k. 920	66 c.
1928		
12 janvier	8 k. 150	68 c.

Le parallélisme du développement chez ces deux enfants est donc évident pendant les neuf premiers mois de la vie. Ils ont d'ailleurs toujours reçu la même ration alimentaire dans laquelle le lait condensé sucré entre pour une bonne part, d'ailleurs leur poids et leur taille sont à peu près normaux pour leur âge. Ils ne présentent aucun vestige de rachitisme.

Notons que la ressemblance des traits du visage reste toujours extrêmement marquée.

VI. — Jumeaux bisexués et biovulaires. Modalité differente de l'accroissement pondéral et statural chez les deux enfants.

Ces deux jumeaux sont les premiers enfants d'une mère robuste âgée de 30 ans. Sa grand'mère était elle même jumelle ; pas de renseignements sur l'accouchement, mais la bisexualité et les dissemblances morphologiques et nutritives de ces deux enfants ne peuvent pas laisser de doute sur leur origine bi-ovulaire.

A la naissance, 1er mai 1927, Geneviève B. pesait 2 kg. 500

et Roland B. 2 kg. 300 seulement. Ils furent apportés à la Goutte de lait de Belleville le 31 mai 1927. La mère qui était une bonne nourrice les avait allaités jusque-là tous deux ; toutes les deux heures 1/2, elle donnait à chacun un sein, elle remarquait que Roland tétait plus fortement que Geneviève, aussi leur poids réciproque avait déjà changé depuis leur naissance ; Geneviève pesait seulement 3 kg. 380 avec une taille de 51 cts le 31 mai et Roland pesait 3 kg. 500 avec une taille de 50 c. 5 un peu moindre que Geneviève. La taille n'avait pas été enregistrée à la naissance.

Le 7 juin, le poids de Geneviève est de 3 kg. 400 avec 51,5 de taille. Le poids de Roland est de 3 kg. 480 avec 51 cent. On a pesé ce même jour la tétée prise à un seul sein par chacun des jumeaux elle a été de 80 gr. pour Geneviève et de 110 gr. pour Roland.

La physionomie de ces deux enfants est tout à fait dissemblable. Geneviève a les cheveux blonds et les yeux bleus. Roland a les cheveux et les yeux bruns ; il a aussi le front plus élevé que sa sœur et la tête plus forte. Les traits du visage et le teint sont différents chez les deux enfants.

Voici la série des poids et des tailles de ces jumeaux:

	Geneviève : Poids de naissance 2 k. 500		1er mai 1927	Roland : Poids de naissance 2 k. 300	
	Poids	Taille		Poids	Taille
1927					
31 mai	3 k. 380	51 cent.		3 k. 500	50 cent. 5
7 juin	3 k. 400	51 — 5		3 k. 480	51 —
14 —	3 k. 800	52 —		3 k. 840	52 —
21 —	4 k. 050	53 —		4 k. 050	53 —
28 —	4 k. 230	54 —	part à la	4 k. 250	53 — 5
18 oct.	6 k. 600	63 —	campagne	7 k. 020	64 —
25 —	6 k. 750	63 — 5		7 k. 250	65 —
8 nov.	7 k. 050	64 —		7 k. 500	65 — 5
22 —	7 k. 050	64 — 7		7 k. 570	66 —
29 —	7 k. 100	65 —		7 k. 700	66 — 5
13 déc.	7 k. 120	66 —		7 k. 750	67 —
16 —	7 k. 250	66 —		7 k. 700	67 — 5
27 —	7 k. 370	66 —		7 k. 950	68 —
1928					
3 janv.	7 k. 420	67 —		8 k. 100	68 — 5
10 —	7 k. 500	67 — 5		8 k. 050	69 — 3
24 —	7 k. 650	68 —		8 k. 150	69 — 5
31 —	7 k. 780	69 —		8 k. 250	69 — 5
7 fév.	7 k. 730	69 — 5		8 k. 320	70 —
10 —	7 k. 930	69 — 5		8 k. 400	70 — 3
17 —	7 k. 950	70 —		8 k. 400	71 —
24 —	7 k. 910	70 —		8 k. 350	71 —

Nous ne retrouvons pas chez les jumeaux bi-ovulaires et bissexués le parallélisme continu de l'accroissement pondéral et statural que nous avons enregistré avec précision chez les jumeaux uni-ovulaires dont l'activité nutritive paraît à peu près identique et dont la ressemblance morphologique est permanente. Chacun des jumeaux bi-ovulaires a une individualité organique presque aussi complète que s'il s'agissait de deux enfants provenant de deux grossesses différentes. Le mode d'accroissement de Roland plus rapide que celui de Geneviève, bien que son poids de naissance fût inférieur à celui de sa sœur, est probablement en rapport avec son sexe et à ce que ses fonctions digestives étaient plus actives que celle de sa sœur : nous nous en sommes assuré, comme je l'ai signalé plus haut, en pesant la tétée absorbée au mois de juin 1927 par chacun des jumeaux et qui était de 80 gr. pour Geneviève et de 110 gr. pour Roland : un seul sein était donné par la mère à chaque enfant.

Dès le mois de septembre, la lactation ayant un peu diminué l'après-midi, Roland reçut à la dernière tétée, un biberon avec 125 gr. eau bouillie et trois cuillerées à café de lait condensé Nestlé sucré. A partir du mois de novembre la mère ne peut continuer l'allaitement exclusif au sein que dans la matinée, l'après-midi nous conseillâmes pour chacun des enfants deux biberons, avec 110 gr. eau bouillie et trois cuillérées à café de lait Nestlé sucré.

En décembre on fut obligé de compléter toutes les tétées avec le biberon.

Au mois de février 1928 la sécrétion lactée était si faible qu'on sevra entièrement les deux enfants ; on continua l'allaitement artificiel au lait condensé, en y ajoutant une purée de pommes de terre au lait ou une bouillie claire de farine d'avoine (type écossais) :

D'ailleurs la dentition était déjà apparente, les premières dents de Geneviève, incisives inférieures, parurent le 13 décembre, et celles de Roland seulement le 3 janvier, bien que son poids et sa taille fussent supérieures à ceux de sa sœur.

Une dissemblance plus importante est à relever chez Geneviève. Au mois d'octobre nous constatons chez elle, et non chez son frère une myotonie cervicale, très accentuée, avec rotation de la tête et plagiocéphalée gauche résultent du décubitus permanent de ce côté. Cette petite anomalie physiologique sur laquelle j'ai appelé l'attention de la Société des hôpitaux antérieurement, constitue un caractère différentiel important au cours du développement de ces deux jumeaux bi-ovulaires (1). Les faits de ce genre analysés exactement pendant la période initiale de l'accroissement, démontrent la nécessité de distinguer entièrement la gémélléité uni-ovulaire de la gémélléité bi-ovulaire. On peut donc considérer la gémélléite uni-ovulaire comme plus capable d'imprimer une similitude permanente à l'organisme, aussi bien au point de vue morphologique qu'au point de vue nutritif.

Atrophie et rachitisme chez deux jumelles probablement uni-ovulaires

Léa Ant. et Raymonde Ant. sont nées le 1er mars 1926 ; elles nous ont été apportées tardivement à la Goutte de lait de Belleville le 6 décembre 1927 à l'âge de 20 mois. Bien que des renseignements précis nous fassent défaut, il nous parait probable que ces jumelles sont d'origine uni-ovulaire.

Leur physionomie est semblable ; elles ont la même coloration des cheveux et des yeux ; les traits du visage, la forme du nez écrasé à la base en lorgnette sont identiques ; le père a la même conformation de la racine du nez ; le teint est fortement rosé chez les deux.

Outre ces grandes analogies morphologiques normales, ces deux enfants présentent un retard d'accroissement considérable du poids et de la taille avec un rachitisme bien prononcé dans les épiphyses radiales et costales avec retard de l'ossification de la fontanelle antérieure. Les jambes sont en flexion sur les cuisses avec une légère contracture et incapable de soutenir le poids du corps. La mère nous a rapporté que ces jumelles avaient été allaitées artificiellement au lait Nestlé mais que, depuis huit mois, sur l'avis d'un médecin de campagne, elle avait renoncé à leur donner du lait et qu'elle les avait surtout nourries avec des bouillies à l'eau, panade, farine maltée, farine lactée, blédine etc. Il va sans dire qu'elles furent soumises toutes deux au même régime alimentaire dont nous constatons les fâcheux résultats en décembre 1927. J'ai d'ailleurs constaté plusieurs fois chez des jumeaux de grandes analogies dans les troubles de l'accroissement et dans les dystrophies osseuses qui résultent presque fatalement de la privation prolongée du lait. Ces accidents morbides ne sont pas dus à la gémélléité, ils se montreraient identiquement les mêmes chez deux nourrissons non jumeaux du même âge qui seraient soumis au même régime alimentaire défectueux.

Léa Ant...,
née le 1er mars 1926.
Poids de naissance : 3 kg.

	Poids	Taille
6 décembre 1927..................	9 k. 250	70 cent.
20 décembre..................	9 k. 450	71 —
10 janvier 1928..................	9 k. 320	72 —
9 février..................	9 k. 770	73 —
13 mars..................	10 k. 100	74 —

Raymonde Ant...
née le 1er mars 1926.
Poids de naissance : 2 kg 900.

	Poids	Taille
6 décembre 1927..................	8 k. 250	68 cent.
20 décembre..................	8 k. 960	69 —
10 janvier 1928..................	8 k. 650	70,5 cent.
7 février..................	9 k. 100	70,7 —
13 mars..................	9 k. 720	72,5 —

Nous avons reformé complètement le régime alimentaire. Chacune des jumelles à reçu un litre de lait condensé Gallia. des purées de pommes de terre avec une addition de jus de beefteak et des bouillies d'avoine fraiche.

Nous avons prescrit des bains salés et de l'huile de foie de morue.

(1) La myotonie cervicale des nourrissons avec plagiocéphalie et craniotabes. (*Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*, 2 décembre 1921, par Variot.)

L'accroissement pondéral et statural d'après les chiffres ci-dessus a repris un cours normal et même rapide pour l'âge, un cent. de taille par mois et 730 gr. de poids environ. De plus en mars la tuméfaction des épiphyses radiales a diminué, l'ossification des fontanelles se prononce, et la raideur des jambes a diminué. Léa, soutenue sous les aiselles commence à faire ses premiers pas.

Conclusions.

Tout l'ensemble de faits que je viens d'exposer confirme l'opinion admise actuellement sur l'origine et le mode de développement des jumeaux uni-ovulaires. Ils semblent bien résulter d'une segmentation complète du vitellus avec individualisation initiale des fragments de l'ovule.

Les embryons proviennent des parcelles d'un même protoplasma fécondé, d'où une modalité évolutive identique déterminant le même modelage morphologique et organique.

C'est ce qui explique la permanence du même type nutritif après la naissance, le parallélisme de l'accroissement pondéral et statural et la continuité de la ressemblance dont nous avons pu suivre les effets avec M. Papillault, par des mensurations anthropométriques, à un mois, à un an et à 22 mois chez différents jumeaux.

Cette communauté d'origine permet de comprendre aussi les malformations congénitales identiques chez les jumeaux uni-ovulaires de même que les processus morbides plus tardifs, tels que les troubles de la croissance simultanée en rapport avec la dentification chez les trijumelles dont j'ai reproduit l'observation en détail.

Lors de la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion de la présentation des trois petites jumelles, plusieurs de mes collègues, MM. Aubertin, Hallé et Apert ont insisté sur la similitude et même sur la simultanéité des processus morbides survenant plus ou moins tardivement chez les jumeaux ; leur ressemblance physiologique se retrouve donc au point de vue pathologique, ce qui n'est pas surprenant.

C'est dans les cas de ce genre que l'on a pu admettre l'identité complète des jumeaux, ce qui est exagéré, car on relève souvent des dissemblances.

Je rappelle l'analogie des lésions rachitiques secondaires dans le squelette des deux jumelles dont j'ai relaté l'observation. Toutes deux avaient été privées de lait et dysalimentées dans les mêmes conditions.

J'espère que ces documents pourront servir à approfondir l'étude des jumeaux qui est loin d'être achevée aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Dans la pratique, je ferai remarquer que les jumeaux, qu'ils soient d'ailleurs uni ou bi-ovulaires, sont appelés à bénéficier, plus encore que les autres nourrissons, des admirables progrès que nous avons réalisés dans l'allaitement artificiel en utilisant les laits modifiés par l'industrie.

Principes de pharmacodynamie. *Constitutions chimiques propriétée physiologiques, par* L. Hugouneno et G. Florence, 1 volume de 392 pages : 40 fr. (Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard saint-Germain Paris).

Cet ouvrage expose les résultats acquis d'une science relativement récente, les faits importants qu'elle a mis en lumière, les espoirs qu'elle permet d'entretenir pour l'avenir.

Les *Chimistes* y verront les applications de leurs théories sur la constitution moléculaire à la préparation raisonnée et méthodique des médicaments synthétiques. Il est à peine besoin de souligner l'intérêt que cet ouvrage offre pour cette industrie organique qui s'est développée considérablement en France et à l'Etranger.

Les Biologistes relèveront dans ce Précis le témoignage des relations étroites qui rattachent les réactions physiologiques aux propriétés physico-chimiques des composés et permettent fréquemment de prévoir avec probabilité, sinon avec certitude, les effets de substances toxiques et médicamenteuses.

Les médecins qui utilisent chaque jour ces médicament nouveaux, les pharmaciens qui les préparent ou les contrôlent trouveront dans cet exposé des raisons certaines de voir la thérapeutique s'orienter vers les méthodes de l'investigation rationnelle.

CONFERENCES DE DIETÉTIQUE

Chaire de Thérapeutique de la Faculté de Paris.

(*Professeur* M. Loeper.)

Les régimes de suralimentation chez l'adulte (1),

Par Charles RICHET, fils.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

Un humoriste s'était plu, il y a quelques années, à représenter le médecin de l'avenir dosant les aliments dans son laboratoire comme un pharmacien doserait les médicaments dans son officine. Le médecin était devenu un cuisinier.

Ce n'est point là une charge, et il me paraît impossible à un médecin de préciser un régime s'il n'est point un peu cuisinier.

Il doit être bien davantage encore physiologiste, car pour préciser qualité et quantité des aliments chez le malade, il ne doit rien ignorer de la diététique normale.

Rappelons donc ce qu'est l'alimentation normale et fixons, à 3.000 calories et à 100 grammes de protéiques par jour, la ration largement suffisante pour l'adulte dans les conditions habituelles ; à 80 calories et à 2 gr. 50 par kgr. et par jour celle de l'enfant de 2 à 16 ans (2).

La suralimentation est donc une alimentation supérieure à celle que nous venons de fixer.

A qui l'appliquer ?

Comment l'appliquer ?

Quelles sont les thérapeutiques adjuvantes ?

Quels en sont les inconvénients ?

Voici les points que j'étudierai devant vous.

I

A qui appliquer ce régime de suralimentation ? D'abord à nombre de sujets normaux. En effet, dans certaines conditions physiologiques (enfants en poussée de croissance exagérée, travailleurs manuels effectuant un effort considérable, sujets exposés aux grands froids), l'alimentation doit être surabondante. Elle doit l'être également chez les femmes enceintes, chez celles qui allaitent leurs enfants, car elles ont à s'alimenter pour deux. Un certain nombre d'accoucheurs sont d'avis de ne pas pratiquer la suralimentation chez les femmes enceintes, personnellement je suis d'un avis opposé, à condition, bien entendu, que ni le foie, ni le rein ne présentent de tares que la tension artérielle ne soit pas élevée et que cette suralimentation ne dépasse pas les limites du bon sens.

On conseillera également le régime de suralimentation à toute une classe de malades ou de demi-malades : les sujets amaigris.

Une simple remarque de physiologie pathologique nous permettra de comprendre la perte que subit l'organisme en maigrissant. La perte de 1 kgr. de graisse correspondra à un chiffre de 9000 calories environ. Si c'est la masse musculaire qui a diminué de 1 kgr. cette perte est de 200 grammes de matières protéiques et de 800 calories.

Or, en pratique, la plupart des sujets ayant maigri ont subi un déficit portant à la fois sur les matières grasses et sur les protéiques ; donc en prenant le chiffre intermédiaire comme représentant la perte moyenne (5000 calories et 100 grammes de matières protéiques par kgr. perdu) on n'est pas très éloigné de la vérité.

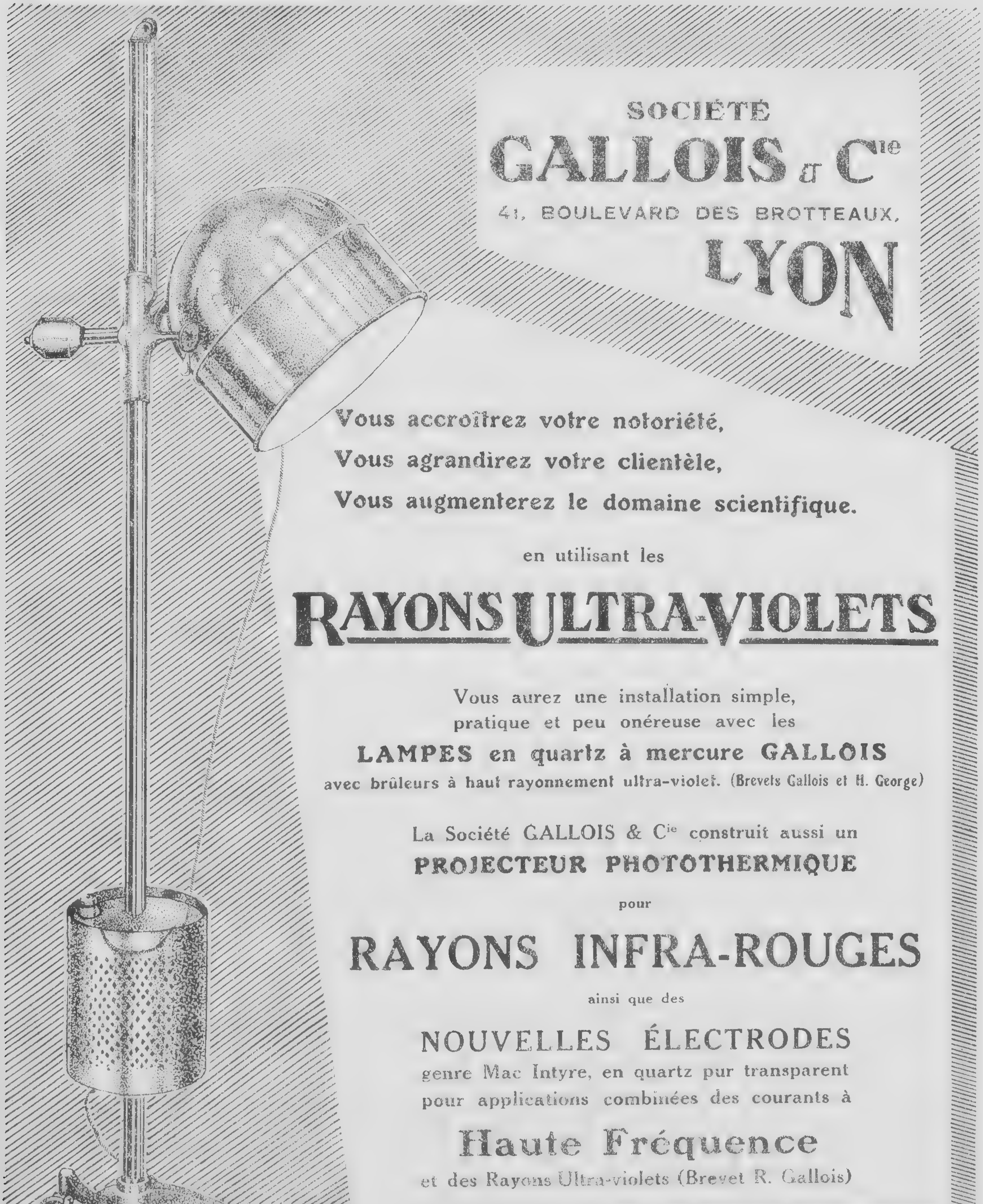
Cette perte ne peut être réparée que par une alimentation plus abondante pendant un certain temps. Or, quels sont les sujets qui ont maigri (3).

---

(1) Leçon faite au cours du professeur Loeper.

(2) Charles Richet fils. — Actualités physiologiques. (Baillière, éditeur, Paris 1928.

(3) Le Noir et Charles Richet fils. — L'amaigrissement et son traitement. (Baillière, éditeur.)


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété,
Vous agrandirez votre clientèle,
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple,
pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent
pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Cours et Conférences. Le N° : 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5 rue Palatine. Paris.

Sommaire du N° du 30 mars 1928 : A Puech : L'éloquence chrétienne au 10e siècle (III) : l'éloquence profane. — A. Jolivet : Les drames de Strindberg (V) Maitre Olof : les drames en vers. — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (VIII). — E. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (III) : A la recherche des techniques. — Camena d'Almeida : La constitution et le relief du sol en Russie. — E. Estève : Un grand poète de la vie moderme : Emile Verhaeren (V).

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle : Abt. : France, un an : 95 fr. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain. Paris.

Sommaire du N° de mars 1928 : L'architecture du béton armé : es romantiques, par M. Mayer : — Letiron, par A. Baster. — Fritz Maskos, par E. Kallai. — P. G. Claircin, par P. Chabonneix. — L'art des Peaux-Rouges, par M. Ciolkowska et E. Cabire. — A propos d'une exposition de portraits, par A. Roger-Max. — Les Indépendants de 1928, par E. Fosca. — Franscisco Durrio, par N. Bureau.

Chroniques : Les expositions. — R. Dufy à Bruxelles. — Nouvelles acquisition du Louvre. — Le mouvement des arts appliqués. — Bibliographie.

Service de jour, par Henri DROUIN. Un volume in 16 double-couronne : 12 fr. Bernard Grasset, éditeur 61, rue des Saints-Pères. — (Paris VIe)

L'auteur remplit depuis 10 ans les fonctions de médecin de dispensaire populaire à Bellevile. C'est là qu'il a connu, aimé, soigné et souvent aidé à mourir les tristes héros de *Service de jour.*

Par son caractère d'humanité profonde, par son style volontairement dépouillé, *Service de jour* s'apparente aux inoubliables récits de guerre de Georges Duhamel.

Comment consulter ? Deuxième édition, revue et complétée par Léon SCHEKTER 1 vol. in-8e de 176 pages : 15 francs.

Comment consulter ? apprend au malade à présenter au médecin un tableau complet, clair, méthodique et réfléchi des troubles ressentis.

Bien qu'il soit rédigé à l'intention du public, ce livre sera lu avec fruit par les étudiants et les jeunes praticiens.

Louis XVII. Faux dauphinomanes et romans évasionnistes, par Henri d'ALMERAS. 1volume, prix : 12 fr., édition Emile Paul, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

On a beaucoup écrit sur la question Louis XVII, mais, presque toujours, avec des idées préconçues et un parti-pris tendancieux. Le difficile, et en définitive l'important, était de contrôler sévèrement les textes et de discuter d'une manière serrée les témoignages. C'est ce qu'a essayé de faire M. Henri d'ALMERAS.

Il s'est placé au point de vue d'un simple curieux, qui, n'ayant pas sur cette question d'opinion arrêtée, cherche uniquement la vérité, et ne veut rien croire qui ne lui ait paru réellement démontré.

Et il est arrivé ainsi à cette conclusion que la thèse évasionniste, pour qui l'étudie de près, n'est pas soutenable. Qu'elle ait donné lieu à des romans, et même à de très bons romans, c'est assez naturel ; mais que l'histoire, une certaine histoire, l'ait admise, on ne parvient pas à le comprendre.

En tout cas, ce livre animé, ironique, souvent agressif, s'il risque de déplaire aux partisans de l'évasion, a chance d'intéresser ceux qui aiment, dans les études historiques, la documentation sûre et la présentation vivante.

Le langage populaire. *Grammaire, syntaxe et dictionnaire du français tel qu'on le parle dans le peuple de Paris avec tous les termes d'argot usuel.* Nouvelle édition, un volume in-8 : 18 fr. Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris), par Henri BAUCHE.

Dans cet ouvrage sont exposées les particularités modernes du français populaire. A la suite des règles de la *Grammaire* et de la *Syntaxe* populaires, un *Dictionnaire* donne les mots et locutions employés spécialement et habituellement par le peuple, avec leurs diverses significations. Ce dictionnaire se distingue des autres recueils de même nature en ce qu'il ne comprend que les termes qui sont d'usage courant et qu'il les contient tous.

Les philologues de tous les pays liront avec profit Le *langage populaire* qui fixe dans l'histoire de notre langue l'état actuel du français, car c'est en somme le peuple qui forme un idiome en ce qu'il a d'essentiellement naturel et national.

Cet ouvrage, nécessaire à quiconque s'intéresse aux études linguistiques, est indispensable aux étrangers, aux historiens, aux ethnologues qui veulent connaître à fond Paris et ses habitants, ainsi qu'aux romanciers et aux auteurs dramatiques qui dans leurs œuvres mettent en scène les gens du peuple. En un mot, ce livre d'un intérêt à la fois scientifique et littéraire constitue le premier manuel méthodique complet du *langage populaire* de Paris, si différent du français.

Il est des sujets qui mangent peu et s'habituent à peu manger ; sans causes pathologiques, ces sujets maigrissent ; cet amaigrissement est peu marqué au bout de quelques semaines. Mais un an ou deux de ce régime provoquent un amaigrissement qui peut être dangereux. Chez certains psychiques, cette inappétence est très marquée, c'est l'anorexie volontaire, les sujets n'ingèrent plus qu'une ration calorique de 1600, 1200, 1000 calories, parfois moins ; alors l'amaigrissement est rapide (1 kgr. ou plus par semaine).

Dans un autre groupe de faits on doit classer les sujets atteints d'une affection gastro-intestinale et qui ont maigri moins par le fait de leur affection que parce qu'ils étaient mis à un régime trop strict. Ce régime est d'autant plus aisément suivi par les malades qu'ils semblent se porter mieux en mangeant moins. Ils exagèrent donc ce régime de restriction et en font leur régime habituel.

Un troisième groupe de faits comprend les sujets maigrissant par suite d'une maladie infectieuse (associée ou non à un régime de restriction). Nous avons en vue surtout ici la tuberculose. Certes, il peut y avoir des tuberculeux qui engraissent, malgré que leur tuberculose évolue, mais ce sont des faits d'exception et pratiquement les tuberculeux perdent du poids, soit au cours de leur affection, soit tout à fait au début, dès l'apparition des premiers signes et aucun de vous n'ignore la fréquence avec laquelle le premier signe de la tuberculose est un amaigrissement non explicable par l'insuffisance alimentaire.

La valeur séméiologique de cet amaigrissement prémonitoire est considérable.

Il peut s'expliquer par l'exagération de la dépense calorique, plus forte chez les tuberculeux. Le tuberculeux doit donc avoir une alimentation plus forte que le sujet normal et si la suralimentation mal appliquée a à son passif un assez grand nombre de méfaits dans la tuberculose, elle a à son actif, quand elle est bien appliquée l'immense majorité des cas de guérison. Je ne connais pas de méthode thérapeutique plus néfaste que celle qui consiste à nourrir de façon insuffisante les tuberculeux.

Les convalescents de maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde en particulier) ont besoin d'une ration particulièrement abondante. En effet ils ont maigri de plusieurs kilos pendant les 3 à 6 semaines que dure leur affection. Il convient donc de leur donner une ration de réparation.

Nous ne parlerons pas ici de certains amaigrissements provoqués par le diabète ou un cancer, car le régime de suralimentation est conditionné par la maladie causale. Rappelez-vous toutefois que, sauf cas d'obésité, il n'est pas bon de laisser vos diabétiques maigrir ; chez eux, les régimes de restriction alimentaire ont infiniment plus d'inconvénients que d'avantages.

Enfin, à côté des sujets qui ont maigri et ont dû être suralimentés, il est des sujets non amaigris qui, normalement, ont besoin, eux aussi, d'être suralimentés. Nous ne croyons pas que l'attention des physiologistes ou des médecins ait été attirée sur ce point, mais nous avons observé de très près, un sujet ayant présenté certains troubles psychiques et qui ne se portait bien qu'à condition de prendre une ration alimentaire surabondante dépassant certainement, sans que nous ayons pu la mesurer, 4500 calories et 150 grammes de protéiques. Dès qu'on essayait de restreindre son alimentation, l'état psychique s'aggravait. Après guérison, le sujet s'alimenta normalement.

II

Comment réaliser cette suralimentation ? De nombreux procédés ont été indiqués.

D'abord la *cure de Weir-Mitchell* introduite en France par Déjerine et Gauckler et qui s'applique aux anorexiques volontaires. C'est essentiellement une cure lactée. Rappelez-vous que la valeur calorique du lait est de 650 calories par kgr., ou si on ajoute 50 grammes de sucre, de 850 calories ; 2 litres 1/2 de lait suffisent donc à alimenter un sujet au lit. Weir-Mitchell donne d'abord 3, puis 4 litres (certains auteurs vont jusqu'à 5 litres), puis on ajoute des œufs puis on diminue la quantité de lait en ajoutant d'autres aliments.

Le lait sera pris chaud, tiède ou froid, sucré, aromatisé ou non avec du caramel, du thé, du café. On le prendra par tasse de 250 grammes en ayant soin de boire lentement. Vous voyez d'emblée l'inconvénient de ce régime. Il force le malade à ingérer une tasse de lait chaque heure et fatalement il finit par prendre cet aliment en dégoût, des troubles digestifs, diarrhée ou constipation, surviennent. Cette cure est donc une cure d'exception.

Une autre méthode qui eut son heure de succès est la méthode de Buiswanger-Ewald.

Ces auteurs conseillent le régime mixte d'emblée réparti en nombreux repas, jusqu'à 7 dans le régime d'Ewald. Vous en voyez tout de suite les inconvénients.

Le malade mangeant toutes les deux heures n'a jamais faim. et c'est une triple hérésie physiologique, médicale et culinaire, que d'exiger un pareil effort : 7 repas par 24 heures ;! Aussi n'est-ce pas ce régime que je vous conseille. Il en est un plus simple et je crois, plus efficace. C'est le régime mixte au rythme de 3 repas par jour (4 chez l'enfant), mais des repas plus copieux.

Je déconseille chez l'adulte le goûter, car il coupe l'appétit.

D'abord le petit déjeuner, ce « grand méconnu ». Ne pas faire le petit déjeuner français, mais le breakfast anglais, c'est-à-dire ajouter à la tasse de thé ou de café au lait, une tranche de jambon ou 2 œufs et un morceau de pain, du fromage ou de la confiture.

Le déjeuner comprendra un plat de viande avec légumes, une entrée ou sortie (nourrissante), un fromage, un entremets, un fruit. Le dîner sera comparable, On pourra y ajouter une soupe.

Parmi les entremets je recommande le sabaglione très nourrissant et qui, s'il est servi très chaud est moins écœurant qu'on ne le dit.

C'est là, direz-vous, un régime normal. Pas tout à fait, car il convient ,à mon avis, d'adjoindre du beurre, du sucre, du fromage, de la crème fraîche à chaque plat qui en comporte l'usage. Rien que par ce procédé, on arrivera à faire ingérer facilement 1000 calories supplémentaires. D'autre part, on ne prendra que du pain excellent, car on en mange deux fois plus que s'il est mauvais.

Quelle boisson utiliser ? Le lait ? Mais le lait, à prescrire chez les enfants et les vieillards, me paraît n'être que rarement indiqué chez l'adulte (troubles digestifs possibles, inappétence pour le repas suivant) ; la bière a, dans les régimes de suralimentation, une solide réputation parfaitement justifiée d'ailleurs. Sa teneur en alcool et en sucre (ou en matières amylacées) la rend très calorigène. Le vin est indiqué dans le régime de suralimentation. Sa valeur calorique est de 700 par kgr. (supérieure à celle du lait,) et il est aisé de faire ingérer au malade 1/2 litre à 1 litre de vin par jour ; les doses supérieures sont à proscrire ; d'ailleurs pris à doses trop fortes, l'alcool sans être brûlé, s'élimine par les urines ou par le poumon.

Dans certains cas, on recommandera surtout la suralimentation azotée : les œufs, la viande sont donc indiqués. Si on fait une suralimentation par des matières grasses, on indiquera le beurre, l'huile, la crème fraîche ; les hydrates de carbone, sucre et amidon en grande quantité permettront de réaliser un autre type de suralimentation.

Si on se trouve en présence de psychiques qui ne veulent (ou ne peuvent) manger, c'est le régime de Weir-Mitchell que l'on appliquera en ne dépassant pas deux litres de lait, qu'on rendra plus nutritifs par l'adjonction de chocolat, d'œufs, de crème fraîche et de sucre.

Chez les tuberculeux on emploiera de préférence le régime hyperazoté avec matières grasses abondantes. A cet égard, on doit distinguer la suralimentation de la zomothérapie. Certes, au début de leurs recherches, le prof. Richet et Héricourt, prescrivant la viande crue aux tuberculeux faisaient de la suralimentation, mais lorsqu'ils conseillèrent de remplacer la viande crue par le jus de viande, il n'y eut plus suralimentation ; le jus de viande ne contient guère que 6 % de protéines et 1 % de graisses, c'est-à-dire a une valeur de

33 calories par 100 grammes (1). Chez les tuberculeux, la zomothérapie et la suralimentation sont l'une et l'autre indiquées, mais ce sont deux méthodes tout à fait différentes.

Dans certaines affections gastro-intestinales, le régime de suralimentation est, comme nous l'avons vu, indiqué. Il est souvent difficile à appliquer et nous ne pouvons qu'en donner les lignes générales. S'il s'agit d'un hyperchlorhydrique (ou d'un ancien ulcéreux) on fera la suralimentation avec du lait, de la crème ou des œufs. S'il s'agit d'un hypochlorhydrique ou d'un apeptique, il conviendra au contraire d'exciter l'activité du suc gastrique par des aliments relevés, de la viande, du pain, etc.

Doit-on suralimenter un entéritique avec fermentations exagérées, on diminuera les hydrates de carbone, mais on augmentera notablement les graisses et les protéines. Si les putréfactions sont intenses, on prescrira des hydrates de carbone. Si c'est un insuffisant hépatique, c'est avec les hydrate de carbone et la viande crue ou peu cuite qu'on le suralimentera.

Bref, suivant les conditions cliniques ,on saura varier les modes de suralimentation.

III

Une série de conditions adjuvantes permettent d'augmenter singulièrement la valeur thérapeutique du régime de suralimentation.

Il convient de *faciliter l'ingestion* des aliments, donc flatter le goût. « L'appétit c'est du suc », a dit Pawlow, résumant toute son œuvre par cette phrase ; donc sachons qu'un aliment sapide bien préparé est plus facile à digérer que le même aliment peu appétissant. On fait de la bonne cuisine avec du bon lait, du bon beurre, de bons œufs et de la bonne crème et la bonne cuisine est particulièrement indispensable chez les malades à suralimenter.

On activera la digestion par un verre d'eau de Vichy Grande Grille ou Célestins, pris 1 heure avant le repas ; par l'opothérapie digestive, etc.

On activera les combustions soit par les rayons U.V., sauf chez les tuberculeux pulmonaires, soit surtout par une cure d'*insuline*. Ce merveilleux médicament n'est pas seulement utile pour les diabétiques, en permettant l'utilisation du sucre, mais il rend encore des services importants dans tous les cas de dénutrition. Comme l'ont vu différents auteurs, en particulier Henri Labbé, il facilite la combustion des matières protéiques, peut-être même des graisses. Aussi dans l'athrepsie infantile (Nobécourt) comme dans l'amaigrissement des adultes, on fera une injection d'insuline par jour avant le principal repas, à doses faibles de 5 à 10 unités cliniques. On la continuera pendant 15 à 20 jours.

Le régime de suralimentation pourra être associé à une cure arsenicale (dont les effets sont éphémères, et qui peut provoquer de la diarrhée), à une cure strychnique, chez les déprimés, à une cure de valériane chez les excités (on supprimera, dans ce cas, le café et surtout le vin).

On pourra être amené à lui faire suivre des cures à Vichy ou même à Brides, qui activent les fonctions hépatiques. Mais la vraie thérapeutique adjuvante du régime de suralimentation, c'est la *clinothérapie* ; on mettra le malade au lit pendant deux, trois ou quatre semaines, puis on ne lui permettra de se lever que 3, 4 ou 5 heures par jour. Rappelons que, au lit, un sujet ne consomme que 2000 calories, alors que même en ne se livrant à aucun travail important, mais ne restant plus au lit, il voit sa ration d'équilibre s'élever à 2100. Simultanément, on augmentera donc les recettes et on diminuera les dépenses.

On voit toute l'importance de ces méthodes qui facilitent le régime de suralimentation. Une *excellente cuisine*, la *mise au lit* et *une cure d'insuline*. Voilà les plus importantes.

(1) Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la zomothérapie. Remarquons qu'elle est, avec le repos et la climatothérapie, la seule médication réellement utile dans la plupart des cas de tuberculose. Un certain nombre de médecins distingués lui dénient toute valeur ; nous nous demandons s'ils ont fait un essai suffisamment prolongé en ayant soin de traiter des malades tout venant au lieu de faire une sélection à rebours c'est-à-dire en ne prenant que des cas désespérés et en les mettant à des doses souvent insuffisantes de jus de viande.

IV

Les inconvénients des régimes de suralimentation sont nombreux. Ils ne doivent être ni négligés, ni exagérés. Ne parlons ni de la goutte, ni de la lithiase, ni de l'obésité qui surviennent chez les surnourris habituels, mais non chez les suralimentés occasionnels. Ne faisons que signaler les éruptions cutanées.

L'albuminurie est possible, d'où la nécessité de pratiquer fréquemment l'examen des urines.

Les deux écueils principaux sont l'*inappétence* et les *troubles digestifs*, qui empêchent la cure d'être bien conduite. Aussi de façon préventive doit-on lutter contre eux et la meilleure façon est de ne pratiquer qu'une suralimentation *discrète* et *prolongée*. Il n'y a pas d'avantages à faire engraisser le malade de 2 kgr. la première semaine s'il doit les reperdre la semaine suivante. Contentons-nous d'un gain relativement faible de 500 grammes par exemple par semaine, mais pendant suffisamment longtemps. A cet égard la cure de suralimentation doit être conduite à peu près comme une cure d'amaigrissement.

Je n'ai pu, dans cette leçon, vous indiquer que les grandes lignes des régimes de suralimentation. Il conviendra que vous sachiez appliquer ces principes avec la souplesse que toute diététique exige.

Le régime hypo-azoté,

Par le Dr PAISSEAU,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Le régime hypo-azoté se propose, comme tous les régimes de restriction, d'exclure de l'alimentation, du moins dans une mesure compatible avec les besoins physiologiques, les substances qui deviennent nuisibles au cours de certains états pathologiques.

Un résumé rapide du rôle physiologique de l'azote et de ce que l'on appelle l'équilibre azoté est nécessaire pour faire comprendre clairement les indications, dans certains cas, de la restriction de l'azote alimentaire.

L'azote est, avec le carbone, l'hydrogène, l'oxygène et le soufre un des éléments constituants de la molécule des albumines et des protéines des tissus organiques dont l'usure nécessite, pour leur entretien, un apport azoté continu qui est fourni par la chair des animaux et la substance des végétaux qui entrent dans l'alimentation.

La spécificité des albumines de chaque espèce animale et, dans chaque espèce, la spécificité des albumines de chaque organe ou chaque tissu explique que les albumines étrangères ou hétérogènes ne puissent être assimilées qu'après toute une série de dissociations successives réalisées par les ferments digestifs et tissulaires qui les réduisent finalement à l'état de molécules azotées propres à l'incorporation par les albumines et protéines organiques.

A ce processus d'assimilation s'oppose un processus inverse de désintégrations successives que les albumines organiques subissent du fait de l'usure vitale et qui les amènent à l'état de déchets excrémentitiels, mais il existe encore un autre processus de désassimilation azotée qui porte sur les albumines alimentaires non assimilées qui ont servi aux besoins caloriques de l'organisme.

L'aboutissant de ces déchets excrémentitiels est l'urée qui est la forme sous laquelle ils sont éliminés par le rein. Mais l'urée est accompagnée par une petite proportion d'autres produits de désintégration, purines et corps puriques provenant également des albumines tissulaires et des albumines alimentaires non utilisées.

Une des causes les plus connues de la rupture de cet état d'équilibre azoté est le trouble de la perméabilité rénale qui caractérise les néphrites et engendre par défaut

d'élimination les états de rétention azotée auxquels s'efforce de remédier le régime hypo-azoté.

Le foie joue cependant un rôle non négligeable dans la transformation des protéines alimentaires, sa fonction protéopexique a pour but d'arrêter les substances albuminoïdes dont la pénétration directe dans l'organisme serait nocive pour l'économie. L'insuffisance protéopexique du foie est également une indication à la réduction de la ration azotée.

Toutefois, la quantité des albumines alimentaires n'est pas la seule notion à envisager, la distinction entre les albumines animales et les albumines végétales est, au point de vue des régimes, d'importance capitale.

Les protéines des noyaux cellulaires des albumines animales sont l'origine principale des purines et corps puriques, bases puriques xanthine, hypo-xanthine, guanine qui sont tout d'abord, en elles-mêmes, beaucoup plus toxiques que l'urée qu'elles accompagnent dans sa rétention, elles donnent en outre naissance à l'acide urique.

Aussi les viandes riches en nucléo-protéines telles que le foie, les cervelles, le ris de veau, les rognons sont ils aussi bien à supprimer de l'alimentation des goutteux que de celle des sujets atteints de néphrite chronique.

Toutes les viandes d'ailleurs ont ce grave inconvénient d'être le siège de putréfactions rapides qui sont même recherchées dans une certaine mesure au point de vue culinaire mais ont pour résultat l'introduction de ptomaïnes particulièrement redoutables dans toutes les intoxications.

Si l'on ajoute à ces inconvénients les putréfactions intestinales qui se produisent aux dépens des albumines animales chez un certain nombre de sujets atteints de certaines variétés d'entérite on comprend la préférence qui doit être accordée aux albumines végétales dans tous les régimes de restriction azotée.

En résumé, les principales indications du régime hypo-azoté concernent les néphrites chroniques, la goutte, les insuffisances hépatiques et certaines variétés d'entérites.

Les néphrites chroniques représentant l'indication de beaucoup la plus habituelle des régimes hypo-azotés, c'est le régime hypo azoté des néphrites qui mérite d'être principalement étudié.

Le rein malade ne pouvant plus suffire à sa tâche physiologique, qui est l'élimination des produits toxiques ou nuisibles introduits ou formés dans l'organisme, l'idée générale qui a présidé à l'institution du régime des brightiques fut de soumettre ces malades à une alimentation susceptible de réduire au minimum les déchets alimentaires toxiques.

Le meilleur moyen d'obtenir ces résultats était tout d'abord de supprimer ou de diminuer les principes dont dérivent ces déchets toxiques et, en même temps, de favoriser leur élimination grâce aux propriétés diurétiques de quelques-uns des éléments du régime.

On s'était tout d'abord efforcé de faire diminuer l'albuminurie par le régime comme on obtient la diminution du sucre chez les diabétiques par la suppression des hydrates de carbone alimentaires. De l'époque où l'albumine urinaire semblait un miroir exact des lésions rénales date la vogue du régime lacté qui est effectivement resté le moyen le plus efficace de faire baisser l'albuminurie. Ses propriétés parurent à peine moins précieuses quand la notion de l'imperméabilité rénale fit apparaître la nécessité d assurer à ces malades une alimentation aussi peu toxique que possible : le lait, théoriquement aliment complet, tenant en dissolution un sucre, le lactose, des albuminoïdes en état de demi-solution, des corps gras émulsionnés, des sels, paraissait susceptible de fournir une alimentation exclusive, non toxique et sous une forme particulièrement assimilable.

Toutefois, les remarquables résultats obtenus avec le régime lacté chez les albuminuriques ne pouvaient dissimuler les inconvénients qui résultaient de son usage prolongé.

Au bout de quelques mois de ce régime, on voyait fréquemment les malades s'acheminer vers un état de langueur progressive, de paresse, puis de débilité intellectuelle avec déclin des forces, anémie, amaigrissement, le plus souvent à l'occasion de troubles gastro-intestinaux aboutissant à un véritable état d'intolérance lactée.

Les chimistes ne tardaient pas à découvrir, à leur tour, que le lait offre bien une ration alimentaire complète mais sous un volume si considérable et si mal équilibrée que cette alimentation, à peine suffisante pour un sujet au repos, apparaît, en tant que ration de travail comme un véritable régime d'inanition.

Cependant l'élargissement de ce régime, lorsqu'il devenait nécessaire de modifier par un régime mitigé lacto-végétarien une alimentation lactée qui ne pouvait plus être tolérée, était très souvent suivi de troubles divers parmi lesquels les œdèmes jouaient un rôle principal. C'est la notion du rôle des chlorures dans la pathogénie des œdèmes, introduite par MM. Achard, Loeper et leurs collaborateurs qui a permis à MM. Widal, Lemierre et leurs élèves, de proposer le régime déchloruré grâce auquel il devint possible d'introduire dans le régime des albuminuriques des aliments propres à maintenir leurs forces et qui n'étaient mal tolérés qu'en raison des chlorures qui leur étaient associés.

Ces auteurs ont obtenu par la chloruration des effets beaucoup plus actifs que l'on aurait pu le supposer et vu, sous son influence, se produire de la polyurie, des débâcles chlorurées et la résorption des œdèmes en même temps que s'amélioraient nombre de troubles fonctionnels.

Cependant on devait se demander si, pour obtenir la déchloruration de l'organisme, il était indifférent d'user de n'importe quelle catégorie d'aliments, en ne considérant que leur teneur en sel. Un des grands avantages de ce régime est bien de faire tolérer aux malades une alimentation plus substantielle, grâce à l'introduction d'albumines végétales et même animales, mais s'il en est ainsi dans certains cas et certaines conditions, il serait excessif de n'envisager que la chloruration du régime, la rétention des chlorures n'est pas, il s'en faut, l'unique facteur des troubles morbides occasionnés par les néphrites. Nous avons, avec M. Achard, insisté sur l'importance et les conséquences de la rétention de l'urée considérée en elle même et comme le témoin d'autres rétentions azotées plus nuisibles encore, et nous avons montré les résulsats qu'on pouvait obtenir de la diète d'azote : elle peut déterminer des débâcles d'urée comparables aux débâcles de sel que détermine le régime sans sel. C'est à ces indications que correspond le régime azoté ou glyco-amylacé.

L'étude des néphrites a d'ailleurs montré que la rétention des divers produits n'étaient pas nécessairement associée chez les mêmes malades et cette notion a conduit à substituer à la vieille classification anatomo-pathologique des néphrites une classification encore classique, basée sur des notions physiologiques et qui distingue des néphrites albumineuses, hydropigènes ou chlorurémiques, urémigènes ou azotémiques et hypertensives.

On peut donc admettre, dans une certaine mesure, une adaptation des régimes aux diverses variétés de néphrites qui sont justiciables du régime lacté pour les albuminuries, du régime déchloruré pour les néphrites hydropigènes, du régime hypo-azoté pour les urémigènes.

En réalité, cette notion est toute relative, ces rétentions sont généralement plus prédominantes qu'exclusives et de même qu'il y a très souvent rétention associée des chlorures et de l'urée, de même le régime déchloruré doit comporter une restriction des aliments albumineux, de même il convient presque toujours de limiter l'emploi des chlorures dans le régime hypo-azoté.

L'établissement du régime hypo-azoté doit obéir à une nécessité physiologique et primordiale qui est de fournir à l'organisme une quantité d'azote minima, suffisante pour subvenir aux besoins azotés de l'organisme. Si,

en effet, il est possible de supprimer presque complètement de l'alimentation des substances telles que le chlorure de sodium dont l'organisme retient la quantité nécessaire à ses besoins, telles encore que les hydrates de carbone dont les albumines ou les graisses peuvent lui fournir l'équivalent, aucune autre substance alimentaire ne peut remplacer les aliments azotés avec lesquels il édifie et entretient sa propre substance. dont une partie est constamment détruite par l'usure des tissus. Expérimentalement, un animal nourri exclusivement avec des sucres et des graisses meurt presque aussi rapidement qu'un animal complètement privé de nourriture.

Si la ration habituelle azotée est généralement fixée à 250 gr. d'albumine par jour pour un adulte de poids moyen, le taux de la ration minima est beaucoup plus discuté, les chiffres varient selon les auteurs entre 118 gr. par jour et 20 grammes seulement. On peut admettre pratiquement que pour assurer une alimentation azotée suffisante pour un régime durable chez un adulte il convient de lui assurer une ration quotidienne de 80 à 90 gram d'albumine.

Le surplus de la ration alimentaire doit pourvoir aux exigences caloriques du sujet, il doit être fixé entre 2.000 et 2.500 calories selon qu'il s'agit d'un organisme au repos ou d'un homme en activité modérée.

Le régime hypoazoté est essentiellement constitué de sucres, de graisses et d'aliments amylacés, plus la quantité minima indispensable de substances albuminoïdes empruntées de préférence aux albumines végétales. On obtient avec du pain, des pommes de terre, du riz, du beurre, des fromages blancs, du sucre, une ration alimentaire suffisamment complète et suffisamment pauvre en albumine pour répondre à la fois aux exigences de la diète d'azote et des besoins de l'organisme.

Pour établir pratiquement ce régime avec la proportion des diverses variétés d'aliments qui peuvent entrer dans sa composition il convient de se rapporter à une table d'équivalence des aliments usuels et de faire le calcul de la richesse en albumine et en calories de ces aliments. Toutefois un certain nombre de notions générales, assez faciles à retenir, peuvent permettre d'établir un régime avec une approximation très suffisante. En pratique, on pourra ainsi retenir que :

Les viandes contiennent 15 à 20 % d'albumine ;
Les légumineuses (pois, haricots, lentilles) 20 à 25 % ;
Les céréales 10 à 14 % ;
Le pain 8 % ;
Le riz 5 % ;
Le lait 3 à 5 % ;
Les pommes de terre 2 % ;
Les fruits 1 %.

Pour les graisses et les hydrates de carbone on fera seulement intervenir leur valeur calorique, on se rappellera que :

Un gramme d'albumine égale 4,2 calories.
Un gramme de graisse égale 9,5 calories.
Un gramme d'hydrate de carbone égale 4.7 calories.

En ce qui concerne l'équilibre respectif des diverses catégories d'aliments, un régime physiologique doit comporter 200 grammes d'albumine, 400 grammes d'hydrates de carbone, 60 grammes de graisses. Dans un régime hypoazoté la quantité d'albumine supprimée doit être remplacée par un nombre équivalent de calories proportionnellement réparties entre les hydrates de carbone et les graisses.

On voit que pour composer un régime alimentaire restreint en substances albuminoïdes on peut recourir à un nombre assez considérable d'aliments : le pain, qui devra le plus souvent être employé déchloruré et par quantités limitées (200 gr. par jour), on pourra le remplacer en partie par des biscottes et des biscuits sucrés.

La pomme de terre est un des aliments essentiels du régime en raison de sa pauvreté en azote ; elle offre en outre de grandes ressources par la variété des préparations culinaires auxquelles elle se prête. Les marrons et les châtaignes pourront la remplacer de temps à autre.

Le riz est aussi un aliment de première utilité, bien que relativement pauvre en albumine il est sensiblement plus nourrissant que le pain et près de 4 fois plus que la pomme de terre.

L'arrow root et le sagou pourront servir à la préparation de bouillies. Les légumineuses n'entrent dans ce régime que lorsque l'on veut y introduire de l'albumine sous une forme moins toxique que les albumines animales.

Mais on pourra recourir largement aux légumes herbacés, de préférence aux carottes, navets, endives, poireaux, céleris, artichauts, laitues, chicorées, etc.

Les fruits bien mûrs, crus ou cuits, en compotes, confitures, le beurre, le sucre doivent entrer pour une très large part dans la constitution du régime.

Il est ainsi possible d'établir des régimes plus ou moins fortement réduits en azote selon le stade, la gravité, l'importance de l'azotémie des néphrites.

On peut ainsi obtenir des rations très réduites en albumine et pourtant assez riches en calories. Par exemple la ration suivante renferme seulement 25 grammes d'albumine et représente près de 1.800 calories.

Pain déchloruré	200 gr.
Pommes de terre	300 gr.
Riz	100 gr.
Sucre	100 gr.
Beurre	25 gr.

C'est un régime strict et réduit de ce genre que l'on peut améliorer selon l'intensité de la rétention et la durée de son administration.

On peut y adjoindre des aliments empruntés surtout à la catégorie des légumes herbacés.

La variété des recettes culinaires auxquelles peut se prêter la cuisine végétarienne, les ressources que l'on peut tirer des assaisonnements utilisés dans le régime déchloruré (oignons, citron, ail, échalotte etc.) permettent de varier suffisamment l'alimentation de ces malades et d'éviter le dégoût que peut entraîner une alimentation trop uniforme et nécessairement fade.

Voici un exemple d'alimentation pour un malade à la diète azotée que nous avons établi avec M. Achard :

Repas du matin : Thé léger, biscotte.

Déjeuner : Plat de légumes assaisonnés à l'huile et au citron ;

Plat de légumes en purée : pommes de terre, marrons, navets ;

Plat de légumes au sucre et au beurre : carottes ;

Une compote de fruits ;

Pain déchloruré 100 gr.

Dîner : Potage, bouillie à l'eau à la farine d'arrow root ou de sagou ou panade à l'eau sucrée ;

Pâtes alimentaires, nouilles, macaronis au beurre ;

Riz aux pruneaux ;

Confiture ou gâteau de semoule ;

Pain déchloruré 100 gr.

Comme boisson, eau pure ou lactosée à 30 %.

Lorsque l'état du malade permettra de revenir à un régime moins rigoureux on modifiera la proportion des aliments albumineux et on peut recourir aux albumines végétales (légumineuses, lentilles, pois, haricots) au lait et même aux œufs. S'il s'agit de revenir progressivement à une alimentation normale on introduira prudemment des aliments carnés.

Pour se guider dans les modifications du régime on pourrra recourir à l'étude des éliminations urinaires mais surtout au dosage de l'urée sanguine et même se borner à mesurer le volume des urines et à étudier les modifications de l'état général.

Si l'on voit la dyspnée reparaître, le taux des urines baisser et retomber au-dessous de la normale on reviendra aussitôt à un régime plus sévère.

Le régime hypoazoté est le plus souvent associé à une

déchloruration plus ou moins stricte. Lorsque le sel peut être introduit dans ce régime il convient généralement de mesurer la quantité autorisée, le meilleur procédé consiste à préparer les aliments sans sel, à exclure tous les aliments qu'il est de règle de ne pas autoriser dans le régime déchloruré et à attribuer quotidiennement au malade une dose de sel pesée, selon sa tolérance, dont il usera à son gré pour saler ses aliments (4 à 5 gr. de sel par jour en général).

Les indications précises de la diète d'azote sont tirées du dosage de l'urée sanguine mais, dans la pratique il convient de se rappeler que le régime glyco-amylacé est un régime de précaution pour les malades qui sortent d'une poussée de congestion rénale ou chez lesquels l'état général et l'état du tube digestif ne permettent pas une alimentation trop substantielle.

On doit encore se rappeler que les malades œdématiés retiennent surtout les chlorures et sont justiciables d'un régime avant tout déchloruré tandis que azotémiques doivent être mis à la diète d'azote pendant les périodes troublées de leur néphrite, on surveillera toujours chez eux la ration albumineuse pendant les périodes de compensation. Le régime hypoazoté est essentiellement, en effet, un régime peu toxique qui convient surtout aux sujets dont la perméabilité rénale est compromise. Il possède, en outre, grâce aux sucres qui entrent dans sa composition, des propriétés diurétiques particulières qui le rendront, sous ce rapport, très préférable aux régimes simplement déchlorurés.

Le régime des boissons doit naturellement être également surveillé, l'eau est la boisson de choix, eau ordinaire ou minérale légère, telle que l'eau d'Evian, la quantité des boissons sera modérée surtout s'il y a tendance à l'hypertension ou aux troubles cardiaques.

Quels que soient les bons effets du régime, il sera associé aux autres médications habituelles des néphrites chroniques qui varieront selon la période et la gravité de l'imperméabilité rénale : les diurétiques, les purgatifs, les révulsifs, les toni-cardiaques seront administrés selon leurs indications habituelles, sans préjuger des médications susceptibles d'exercer une influence sur les lésions rénales elles-mêmes et qui varient selon l'étiologie des accidents.

La goutte est une des maladies ou les albumines alimentaires doivent être particulièrement réglementées. L'acide urique se forme surtout aux dépens des nucléoprotéines et à ce titre, les viscères, foie, cervelles, rognons, riz de veau sont à exclure de l'alimentation des goutteux, mais il est probable que chez ces sujets l'acide urique peut même se former aux dépens des matières albuminoïdes, surtout d'origine animale, aussi la ration d'albumine animale doit autant que possible se rapprocher de la ration minima et tendre vers une alimentation végétarienne ; la frugalité sera recommandée à ces gros mangeurs habituels.

Dans les maladies du foie il s'agit également d'une réduction de l'alimentation carnée plutôt que d'une alimentation hypoazotée proprement dite, le régime lacté au début ou dans les cas graves, plus tard un régime lacto-végétarien remplissant les indications générales sans qu'il soit nécessaire de limiter rigoureusement la quantité des albumines ingérées lorsqu'il s'agit d'albumines végétales.

Il en est de même dans les variétés d'entérites, qui ne sont pas les formes les plus communes d'ailleurs, qui s'accompagnent de putréfaction des viandes où il s'agit surtout de supprimer temporairement l'alimentation carnée.

Le régime hypoazoté proprement dit reste donc essentiellement le régime des malades atteints de néphrite chronique, il doit être considéré comme le régime de choix de ces sujets, se substituer au régime lacté réservé aux périodes troublées et s'associer à la cure de déchloruration dans des conditions qui dépendent pour chaque cas de l'état de rétention chlorurée ou azotée révélé par divers procédés d'exploration physiologique des reins et par l'examen clinique.

VARIÉTÉS

Souvenir des années d'apprentissage (1)

Un début insolite d'études médicales

Au temps où j'avais le plaisir d'être entouré de jeunes stagiaires, je demandais souvent aux nouveaux pour quelles raisons ils avaient choisi la profession médicale.

Beaucoup, fils ou proches parents de médecins, avaient été naturellement orientés par leur milieu.

Quelques-uns étaient attirés par le goût des sciences naturelles, auxquelles s'apparente la médecine.

Sur d'autres avait agi la mode, l'engouement social qui a suivi le retentissement des découvertes de Pasteur et des progrès merveilleux de la chirurgie.

J'en ai rencontré qui, venus de province, avaient voulu surtout être étudiants à Paris et qui s'étaient décidés plutôt pour la médecine que pour le droit parce que l'auréole du carabin passait pour être plus brillante aux yeux du beau sexe que celle du clerc de notaire ou d'avoué.

Quelques-uns ont pu voir au bout de la carrière médicale un mandat législatif, un portefeuille ministériel ; j'ai eu un élève qui m'a dit franchement ne rechercher le diplôme que parceque son arrondissement, depuis longtemps représenté par un médecin, l'était alors par son oncle, à la succession duquel il aspirait — et qu'il a obtenue.

Certains, éblouis par les gros gains attribués à quelques médecins et surtout aux chirurgiens, pensaient devoir s'enrichir de même, ou tout au moins faire de riches mariages.

J'en ai rencontré peu qui m'aient déclaré avoir été poussés par la vocation véritable, c'est-à-dire le désir d'étudier les maladies pour se vouer à soulager les malades, sans arrière-pensée.

Enfin c'est parfois un pur hasard qui décide. Le médecin belge Th. Hauben (2) était sur le point d'entrer au séminaire, quand un ami, étudiant en médecine, l'arrête, l'entraîne à la brasserie, lui crie : « A bas la Calotte ! », lui propose de l'accompagner à l'Université et l'y fait inscrire. Je l'ai connu dans sa vieillesse ; il était devenu un fanatique de sa profession et l'avait exercée avec maitrise.

Mon cas personnel ne s'apparente à aucun des précédents. Bien que né en janvier (1854 — comme c'est lointain !), — sous le signe pluvieux du Verseau, j'ai dû subir au point de vue de mon horoscope la brulante influence de Mars puisque c'est la guerre qui a décidé de ma profession. Ma vie hospitalière et médicale a été encadrée entre deux guerres, auxquelles j'ai pris médicalement part. Sans celle de 1870-71 je n'aurais certainement pas exercé la médecine, et sans 1914 je l'exercerais peut-être encore. Comme Hauben avait failli être séminariste, j'ai failli être professeur de lettres ; comme Hauben, j'ai aimé avec passion la profession médicale, où le hasard m'avait jeté. Il y a des vocations qui ne se révèlent qu'à l'usage et quelquefois l'habit peut faire le moine.

---

(1) Pour éviter la monotonie je crois devoir suspendre pendant quelque temps mes souvenirs professionnels ; remontant à plus d'un demi-siècle, j'évoquerai le début de mes études et le Quartier Latin de 1872-80. Peut-être la Jeunesse s'intéressera-t-elle à ce lointain passé, quitte à s'égayer aux dépens des anciens.

(2) Edmond PICARD. — *Théodore Hauben, médecin.* Une vie belge au XIXe siècle. Bruxelles, 1909.

Un bachot mouvementé — Jansénisme et homœopathie

Ayant terminé dans ma 17e année ma Rhétorique au lycée Louis-le-Grand en juillet 1870, je subissais l'épreuve orale du baccalauréat ès lettres le 6 août, le jour où fut livrée la bataille de Reichoffen. Je suais à établir d'ingénieux rapprochements entre l'Epitre aux Pisons d'Horace et l'Art Poétique de notre Despréaux, sous le regard bienveillant du professeur Lenient, qui prononçait poète « pouate », quand soudain fit irruption dans la salle d'examen le chef des huissiers de la Sorbonne, connu sous le nom du « Père Soleil », probablement à cause de sa physionomie rougeoyante.

Il parle avec une animation insolite à l'oreille du Président du jury, qui s'anime à son tour, entame des colloques avec ses collègues et tout d'un coup interrompt l'examen par ces paroles : « Messieurs, on annonce une victoire de l'armée française ! » Hourrahs, rumeurs. La séance est levée et, je crois, tous les candidats reçus.

Quelques heures plus tard, Paris apprenait que la prétendue victoire, annoncée pour réaliser un coup de Bourse, était une grave défaite, glorieuse sans doute, puisque la brigade de cuirassiers du général Margueritte avait acquis une gloire immortelle par ses charges réitérées à travers les houblonnières.

C'était le prélude de tant d'autres désastres ; mais l'opinion publique ne s'émut pas beaucoup encore : chacun continua ses affaires ou ses projets. Les miens étaient de faire, à la rentrée des classes, une deuxième année de rhétorique et de concourir pour l'Ecole Normale supérieure (Lettres), avec chances de succès, me disait-on d'après l'ensemble de mes études.

En attendant, j'allai passer une partie de mes vacances dans la famille d'un de mes condisciples, Victor N. dont le père, ancien chirurgien de la marine, était devenu industriel dans les Deux-Sèvres. J'étais accueilli par un trio délicieusement hospitalier, et peu banal. Mon condisciple, charmant garçon, d'une santé médiocre, mais bien doué intellectuellement, enthousiaste de la musique, qu'il étudiait avec Massenet comme professeur, dessinant avec goût, passionné pour les écrivains du XVIIe siècle et aussi amoureux de Mme de Sévigné que Victor Cousin des nobles Héroïnes de la Fronde, était l'orgueil de ses parents, dont il partageait l'ardeur religieuse, quoique non orthodoxe.

Sa mère, petite femme, mince et pâle comme la mère de Philippe de Champagne, d'allure monastique, était d'une famille janséniste de stricte observance. Adorée de son mari, un bon colosse sexagénaire, elle l'avait converti à ses opinions.

La conversation roulait aussi souvent sur l'Evêque Jansénius, l'abbé de St-Cyran, les Arnaud, la Mère Angélique et toute l'histoire de Port-Royal que sur les événements de la guerre de plus en plus angoissants.

Le Dr N. avait des opinions assez particulières aussi en politique. Tout jeune chirurgien à bord du navire de l'Etat sur lequel le prince Louis-Napoléon, après l'attentat de Strasbourg, avait été déporté aux Etats Unis par décision du gouvernement de Louis-Philippe, il avait été séduit par l'affabilité, la simplicité et la culture du futur Empereur et en était devenu fanatique. Par contre, sa femme et lui, religieux et de vertu rigoriste, avaient été scandalisés par la *Fête impériale*, dont ils rendaient seule responsable la coquette et superstitieuse Espagnole inféodée au catholicisme ultramontain. Aussi les désastres actuels de l'armée française et la chute de l'Empire leur parurent-ils le châtiment céleste mérité par les mauvaises mœurs du régime.

Après la Révolution du 4 septembre et en face de l'invasion rapide de la France le patriotisme éclatait chez les hommes de tout âge et de toute opinion. Mon ami et moi, nous réclamions la permission de nous engager pour la durée de la guerre ; mais nos parents, considérant notre jeunesse et notre médiocre développement physique, refusèrent leur consentement.

Alors le Dr N., dont l'usine était fermée par suite de la stagnation des affaires et du départ de beaucoup d'ouvriers aux armées, adressa au gouvernement de Tours une demande pour être chargé de la direction d'une ambulance, nous promettant qu'il nous y attacherait comme infirmiers. Mais il fallait nous initier rapidement aux éléments de la médecine et de la petite chirurgie pour nous permettre d'être utiles et de comprendre quelque chose à ce que nous verrions.

Mon hôte entreprit de nous exposer simultanément les éléments de l'anatomie avec un squelette et les belles planches coloriées de l'Atlas de Bonamy, Broca et Beau, ceux des pansements en nous apprenant à faire des bandages. Sous ses yeux nous taillions et roulions des bandes de toile, les appliquions suivant les régions en faisant des renversés corrects ; nous nous servions tour à tour de mannequins et nous sûmes bientôt exécuter convenablement spicas, huit de chiffre, chevestre et capeline, préparer des appareils à fractures. Heureux de retrouver ses souvenirs chirurgicaux, le Dr N. nous expliquait les phases de la cicatrisation des plaies, pendant que Mme N. faisait fébrilement des monceaux de charpie. Durant les périodes de repos elle nous lisait avec onction quelques pages de St-Augustin, des Essais de morale et d'instruction théologique de Pierre Nicole, des Provinciales de Pascal ou de l'Imitation de Jésus-Christ.

Le Dr N. nous exhibait ses vieilles boîtes d'instruments et ses trousses, nous apprenant les noms et l'usage des différents couteaux et bistouris, scies, pinces, daviers et de la clef de Garengeot ; nous frissonnions un peu, mon ami et moi, mais nous souhaitions voir le plus tôt possible fonctionner cet arsenal.

Notre initiateur pensa aussi que quelques notions de médecine générale et de thérapeutique ne nous seraient pas inutiles. Mais c'était un adepte convaincu de l'Homœopathie. J'entendis pour la première fois parler de Hahneman, de sa romanesque biographie, de ses théories. Je connus les dilutions, les doses infinitésimales et les globules.

N'ayant jamais entendu le mot *allopathie*, je ne fus pas choqué par le *similia similibus*.

Ayant eu une amygdalite aiguë fébrile, je fus traité homœopathiquement et je fus guéri en quelques jours. Comment révoquer en doute l'efficacité de la méthode ?

Cependant le temps s'écoulait et la commission de chef d'ambulance n'était pas encore arrivée au Dr N. si bien qu'un beau jour il nous fit la proposition de nous conduire à l'Hôpital maritime de Rochefort-sur-Mer, où se trouvait une Ecole de Médecine Navale, dont les cours allaient s'ouvrir et où il avait des amis. Nous y commencerions à pouvoir appliquer et augmenter les notions élémentaires qu'il nous avait enseignées et nous viendrions le rejoindre quand il serait pourvu d'une ambulance. Enchantés, mon ami et moi et, après consentement de mes parents, nous arrivions en octobre à Rochefort et, présentés par le Dr N. au Médecin Principal, Directeur, et à plusieurs des professeurs, nous étions inscrits comme élèves à l'Ecole de médecine.

(*A suivre.*)

Paul Le Gendre.

BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL

La maladie et la mort dans le corps médical

L'égalité devant la mort est une maxime que l'on ne peut admettre sans réserves. En relation avec toute une série de facteurs, dont la puissance varie, les uns, prétendus heureux, dépassent la durée moyenne de l'existence, alors que d'autres, point toujours à plaindre voient la leur diminuée. Le taux exagéré de morbidité et de mortalité s'observe particulièrement dans certaines professions qui exposent plus ou moins aux dangers, sans offrir les moyens de défense appropriés. Ainsi peut-on constater, d'une manière trop fréquente, une maladie professionnelle, qui suit victorieusement son cours et se termine, après un long et douloureux calvaire, par la mort prématurée.

Les chiffres, permettant de se rendre compte de la situation spéciale du corps médical, ne sont pas assez complets, ni assez détaillés, pour qu'on puisse en déduire une donnée exacte et inattaquable. Cependant, une documentation récente instructive, réunie par le Bureau International du Travail, dans les fascicules consacrés à l'hygiène du travail, sous le titre : « Pathologie des médecins et des professions alliées », met à même de se faire une idée approximative des ravages qu'exercent, dans les milieux médicaux, le surmenage, les infections, et bien d'autres éléments de morbidité, évitables ou non.

L'expérience de l'année 1926, pour un grand nombre de Compagnies d'assurances américaines (vie et accidents) accuse un niveau de pertes relativement élevé en ce qui concerne les médecins. Puisque les assurés ont droit à prestations pour incapacité de travail, il est aisé de procéder à une analyse comparative. De cette manière, on apprend que l'incapacité dite « totale » des médecins et chirurgiens est de 36 p. 100 plus élevée que pour toutes autres professions réunies ; de 88 p. 100 plus élevée que pour les hommes de loi, et de 25 p. 100 plus élevée que pour les fonctionnaires municipaux. De même, l'incapacité dite « partielle » montre, pour le corps médical, un excès de 28 p. 100 sur toutes les autres professions, de 42 p. 100 sur les hommes de loi, et de 8 p. 100 sur les fonctionnaires municipaux.

Si l'on consulte, également aux Etats-Unis d'Amérique, les statistiques de mortalité, on y trouve confirmation du sentiment pessimiste qui se dégage des chiffres empruntés aux compagnies d'assurances. Pour ce qui a trait aux causes de décès, il faut dire que les maladies de l'appareil circulatoire sont à considérer comme les plus mortelles. Parmi les médecins, l'excès de mortalité dû aux maladies de cœur, ainsi qu'aux pneumonies, ne fait aucun doute. Par contre, on remarque que les chiffres sont relativement bas pour le cancer, la néphrite et la tuberculose pulmonaire.

En Angleterre, les maladies de l'appareil circulatoire sont, comme aux Etats-Unis, en tête de liste, avec 13 %. Les maladies de l'appareil respiratoire accusent la proportion de 12,5 p. 100, tandis que la tuberculose s'inscrit avec 10,5. En Allemagne, la tuberculose frappe particulièrement l'attention, surtout en ce qui concerne les jeunes médecins.

Fait intéressant à noter : il y a plusieurs années, le suicide a causé à peu près autant de décès parmi les médecins, que la tuberculose pulmonaire, et plus que les maladies les plus importantes, telles que la fièvre typhoïde, le diabète et l'appendicite. Toutefois, sa position relative comme cause de décès est, aux Etats-Unis, plus basse que dans les professions libérales ou pour tous les hommes occupés. Seul, le groupe d'âge de 25 à 34 ans accuse, chez les médecins, un taux relativement élevé pour les décès par suicide, ce que l'on attribue au découragement, consécutif aux difficultés des premières années de pratique. En Angleterre et dans les pays de Galles, le taux de décès par suicide, chez les médecins, est de 33 pour la population standard en comparaison avec 19 pour tous les hommes occupés ou à la retraite.

Après le suicide, mentionnons les autres accidents mortels, mais non voulus, ni recherchés. Les décès par accidents, particulièrement par accidents d'automobile, constituent, aux Etats-Unis, un groupe très important dans la mortalité des médecins, le cinquième en rang, si l'on exclut la catégorie assez indéterminée, de « sénilité ». Toutefois, le taux des accidents est bas si on le compare à celui de tous les hommes occupés. Sur 126 décès par accidents et homicides, 59 étaient dus aux accidents d'automobiles, les autres aux accidents de chemins de fer, noyades, armes à feu, chutes, aéroplanes, asphyxies, poisons, tremblements de terre, chevaux, électrocution, atttentats de fous ou de bandits. De temps à autre, les médecins, les infirmières et les gardiens sont victimes des attaques de malades qui peuvent être mortelles : attaques volontaires (surtout des simulateurs) ; involontaires (dans le sommeil ou le délire), par les fous, etc.

Il existe aussi un danger d'intoxication aiguë, d'asphyxie par les gaz (salles d'opération, dispensaires, laboratoires de chimie et salles de désinfection, instituts d'hygiène, de pathologie et d'anatomie), d'incendie et d'explosion : éclatement de récipients en verre et d'appareils, qui est également une cause d'accident (yeux, etc.). Un autre danger, enfin, est constitué là où existent des installations d'électricité, par les courts-circuits et les électrocutions.

Nous avons cité, jusque maintenant, les données touchant la mortalité, mais il est également instructif d'étudier la morbidité professionnelle. Dans ce domaine, une littérature abondante témoigne de la fréquence de la syphilis extra-génitale parmi les médecins.

Trueb, dans sa monographie détaillée où il analyse 669 cas professionnels chez les médecins, indique l'ordre de fréquence de la localisation de l'infection comme suit : extrémités : doigts, mains, bras : 338 fois ; œil : 32 fois ; lèvres : 12 fois ; nez : 10 fois ; joues : 10 fois ; menton : 6 fois ; front : 2 fois ; amygdales : 2 fois.

En ce qui concerne la tuberculose, le taux le plus élevé, constaté par Hamel dans les cliniques universitaires (1.23 p. 100), était, à peu près, le même que pour la population générale. En Bavière, Koelsch n'a relevé que 1.92 p. 100 contre 3.07 pour l'ensemble de la population. Les cas d'une origine professionnelle certaine, étaient, dans la statistique de Hamel, peu nombreux.

Pour les autres maladies infectieuses, les statistiques sont plus ou moins favorables, ce qui confirmerait l'opinion de Ramazzini, qui croyait à une immunité relative des médecins vis-à-vis des infections : si l'on peut penser qu'ils trouvent, dans les connaissances qu'ils possèdent, la plus forte protection contre les infections, l'histoire de la médecine signale, par contre, des cas qui prouvent le contraire.

Les laryngologistes sont particulièrement exposés aux maladies infectieuses et aux conjonctivites ; les anatomo-pathologistes au tubercule anatomique, à la typhoïde, à la fièvre ondulante, etc. ; les bactériologues à la fièvre typhoïde (réaction de Widal !), à la spirochétose ictéro-hémorragique, etc. ; les oculistes au trachome, à la blennorrhée, etc. Il faut évoquer aussi les cas des savants qui se sont inoculés des germes pathogènes ou ont absorbé des substances pour en étudier les propriétés.

Les chirurgiens et, spécialement, les médecins qui donnent l'anesthésie souffriraient parfois des effets du chloroforme et de l'éther (irritations des muqueuses, bronchites, etc., troubles d'ordre général). Les chirurgiens souffriraient aussi du pied plat, des varices. Le cas de l'intoxication carbolique, parfois mortelle, était auparavant assez fréquent, quand, suivant la méthode de Lister, les médecins opéraient dans un brouillard riche en acide phénique.

L'emphysème pulmonaire serait assez fréquent parmi les médecins qui exercent leur profession dans les pays de montagne ; la sclérose des coronaires, avec la symptomatologie bien connue, serait également assez répandue dans les mêmes milieux.

La neurasthénie serait aussi une maladie assez commune et serait due surtout au travail pénible, fatigant du médecin, à la responsabilité grave de laquelle il ne peut se soustraire, ainsi qu'à l'action de l'alcool, du tabac, etc.

Les médecins, parfois à la suite de l'emploi thérapeutique, s'adonnent aussi aux narcotiques (morphine, cocaïne). Sur 1.780 cas d'intoxication, relevés par LAMBERT, dans sa pratique privée, 405 intéressaient des médecins. Chez 163 personnes, le surmenage et les soucis étaient apparemment la cause de la toxicomanie, la plupart des cas développés dans les dernières années de la vingtaine et au début de la trentaine.

Sur 64 cas de toxicomanie, étudiés par E. MEYER, 21 intéressaient des médecins.7 des pharmaciens et droguistes, 2 des infirmiers malades ; sur 18 cas intéressant des femmes, 9 ont été constatés chez des infirmières et 3 chez des femmes de médecins. Tous les cocaïnomanes observés par LOEWY étaient des médecins ou des dentistes. En général, cette toxicomanie se rencontre dans les grandes villes plutôt que dans les campagnes.

Terminons la liste des états pathologiques par l'indication flatteuse de BERTILLON, qui a signalé la sobriété des médecins parisiens et les excès relatifs de boisson de leurs collègues anglais. Quelle qu'ait été la part de vérité contenue dans cette constatation, l'alcoolisme n'est plus aujourd'hui une cause notable de décès parmi les médecins anglais. Dans les statistiques américaines, l'alcoolisme ne figure même pas comme une cause de décès courante.

Après l'énumération sommaire des maladies et des décès les plus fréquents parmi les médecins, on aimerait à connaître les mesures de protection adoptées. Disons de suite qu'il n'existe pas, à vrai dire, une hygiène de la profession médicale. Les enseignements déjà anciens de FODERÉ ont gardé, pour la plupart, toute leur valeur, particulièrement le précepte que le médecin doit approcher son travail sans crainte, qu'il doit éviter toute surcharge de besogne et qu'il doit prendre un bon repos après son travail. Il n'existe, en plus, sans aucun doute, pas de meilleures mesures pour la conservation de la santé que l'examen périodique effectué par un médecin compétent. Or, on connaît, malheureusement trop, la répugnance, pour ainsi dire traditionnelle, que montrent les médecins, d'abord, pour se faire examiner, et, ensuite, fait infiniment plus grave, pour suivre les conseils autorisés, et se soigner avec méthode et patience.

L'éducation du médecin, dans le cas de sa propre maladie, reste encore à faire, car il est impossible d'avoir deux argumentations : l'une pour le malade, imposant de la discipline, et réclamant de la patience et de la persévérance, la deuxième, basée sur le scepticisme et l'imprévoyance, *ad usum proprium*.

G. ICHOK.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1928.

Septicémie streptococcique à forme gangréneuse. — MM. ***Achard*** et ***Hamburger*** rapportent l'observation d'une femme de quarante-six ans qui fut prise de prostration, fièvre et douleurs dans les membres supérieurs. Le lendemain les mains étaient rouges et enflées ; le surlendemain elles étaient gangrénées et le sphacèle remontait rapidement jusqu'au bras. Ce même jour la mort survint. L'autopsie montra le cœur intact et les artères perméables dans les membres gangrénés. Une hémoculture avait donné un streptocoque hémolytique, sans germes anaérobies.

Dans un autre cas, observé en 1893, il s'agit, après huit jours de malaise, d'une gangrène atteignant le membre supérieur gauche, les paupières, les lèvres, le nez. Cinq jours après le début de la gangrène, la malade, âgée de soixante-quatorze ans mourut. Il y avait au cœur des lésions anciennes, mitrales et aortiques et de petites végétations d'endocardite récente. Les artères du membre sphacélé étaient parfaitement libres. L'hémoculture avait aussi donné du streptocoque.

On peut discuter la pathogénie de ces gangrènes sans oblitérations des artères. Les coupes de la peau gangrénée ne montraient pas de lésions des petits vaisseaux. Le streptocoque a-t-il produit à lui seul la gangrène ? Mais il ne provoquait pas de nécrose en injections locales chez les animaux. Un autre germe incultivable lui était-il associé ?

Quelle que soit la pathogénie, cette forme gangréneuse de septicémie streptococcique mérite d'être isolée. Elle a pour caractères la gangrène en foyers disséminés, précédé d'œdème, prenant une marche suraiguë.

Le secret médical et les lois sociales. — M. ***Cazeneuve*** revient sur la question du secret médical. Il indique, à propos de la déclaration par les médecins des maladies d'origine professionnelles, commandée par le décret du 18 février 1927 en vertu de l'article 12 de la loi du 25 octobre 1919, qu'un carnet de cartes-lettres a été institué par le ministère du Travail, afin d'avertir et de renseigner, soit l'inspecteur du travail, soit l'inspecteur des mines.

Le questionnaire de ces cartes-lettres invite le médecin à donner tous les détails sur la maladie et les symptômes avec le nom de l'accidenté, son domicile et ses qualités.

Le secret médical absolu et intangible ne permet pas d'appliquer cette loi sociale importante.

M. Cazeneuve rappelle la communication récente de M. Brouardel sur le régime curatif en faveur des soldats tuberculeux dans leur intérêt et dans l'intérêt de leurs proches. Le secret médical, ici non plus, ne peut être invoqué sous peine de paralyser cette lutte si nécessaire contre le fléau de la tuberculose.

Et une fois de plus on voit combien il est difficile de concilier le secret médical et les lois sociales.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Orientation thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. (M. NICOLAS, *Le Courrier Méd.*, Paris, 1927, p. 18.) — **Malgré tous les travaux des chercheurs, malgré les essais les plus heureux en vaccinothérapie et en sérothérapie, la thérapeutique spécifique de la tuberculose pulmonaire n'est pas encore trouvée et c'est la chimiothérapie qui toujours donne les résultats les plus constants. Comme l'a justement fait remarquer le professeur Bezançon, longtemps la chimiothérapie a été utilisée sans qu'on employât ce mot. C'est l'empirisme qui a montré les bons effets du bois de gaïac ; c'est la science contemporaine qui a prouvé l'activité du gaïacol et mieux encore du thiocol, selon les travaux de Lafont, Bardet, etc... L'auteur, suivant la technique préconisée par Martinet, Vigouroux, Quénée, Allard, etc... administre le thiocol à la dose de deux à quatre grammes par jour, de préférence au moment des repas, sous forme de sirop, cachets ou comprimés et ce médicament lui a semblé toujours admirablement supporté, même par les malades les plus délicats et par les enfants. Il semble en effet que le thiocol réalise le traitement de fond, non seulement des bronchites chroniques, mais encore de toutes les affections des voies respiratoires et même de la tuberculose pulmonaire. Si l'on veut s'en servir exclusivement pour calmer la toux, on n'aura pas de résultats aussi remarquables et il faudra compléter son action par l'administration d'un sédatif, tel par exemple que le pantopon, sous forme de sirop, ou encore l'allonal sous forme de comprimés. L'allonal est, on le sait, l'isopropylallybarbiturate et diméthylamido-antipyrine ; il ne contient donc aucun produit narcotique et cependant il présente sur l'élément toux une action sédative et calmante. Administré concurremment avec le thiocol, il réalise vraiment une thérapeutique directement et doublement utile du symptôme toux, dans les bronchites et dans la tuberculose et du symptôme douleur dans les névralgies si fréquentes dans les affections pleuro-pulmonaires.**

NOTICE NÉCROLOGIQUE

Le Professeur Albert Pitres

Par M. Maurice DE FLEURY.

Dans le journal, dont il fut un des premiers collaborateurs, nous ne saurions mieux évoquer le souvenir du Professeur Pitres qu'en reproduisant la notice nécrologique que son élève le Dr Maurice de Fleury a lu à l'Académie de médecine le 3 avril.

C'est une chose sage et juste, l'usage que nous avons gardé de consacrer une notice à la louange de ceux de nos confrères que la mort nous ravit. En ce temps de vie encombrée, l'oubli vient, d'une rapidité déconcertante. Un de nos maîtres s'attarde jusqu'à quatre-vingts ans ; les dernières années de son âge sont à peine moins productives que sa maturité. Mais le tumultueux labeur des plus jeunes — quelquefois bien prompts à conclure — retient à ce point l'attention que, pour un peu, l'on ne garderait pas mémoire de ce que les aînés accomplirent, pour le progrès de la science et le renom de leur pays.

Est il besoin de vous dire, Messieurs, que c'est une grande figure de la médecine française qui disparaît dans la personne de M. Albert Pitres, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux et de Paris, ancien secrétaire de la Société anatomique, correspondant de la Société de Biologie et de la médico-psychologique, médecin de l'hôpital Saint-André, professeur de clinique médicale et doyen honoraire de la Faculté de Bordeaux, membre correspondant de notre Compagnie depuis 1888, notre associé national depuis 1898, correspondant de l'Académie des Sciences morales pour la section de philosophie, commandeur de la Légion d'honneur.

J'ai eu le bonheur d'être son interne, son collaborateur et de demeurer son ami. Sa charmante bienveillance ne m'a jamais fait défaut, même alors que je me séparais de lui sur un point de doctrine.

Interne des hôpitaux de Bordeaux en 1881, le jour où, bien timidement, je pris ma place près de ce maître déjà plein de prestige, qui m'eût dit qu'un jour j'aurais le douloureux honneur de faire, devant vous, son éloge funèbre !

Je l'avais vu pour la première fois peu après la fondation de la Faculté de Médecine, alors que, jeune chargé de cours, il occupait la chaire d'anatomie générale, à quoi l'avait bien préparé son long séjour au laboratoire de Ranvier. La magistrale précision de son enseignement, les démonstrations saisissantes dont il illustrait ses leçons, son érudition qu'on sentait profonde et qu'il n'étalait point, la lumineuse clarté de sa phrase, à la fois simple et captivante, un certain charme, mêlé d'autorité, que dégageait toute sa personne, avait été pour la jeunesse de l'école une révélation.

En 1881, dans le service de clinique où il venait d'être promu je retrouvais le même souci d'exactitude, le besoin de prouver tout ce qu'il avançait, un amour de la recherche, une manière d'observer, d'expérimenter, de vivifier toutes choses, le souci de mener de front la clinique, l'amphithéâtre d'autopsies et le laboratoire, bien faits pour susciter l'admiration et faire aimer la médecine. J'avais craint de le trouver sévère, glacial et distant ; ma juste modestie mesurait tout ce qui séparait mon ignorance de tant de savoir. Mais je fus vite rassuré.

Mon nouveau maître me fit prendre, sous sa direction, mes premières observations de tabes, de sclérose en plaques, d'hémiplégie avec contracture secondaire ; il rectifia mes premières erreurs, m'encouragea pour quelques menues ingéniosités dans la recherche, me fit sentir que de choses sont à trouver, près de celles que nous commençons à savoir.

Son chef de laboratoire d'histologie se nommait alors Louis Vaillard. Mon successeur comme interne dans le service s'appelait Célestin Sieur, deux de nos plus éminents, de nos plus honorés collègues. L'un et l'autre me permettront de dire, en

leur nom comme au mien, ce que furent, pour la formation de nos esprits, la parole et l'exemple de celui qui vient de mourir.

Il excellait, d'ailleurs, comme administrateur tout autant que comme savant. Au cours de son long décanat il s'est généreusement dépensé pour assurer l'organisation, maintenant tout à fait remarquable, de la Faculté de Médecine de Bordeaux et de l'Ecole de Santé navale.

L'un des premiers il avait compris, admiré, propagé l'œuvre pastorienne, à quoi Vaillard, son *alter ego*, devait consacrer la plus grande partie de sa vie.

***

Etant interne, il avait débuté par une série de mémoires originaux sur la pathologie des artères et des veines, sur la structure des caillots sanguins. Il passait alors toutes ses matinées à l'hôpital. De 2 heures à 5 heures, il se consacrait à l'histologie dans le laboratoire de Ranvier. Un peu plus tard, lié intimement avec notre compatriote François-Franck, il devint l'un des assidus du laboratoire de Marey.

La guerre de 1870 avait pris fin depuis deux ans. Plus d'un Français cherchait une revanche sur le terrain scientifique. On commençait à se passionner pour les études touchant les fonctions du cerveau. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, l'un des quarante, savant illustre, avait décortiqué les hémisphères de grenouilles et de pigeons. Les grenouilles avaient nagé, les pigeons avaient pu voler d'un vol automatique. Flourens avait conclu de ces expériences, un peu simplistes, que le cerveau ne nous sert pas à nous mouvoir.

Hélas ! le démenti ne s'était pas fait attendre ; deux jeunes étudiants d'Allemagne, Fritsch et Hitzig, par une série de recherches sur le chien, tout à fait décisives, nous montraient qu'il existe, à la surface des hémisphères cérébraux, certaines zones, toujours les mêmes, dont l'excitation électrique détermine des mouvements localisés dans les pattes du côté opposé; cependant que la destruction de ces mêmes zones, au moyen d'une cuiller coupante, amène des paralysies là où l'excitation déterminait des contractions.

Un grand nombre de chercheurs en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en France se mirent à l'œuvre, accumulèrent

les expériences complémentaires, et l'on alla jusqu'à décrire les localisations motrices, chez l'animal le plus proche de l'homme, le singe. Parmi tous ces efforts, la série des recherches de François-Franck et d'Albert Pitres compte parmi ce qui s'est fait de plus ingénieux et de plus rigoureux.

Mais quand il s'agit de savoir si le cerveau de l'homme était fonctionnellement comparable à celui de ses frères inférieurs il fallut bien s'en tenir aux suppositions, l'électrisation du cortex et l'emploi de la cuiller coupante n'étant plus de mise... Et c'est alors que les hommes de laboratoire n'eurent qu'à s'incliner devant les cliniciens.

Déjà Bouillaud, Dax, puis Broca avaient entrevu, puis reconnu la localisation, au pied de la 3e circonvolution frontale gauche, de la fonction du langage articulé. Un peu plus tard Hughlings Jackson avait fait voir que certaines lésions superficielles du cerveau, tumeurs ou corps étrangers irritant la substance grise, pouvaient déterminer des convulsions partielles.

Dès sa thèse de 1877 sur le *Centre ovale*, Albert Pitres, grâce aux coupes en série du cerveau de l'homme, qui portent et garderont son nom, inaugurait, pour l'étude des localisations, une méthode que sa précision devait rendre féconde.

De ce moment à la mort de Charcot, l'illustre maître de la Salpêtrière et son élève bordelais, usant de la méthode anatomo-clinique, gloire de Laennec, comparant attentivement les lésions trouvées à l'autopsie aux symptômes paralytiques ou convulsifs notés pendant la vie, réussirent, avec un incomparable éclat, la démonstration depuis si longtemps attendue.

Avant eux, nous ne savions sur le cerveau de l'homme que d'assez pauvres choses. La suite des mémoires de Charcot et de Pitres, remarquablement condensée dans un volume de la collection Charcot-Debove (1895), révélait à l'homme la géographie fonctionnelle de son écorce grise, fixait définitivement les divers points de la zone motrice ou, plus exactement, sensitivo-motrice.

Je crois bien que cette conquête passe en solidité la plupart de celles qui furent faites en physiologie nerveuse. Alors que les travaux de M. Pierre Marie et son élève Moutier ont quelque peu ébranlé nos certitudes sur la légitimité de la localisation de Broca, rien à ma connaissance, n'est venu battre en brèche ces notions fondamentales pour la neurologie et la psychologie. Et lorsqu'un jour notre très éloquent Georges Dieulafoy vint parler à la tribune de la rue des Saint-Pères, d'une observation comportant grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, Albert Pitres, venu de Bordeaux pour répliquer, n'eut pas grand'peine à faire voir qu'il n'y avait d'atteinte, ni grave, ni légère.

Ce sera là, je pense, un assez beau chapitre, bien français, de l'histoire de la médecine.

***

Sur les dégénérations secondaires de la moelle épinière, j'ai retrouvé huit mémoires expérimentaux ou cliniques. C'est Albert Pitres qui, en 1884, dans les *Archives de Physiologie*, démontra que l'entrecroisement des pyramides antérieures est le plus souvent incomplet : qu'à côté du faisceau pyramidal croisé, il existe souvent un faisceau direct, ce qui permet de comprendre bien des détails de la symptomatologie des hémiplégies vulgaires.

Vous avez tous présents à la mémoire les beaux travaux de Pitres et de Vaillard sur *les maladies des nerfs périphériques*. Vous les avez lus résumés — un résumé de 700 pages — dans le tome XXXVI du *Traité de Gilbert et de Carnot*. Et vous pensez bien, comme moi, qu'après tant de trouvailles, le nom de ces deux savants demeurera inséparable de cette grande question, qui est presque entièrement de leur domaine.

Je crois aussi dignes de haute estime les recherches de Pitres sur l'épilepsie jacksonienne, sur l'aphasie, sur l'agraphie, sur les accidents cérébraux au cours de la blennorragie, sur la sclérose en plaques, sur divers accidents du tabes : chute des ongles, crises de courbatures, crises clitoridiennes, troubles vaso-moteurs et sécrétoires, perversions sensitives et sensorielles, arthropathies vertébrales ; sur les caractères graphiques de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule, sur les formes frustes et atypiques de la lèpre, sur l'obsession de rougeur.

Ce dernier mémoire, écrit en collaboration avec l'excellent aliéniste Régis, a pris tout son développement dans un rapport au Congrès de Moscou, puis dans un volume de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*, qui date de 1902, — que j'ai souvent relu et que j'admire pour la nouveauté de ses conceptions. Bien avant la description de la constitution émotive de Dupré, bien avant l'ouvrage de Devaux et Logne sur les *anxieux*, Pitres et Régis affirmaient et prouvaient que l'obsession est, avant tout, non pas une maladie de l'intellectualité ou de la volonté, mais une maladie de l'émotivité. C'est une vérité profonde.

Presque partout, presque toujours, cette rectitude d'esprit, cette sûreté de jugement.

***

Et cependant ce sage, ce bel esprit où s'unissaient, en proportions admirables, l'imagination créatrice et le pouvoir d'auto-critique, ce maître accompli s'est trompé. Tant il est malaisé d'appliquer infailliblement des méthodes que l'on croit sûres, surtout quand il s'agit de phénomènes purement fonctionnels, d'ordre psycho-pathologique comme ceux de l'hystérie.

Parallèlement à l'école de la Salpêtrière, M. Pitres avait poursuivi, dans son service et son laboratoire de l'hôpital Saint-André, *ses recherches sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Il leur a consacré deux gros volumes de leçons cliniques, que l'Institut couronna. On sait ce qu'il advint de ce chapitre de pathologie mentale, après les critiques décisives de notre Babinski, et comme cette question difficile s'illumina après qu'Ernest Dupré nous eut apporté sa conception de la mythomanie — à quoi Pitres, à la fin de sa vie, a rendu pleinement justice. Que celui qui n'a jamais erré lui jette la première pierre !

J'aurais encore à vous rappeler bien des travaux signés du maître ou des élèves qu'il forma, car il fut, dans toute l'acception du mot, un chef d'école. Je vous nommerai seulement la belle série de ses études sur la pleurésie et la thèse, si modeste et si importante, où C. Sieur décrivit le *signe du sou*, à savoir la percussion métallique combinée à l'auscultation, pour le diagnostic des épanchements liquides de la plèvre.

Pendant la dernière guerre, placé à la tête d'un de nos grands services centraux neuro-psychiatriques, le professeur Pitres, passionnément désireux de servir à sa manière, travailla vaillamment à décrire, avec une précision toute nouvelle les attitudes distinctives des paralysies organiques et fonctionnelles. Ce grand labeur aboutit à la publication d'un livre, ingénieusement illustré, écrit en collaboration avec le maître anatomiste Testut, et qui porte ce titre : *Les nerfs en schéma*. En vous offrant, au nom de ses auteurs, cette œuvre magistrale, véritable modèle d'enseignement français, je vous disais « n'avoir rien lu de plus intelligent ni de plus utile. Dans ce volume, des générations d'étudiants et de médecins apprendront sans peine à connaître et à comprendre ce qu'il y a de plus noble et de plus délicat dans l'organisme humain ».

***

Telle est, messieurs, l'œuvre vaste et diverse du maître que nous regrettons tous.

Je l'ai beaucoup connu, je l'ai beaucoup aimé, un peu comme un père spirituel, et la douleur que me cause sa mort est quasi filiale. Nous sommes quelques-uns à lui devoir le meilleur de ce que nous sommes.

Il ne formait pas seulement l'esprit de ses élèves à l'observation médicale : il ouvrait aux intelligences toutes les avenues.

Il aimait les lettres, goûtait fort la peinture et savourait les joies de la musique. Sa belle demeure du cours d'Alsace-Lorraine, il l'avait ornée d'objet d'art et de livres. Nombre d'entre vous ont appris comme sa table était hospitalière.

Sans pose, sans recherche, il avait une manière originale de dire toutes choses. On pouvait voir, au temps de ma jeunesse, sur la cheminée de son petit salon deux belles statuettes de bois du XVII[e] siècle : deux saintes ; l'une attentive au livre largement ouvert devant elle ; l'autre en extase, la face rayonnante et le sein demi-nu. Un jour que je m'attardais devant elles, mon maitre, souriant, me dit :

— Ce sont les deux amies de l'homme, sainte Science et sainte Volupté.

C'est un propos un peu païen. Et M. Pitres n'était pas précisément religieux. Mais personne ne fut moins hostile aux croyances d'autrui. Il méprisait très fort cette sorte de haine. Revenant d'un voyage aux pays de l'Islam, il témoignait de son respect pour le christianisme qui, somme toute, n'a rien empêché au progrès scientifique et qui n'a point immobisé les âmes, comme le firent le bouddhisme, le brahmanisme ou le mahométisme.

Voilà bien des années, nous visitions ensemble une église de Paris. Devant une chapelle latérale, un homme agenouillé et qui priait la tête dans ses mains leva tout-à-coup vers la voûte un visage baigné de larmes, resplendissant d'extase. Et Pitres de me dire :

— Voilà tout de même des joies que l'on peut envier !

C'était un bon cerveau de philosophe, et l'Académie des Sciences morales fit bien de se l'adjoindre. Il redoutait les généralisations prématurées, mais il aimait les idées générales. Il était né pour elles.

Il n'y eut pas de patriote plus fervent. Il aimait religieusement son pays. Le jour où il prit sa retraite, en 1919, il consentit, pour la première fois, a parler un peu de lui-même.

Il raconta qu'après la guerre de 1870, Henri Gintrac, son premier maître, lui avait procuré l'occasion d'un long voyage, où mûrit beaucoup son esprit. « J'y sentis dûrement combien le poids de la défaite pèse sur une nation vaincue. J'y fus maintes fois froissé par les jugements que j'entendis porter sur la gloire de la plus grande Allemagne et sur la leçon bien méritée, disait-on ouvertement, que venait de recevoir la France. Je compris alors que chaque jeune Français devait employer tous les moyens en son pouvoir pour rendre à son pays la considération et le prestige qu'il avait perdus ; que chacun avait le devoir de travailler, non pas seulement à son propre bien-être, mais au relèvement de sa patrie. » Cette pensée, on peut bien dire qu'elle ne l'a jamais quitté.

Vous vous rappelez son image. Il était grand, naturellement distingué, sans nulle pose et cependant plein de prestance. Son visage, dont Paul Richet nous a donné une noble effigie, évoquait celui du roi François I[er], avec je ne sais quoi de plus digne, de plus aisé dans les traits, qu'illuminait un bien charmant sourire, quand il retrouvait un ami, ou quand il observait un phénomène intéressant.

C'était un homme plein de cœur et qui cachait discrètement le bien qu'il se plaisait à faire aux malheureux.

Mais c'est avec les jeunes travailleurs de son entourage qu'éclatait son amitié. Quand un de ses élèves manifestait du goût pour la recherche, Pitres, visiblement heureux, se multipliait pour l'éclairer, l'aider, travailler avec lui. C'était mieux que de la bienveillance, la générosité même.

Un moment, nous avions pris coutume de nous réunir tous les ans en un banquet en son honneur, et là, l'on pouvait voir à quel point nous l'aimions.

Sa haute taille est maintenant couchée dans le tombeau sous les magnifiques platanes de la Chartreuse de Bordeaux, qui abritent aussi la tombe de mon père, son collègue et ami, le professeur Armand de Fleury... Une chute dans l'escalier de pierre de sa maison, quelques hématémèses, un cœur de quatre-vingts ans qui fléchit — et c'en est fait d'un homme de qui l'esprit et l'âme touchèrent plus d'une fois à la grandeur.

Il faut se résigner à ne plus le revoir qu'avec les yeux de la mémoire. Mais je sais bien, messieurs, que nous garderons tous, de cette grande figure de clinicien et de savant parfaitement français, un souvenir qui durera autant que chacun d'entre nous.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 17 LE NUMÉRO: 50 Centimes 28 AVRIL 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin de l'Assistance à domicile.* — Epreuve clinique. Séance du 18 avril : MM. Lévy 18 + 7 = 25 points. Abonneau 15 + 7 = 22 ; Baldy 15 + 6 = 21.

Concours de pharmacien des hôpitaux. — Epreuve de titres : MM. Coquoin 5, Cordier 7, Gautier 5 1/2, Malmy 5, Sassier 1, Valette 7 1/2.

Epreuve de reconnaissance. Séance du 20 avril : MM. Coquoin, 12, Cordier 14, Gautier 15, Malmy 13, Sassier 9, Valette 15.

Epreuve écrite. Séance du 21 avril. Questions données.

Pharmacie : Les préparations galéniques de solanées.

Chimie : L'oxydation ; aspects divers et mécanisme du phénomène ; principaux agents chimiques et biologiques oxydants ; actions catalytiques dans l'oxydation.

Histoire naturelle : Les ferments alévoliques figurés.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose. — Organisé avec le concours du comité national de défense contre la tuberculose par M. le Professeur Emile SERGENT. Ce cours aura lieu à la Clinique médicale propédeutique de la Charité du lundi 11 juin au samedi 7 juillet 1928.

Il sera fait avec la collaboration de MM. BABONNEIX, BENDA, BERTIER, Fr. BORDET, COTTENOT, COURCOUX, COUVREUX, H. DURAND, EVROT, GENEVRIER, GRELLETY-BOSVIEL, Mme GOUIN, MM. HAAS, d'HEUCQUEVILLE, KOURILSKY, KUSS, LAURENS, LOUSTE, MIGNOT, OURY, PIGNOT, PRUVOST, RIBADEAU-DUMAS, TURPIN et VIGUERIE.

La première conférence aura lieu le lundi 11 juin à 9 h. 30 ; les exercices pratiques auront lieu chaque après-midi ; dans la matinée, les élèves seront répartis dans les services hospitaliers des conférenciers et les cours théoriques auront lieu chaque jour à 15 h. 30 et à 17 h.

Les exercices pratiques et le stage hospitalier seront réservés aux boursiers du Comité national (s'adresser 66 bis rue Notre-Dame des-Champs) et aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 250 fr. au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 15 h. à 17 h.)

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Une affiche ultérieure donnera le programme détaillé des conférences.

Institut d'actinologie. — *Six leçons pratiques sur les rayons ultra-violets.* — Un cours spécial d'actinologie aura lieu en trois jours : les 19, 21 et 22 mai avec le programme suivant : Drs SAIDWAN et DUFESTEL : Les sources de rayons ultra-violets et infra-rouges (19 mai à 9 h. 30) ; Drs E. et H. BIANCANI : L'actinothérapie dans la tuberculose (19 mai à 17 h. 30) ; Drs DUFOUGERÉ, AUZIMEUR et PALISSE : Les ultra-violets en stomatologie, oto-rhino-laryngologie et en gynécologie (21 mai à 9 h. 30) ; Dr J. MEYER : Les U. V. en dermatologie (21 mai à 17 h. 30) ; Drs LAUTMANN et COLANERI : Les U. V. en pédiatrie (22 mai à 9 h. 30) ; Drs MARCERON et LIVET : Les indications médico-chirurgicales (22 mai à 17 h. 30).

Des démonstrations pratiques auront lieu les mêmes jours, sous la direction de MM. SAIDMAN et DUFESTEL. Les inscriptions sont reçues à l'*Institut d'actinologie*, 6, Passage Dombasle, à Paris XVe (Nord-Sud : Convention).

Le droit d'inscription est fixé à 150 fr. pour toute la série (somme affectée aux laboratoires de recherches de l'Institut). Les médecins désireux d'assister seulement à une partie des conférences, seront admis, dans la limite des places disponibles, les droits d'inscription étant fixés à 40 fr. par séance.

Conférences du dimanche. — *Programme du troisième trimestre.* — Les conférences ont lieu le dimanche matin, à 10 heures précises, à l'Amphithéâtre des Concours de l'Assistance publique, rue des Saint-Pères, angle du boulevard Saint-Germain.

29 avril, à 10 h., M. SORREL : Traitement du Mal de Pott : à 11 h. M. DEVRAIGNE : Les positions obstétricales. — 6 mai, M. DUPUY-DUTEMPS : Pathogénie de la stase papillaire — 13 mai, M. FLANDIN : Herpès et zona. — 20 mai, M. Félix RAMOND : Exposé de quelques conceptions nouvelles en pathologie gastrique. — 3 juin, à 10 heures, M. CADENAT : Chirurgie des doigts. — 3 juin, à 11 heures, M. HEUYER : Les voies d'entrées dans la demence précoce. — 10 juin, M. MILIAN : Traitement préventif de la syphilis. — 17 juin, M. MAY : La pathologie générale du sympathique périphérique. — 24 juin, M. LEVY-VALENSI : Monsieur Hamon, Médecin de Port-Royal.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours supplémentaire d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par MM. les Drs Raymond LEIBOVICI et Jean MEILLÈRE, prosecteurs, commencera le lundi 14 mai 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répèteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours : 1° Chirurgie des vaisseaux : Voies d'accès élargies sur les principaux troncs vasculaires Traitement des plaies et des anévrysmes : ligatures, sutures, anévrysmorraphies. Traitement des varices. — 2° Chirurgie des nerfs : Voies d'accès sur les principaux troncs nerveux. Traitement des plaies des nerfs : suture et greffe nerveuses. La sympathectomie péri-artérielle. — 3° Chirurgie des tendons : Ténotomies ; sutures, greffes et anastomoses tendineuses. Incision des phlegmons des gaines. Extirpation des synovites tuberculeuses. Amputations cinématiques de l'avant-bras. — 4° Chirurgie des fractures : Technique générale des ostéosynthèses. Les divers matériels de prothèse : plaques, lames, agrafes, vis. Les voies d'abord des os. — 5° Chirurgie des pseudarthroses : Les greffes osseuses : méthodes et indications. Les ostéoplaties. Traitement des pseudarthroses diaphysaires. Traitement des pseudarthroses du col du fémur. — 6° Chirurgie des articulations du membre supérieur : Voie d'abord de l'épaule, du coude et du poignet. Arthrotomies et résections de ces articulations. Traitement des fractures de l'olécrâne. 7° Chirurgie de la hanche : Voies d'abord. Arthrotomie et résection. Traitement des fractures du col du fémur. Ostéotomies sous-trochantériennes. — 8° Chirurgie du genou : Voies d'abord. Arthrotomies et résections. Traitement des fractures de la rotule. Méniscectomie. Ostéotomie supra-condylien-

ne. Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur — 9° chirurgie du pied : Orteil en marteau, hallux valgus, tarsectomies pour pieds bots, astragalectomie. Les désarticulations de l'avant-pied. (Lisfranc, Chopart). — 10° La pratique des amputations et des articulations du membre inférieur : Amputations et désarticulations du pied, opérations ostéoplastiques : choix du procédé. Amputations de jambes. Désarticulation du genou. Amputation de Gritti. Amputations de cuisse. Désarticulation de la hanche. Indications du procédé, de la fermeture et du drainage du moignon.

Leçons pratiques d'endoscopie urinaire. — Des leçons pratiques d'endoscopie urinaire (urétroscopies, cystoscopies, cathétérismes de l'uretère) seront faites du 7 au 19 mai, dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Maurice CHEVASSU par MM. BAYLE, GAUTIER et LAZARD.

Il y aura deux leçons par jour : une à 11 h. (urétroscopies) et l'autre à 14 h. (cystoscopies et cathétérismes de l'uretère).

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments d'explorations urologiques.

Leur nombre est limité à 10.

Le prix des 22 leçons est de 1.000 fr.

S'inscrire dans le service de chirurgie urinaire de l'hôpital Cochin.

Les maladies d'origine professionnelle. — Un comité d'experts pour l'hygiène industrielle est actuellement réuni au bureau international du travail. Les experts ont abordé l'examen de la première question portée à leur ordre du jour, celle de la revision éventuelle de la liste des maladies professionnelles figurant dans la convention adoptée par la conférence internationale du travail en 1925.

Cette convention, aux termes de laquelle la réparation des maladies professionnelles doit être assurée suivant les mêmes principes que la réparation des accidents du travail, a été ratifiée ou est soumise à la ratification dans vingt-trois pays.

En outre, se dessine un mouvement en faveur d'une protection plus large que celle qui est assurée par les dispositions actuelles. L'extension de la réparation à d'autres maladies et intoxications d'origine professionnelle, est demandée par les organisations ouvrières, ou par les médecins.

Nord-Sud. — *Voyage d'études médicales en Italie.* — Du 5 au 21 septembre aura lieu le cinquième « Nord-Sud », voyage d'études aux stations hydrominérales et climatiques italiennes, organisé par l'Office national italien du tourisme (Enit).

Le voyage est réservé aux médecins étrangers et, comme les précédents il sera dirigé par le Prof. Guido RUATA.

Les localités suivantes seront visitées : S. Pellegrino, Fonte Bracca, Bagni di Bormio, Como, Cernobbio, Tremezzo, Cadenabbia, Bellagio, Pallanza, Stresa, Acqui, Alassio, San Remo, Ospedaletti, Bordighera, Nervi, Santa Margherista, Portofino, Rapallo, Viareggio.

Le voyage se déroulera en train spécial de 1re classe : un bateau spécial sera aussi affecté aux excursions dans les lacs de Como et Majeur.

Dans chaque station sera donnée une conférence médicale suivie des visites aux établissements et à la localité. Des médecins interprètes pour le français, l'anglais et l'allemand suivront le voyage.

La cotisation est fixée en 1.500 lires, comprenant tous les frais de voyage et de séjour depuis le point de concentration au point de dislocation. Des billets à tarif réduits seront livrés aux adhérents pour le voyage de la frontière à Milan et Viareggio ou Florence ou Rome pour le voyage de retour.

Les médecins pourront être accompagnés par une personne de leur famille jusqu'à concurrence du quart du total des inscrits.

Pour les programmes et les inscriptions, qui seront closes le 15 juillet, s'adresser à l'Ente Nazionale Industrie Turistiche (Enit), 6 Via Marghera, Roma.

Nécrologie. — Mme Georges DIEULAFOY, veuve du professeur Dieulafoy. — Dr RÉTIF, assistant de M. Auguste Lumière, décédé accidentellement. — Dr Victor PICOT. — Prof. Félix LAGRANGE.

CONFÉRENCES DE DIÉTÉTIQUE

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

(*Professeur* M. LOEPER.)

Les régimes hyposucrés,

Par le Dr A. BAUDOUIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
médecin de l'hôpital Laennec.

Considérations générales.

Les régimes hyposucrés sont avant tout ceux du diabète. Nous les envisagerons donc principalement dans leurs rapports avec le traitement de cette affection et verrons plus brièvement ensuite leur emploi en dehors du diabète. Bien que voulant faire ici le minimum de théorie. il m'est nécessaire de rappeler très sommairement quelques données fondamentales sur la physiologie des sucres.

Les sucres, — ou glucides, autrefois dits hydrates de carbone — que l'organisme est appelé à utiliser peuvent dériver de plusieurs sources : mais la plus importante, et de beaucoup, est formée des glucides de l'alimentation Ceux-ci sont eux-mêmes très complexes. Il y a des hexoses : glucose, lévulose et galactose ; des bihexoses : saccharose, lactose, maltose ; et enfin des polysaccharides (ou amidons), ces derniers formant le groupe essentiel, au point de vue quantitatif. Tous ces sucres subissent dans l'intestin des transformations qui donnent surtout naissance au glucose. C'est donc cet hexose qui constitue, en dernière analyse, le plus important des sucres alimentaires.

C'est également du glucose qui est libéré. dans l'intimité des tissus, par des transformations plus profondes portant sur les albumines. Cette source n'est pas négligeable puisque l'on admet que 100 grammes de matières protéiques peuvent donner environ 50 grammes de glucose. L'importance de ce chiffre montre qu'il ne s'agit pas du dédoublement d'une sorte de glucoside : ce sont les acides aminés qui sont susceptibles de se recombiner pour former du sucre.

Il est par contre très douteux qu'il puisse en dériver des graisses, malgré que certains auteurs admettent la possibilité de cette transformation.

Quoi qu'il en soit, le rôle des glucides alimentaires est prépondérant. La quantité ingérée est assez variable avec les différentes races. Elle est minima chez les Esquimaux, les Lapons, maxima chez les peuples de l'Orient qui ne consomment guère que du riz. Chez l'Européen « moyen » la dose des hydrates de carbone alimentaires est toujours élevée. D'après Armand Gautier, la ration journalière du Parisien « moyen » est ainsi composée :

Albumines............	100 grammes
Graisses...............	70 »
Hydrates de carbone...	422 »

Dans cette ration les hydrates de carbone comptent pour près de 1.700 calories dans un total de 2.900

Quand l'individu fournit un travail pénible, il consomme plus encore de glucides. Le même Armand Gautier, observant des ouvriers s'alimentant à leur guise pour fournir leur travail dans de bonnes conditions, a trouvé une consommation moyenne en hydrates de carbone de :

692 grammes pour un travail fatigant
810 » » » » très intense.

Ces chiffres qui, bien entendu, ne sont que des moyennes, font bien ressortir le rôle essentiel des glucides au point de vue de la production, par l'organisme, de la chaleur et de la force. Cela a grand intérêt quand il est question de la réduire.

Un régime hyposucré risque toujours, si l'on n'y prend garde, de devenir un régime de sous-alimentation.

Les régimes du diabète.

Commençons d'abord par mettre à part le diabète dit rénal. Dans sa forme pure, d'ailleurs assez rare, ce n'est point une maladie de la nutrition, mais une sorte d'état tératologique du rein, physiologiquement caractérisé par un abaissement du seuil qui le place au-dessous de la glycémie normale.

Cette forme n'a rien à faire avec un régime quelconque et nous n'en parlons que pour insister sur l'intérêt qu'a, dans tout diabète, l'étude simultanée de la glycosurie et de la glycémie.

Ces cas mis à part, on peut dire que : *Tout diabète doit être traité par le régime.* Cette proposition fondamentale a été établie par Rollo et surtout par Bouchardat. Ce dernier auteur a fixé minutieusement la diététique du diabète et les travaux ultérieurs n'ont pas ajouté grand'chose aux règles qu'il a posées. Sur cent cas de diabète, 75 sont justiciables du régime *seul* : les 25 cas restants doivent être soignés par *l'association du régime et de l'insuline.* En présence d'un cas donné de diabète, la première question qui se pose est donc de savoir dans lequel des deux groupes il convient de le placer.

Vous savez que, schématiquement parlant, les diabétiques forment deux grandes classes ; celle des diabètes gras (ou diabètes simples) et celle des diabètes maigres (ou avec dénutrition, ou consomptif). On peut dire, schématiquement encore, que les premiers, qui sont les plus nombreux, doivent être soignés *par le régime seul, sans insuline* et que les seconds doivent l'être *par le régime et par l'insuline.* On peut néanmoins chercher à préciser davantage les indications de l'insuline. Je crois qu'elles peuvent se résumer dans la forme que voici : « *l'insuline est indiquée quand l'abaissement de la tolérance empêche d'instituer un régime qui soit à la fois suffisant et équilibré.* »

Qu'est ce d'abord que la tolérance ? C'est une notion fondamentale, introduite en physiologie pathologique par Naunyn et von Woorden, qui correspond à la puissance d'utilisation, à la capacité de consommation de l'organisme pour les hydrates de carbone. On peut la définir et la mesurer comme *la différence entre la quantité des hydrates de carbone ingérés dans la ration alimentaire et celle des hydrates de carbone éliminés par l'urine pendant la même période.* Si par exemple un diabétique absorbe, en 24 heures, 150 grammes d'hydrates de carbone et que la glycosurie correspondante soit de 50 grammes, sa tolérance, *à ce jour-là*, sera de 100 grammes. Je me hâte de reconnaître que cette définition est trop simple. En premier lieu, nous avons vu que les glucides alimentaires ne sont pas la seule source de sucre dans l'organisme : il faudrait ajouter au bilan d'entrée celui qui dérive des albumines, ce qui d'ailleurs serait très simple. En second lieu, le chiffre de la tolérance sera assez variable suivant que la ration alimentaire sera composée de tel ou hydrate de carbone. Si, par exemple, on mesure la tolérance deux jours de suite, dans des conditions identiques, sauf que le premier jour on donne 150 grammes de glucides sous forme de pain et le second sous forme de pommes de terre, il y a de grandes chances pour que la mesure du premier jour (pain) donne un résultat notablement plus faible que celle du second (pommes de terre). L'amidon du pain est en effet l'un des hydrates de carbone le plus mal supportés par l'organisme diabétique.

Il y a donc intérêt, dans la mesure de la tolérance, à se servir de cet aliment, pour ne pas risquer d'avoir des chiffres surestimés En troisième lieu, il est impossible de tenir compte de la quantité de glucides alimentaires qui peuvent être détruits dans l'intestin ou rejetés par les

fèces. Il n'en reste pas moins vrai, malgré tout, que la gravité d'un diabète se mesure à la puissance d'utilisation qu'en a conservée l'organisme, c'est-à-dire à la tolérance.

Qu'est-ce maintenant qu'un régime suffisant ? C'est celui dans lequel la combustion de nos aliments dégage une quantité de calories suffisante pour couvrir les besoins thermiques et énergétiques de notre organisme. Ces besoins varient évidemment avec l'intensité du travail fourni.

Mais on peut admettre, en gros, que, pour un adulte un régime sera suffisant s'il apporte 30 calories par kilogramme et par 24 heures. Ce chiffre ne vaut que pour l'adulte : pour l'enfant il faut prévoir deux à trois fois plus suivant l'âge, les organismes les plus jeunes exigeant le plus.

Qu'est-ce enfin qu'un régime équilibré ? C'est celui dans lequel les divers aliments — albumines, graisses, hydrates de carbone — sont en proportions convenables pour éviter l'acidose. Ici encore, pour être plus aisément suivi, je vais schématiser cette notion due surtout au physiologiste américain Schäfer et développée en France par MM. Desgrez et Rathery.

Vous savez qu'un des grands dangers du diabète, c'est l'acidose, au cours de laquelle les corps cétoniques s'accumulent dans l'urine. Pour Schäfer notre alimentation nous apporte : 1° des substances *cétogéniques*, qui provoquent l'acidose : ce sont, d'après lui, essentiellement les *graisses* (1) et accessoirement les albumines ; 2° les substances *anti-cétogéniques* qui s'opposent à cette production ; ce sont les *hydrates de carbone*.

Pour que les graisses brûlent complètement, sans donner de corps acétoniques, il faut qu'il y ait une certaine quantité d'hydrates de carbone utilisés, comburés. Comme on l'a dit : « les graisses brûlent au feu des hydrates de carbone ». D'après Schäfer, *un gramme d'hydrate de carbone brûlé, permet d'utiliser au moins deux grammes de graisse*.

De ces principes découlent les applications : on peut envisager trois cas :

1° *La tolérance est bonne*, de l'ordre d'une centaine de grammes de glucides ou davantage. L'organisation pourra donc utiliser, sans acidose, au moins 200 grammes de graisses et d'albumine. Le régime, qui est équilibré, sera également suffisant.

2° *La tolérance est plus faible*, de l'ordre d'une cinquantaine de grammes. L'organisme ne pourra utiliser, sans acidose, que 100 grammes de matières grasses et d'albumine. Ce sera donc un régime de dénutrition relative. Si on le force jusqu'à le rendre suffisant, il cessera d'être équilibré et ce sera l'acidose.

3° La tolérance *est très faible* ou *nulle*. Des hydrates de carbone ingérés, aucun ne sera comburé : donc aucun atome de graisse ne pourra être métabolisé sans produire de corps cétoniques. Aucun régime ne pourra être équilibré, si insuffisant qu'il soit.

Dans les deux derniers cas, le troisième surtout, l'emploi de l'insuline combinée au régime est absolument nécessaire.

Je me hâte d'en venir à la pratique du régime hyposucré dans le diabète. La technique du traitement est différente suivant les cas.

Premier cas. La tolérance est suffisante.

Ce sont, je le répète, les cas les plus fréquents. Ils peuvent et doivent être traités uniquement par le régime. Mais il y a plusieurs manières de procéder pour établir ce régime.

Tantôt, le médecin fait une *prescription quantitative complète*, en fixant la dose de *tous* les aliments : sucres, albumines, graisses.

(1) Pour d'autres auteurs, la prépondérance attribuée aux graisses dans la genèse de l'acidose est excessive. Le rôle essentiel est dévolu aux albumines. Dans cette conception, la notion des régimes équilibrés due à l'école américaine, devra être profondément remaniée.

Tantôt, il se contente d'une *prescription qualitative*, se fiant à l'instinct et aux habitudes du malade pour les quantités à ingérer.

Très souvent enfin, il associe à une prescription qualitative pour les albumines et les graisses une prescription quantitative limitée aux hydrates de carbone.

Dans les formes de diabète que nous envisageons ici qui correspondent aux états légers et moyens de la maladie, le médecin s'astreint rarement à une prescription quantitative complète. Elle astreint le malade à des pesées incessantes qu'il faut savoir lui imposer dans les formes que nous verrons plus loin, mais qui seraient inutilement fastidieuses ici. Nous n'envisagerons donc, dans ce chapitre, que la prescription purement qualitative et la prescription quantitative limitée aux hydrates de carbone.

Prescription qualitative. — Le médecin se borne à donner une ordonnance mixte comprenant d'une part une nomenclature des aliments permis, de l'autre une nomenclature des aliments défendus. Voici, comme exemple une formule de régime anti-diabétique modéré.

Aliments permis.

Toutes les viandes de boucherie, triperie, charcuterie, gibiers frais ; lapin ; volailles ; poissons, coquillages et crustacés, œufs.

Légumes verts (salades, épinards, choux, haricots verts, pois verts artichauts, etc.) : légumes aqueux (navets, carottes).

Fromages (frais, cuits, fermentés).

Noix, noisettes ; fruits faiblement sucrés (fraises, framboises, myrtilles, groseilles, amandes fraîches). Pâtisseries au gluten.

Tous les condiments : pain de gluten, pain d'amandes.

Boissons : eau pure ou minérale : vin en quantité modérée ; tisanes, thé, café, sans sucre.

Aliments défendus.

Sucre.

Aliments artificiellement sucrés ; confitures, compotes, entremets, etc.

Aliments naturellement sucrés : fruits (pommes, poires, abricots, oranges, prunes, raisins, etc.) et surtout fruits secs (figues, pruneaux, raisins secs, dattes) : miel.

Aliments riches en amidon : farines, pâtes, pâtisseries, *pain* ; légumes secs (haricots, pois, fèves, lentilles, riz) ; châtaignes.

Boissons sucrées : vins sucrés, sirops, liqueurs.

Cidre : poiré, bière.

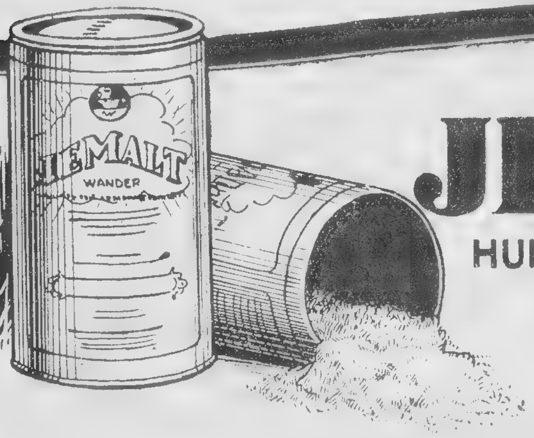
Prescription quantitative limitée aux hydrates de carbone. — On donne d'une part au malade une liste comme la suivante, liste des aliments qui lui sont prescrits sans réserve comme ne renfermant *pratiquement* pas d'hydrates de carbone. Il y choisira suivant son appétit et sa fantaisie. Il sera bon cependant de veiller à ce qu'il ne prenne pas des quantités excessives d'albumine. Il suffira pour cela de faire pratiquer, au cours des examens de l'urine, un dosage de l'urée, qui ne doit pas excéder le taux de 25 à 30 grammes en 24 heures.

Aliments permis sans réserves.

VIANDES DE BOUCHERIE. — Toutes les parties musculaires de quelqu'animal que ce soit, rôties ou bouillies, préparées avec leur jus ou avec une sauce sans farine.

VIANDES DE TRIPERIE. — Langue, cœur, cervelle, ris de veau et d'agneau. Pied de porc, de veau, de mouton. Tête de veau. (*Foie excepté.*)

CONSERVES DE VIANDE ET CHARCUTERIE. — Conserves de viande de toute espèce. Jambon. Saucisson. Saucisses. Boudin. Pâtés de toutes sortes (à condition qu'ils ne contiennent ni pain ni farine.)


JEMALT
WANDER

Gibiers frais et volailles. — Poulet, oie, dindon, etc. Lapin, lièvre.

Œufs. — Crus ou mieux préparés en : omelette, à la coque, mollets, durs, au plat : œufs brouillés, œufs pochés, au jus, à la tomate, au fromage.

Poissons frais. — Poissons de mer ou de rivière, soit frits, soit au gratin sans chapelure, soit au bleu, accompagnés d'une sauce sans farine.

Conserves de poisson. — Sardines, anchois, thon, harengs mariné, caviar, etc.

Crustacés et coquillages. — Huîtres, moules, homards, langoustes, écrevisses, crevettes (ou nature ou avec une sauce sans farine).

Légumes frais. — Salades (chicorée, laitue, mâche, cresson, endives).
Haricots verts, asperges, céleri en branche, tomates, concombres, poireaux, épinards, oseille.
Choux fleurs, choux de Bruxelles, choux frisés, choux blancs et rouges, bettes, choux-raves *verts*. (*Ces légumes seront blanchis à grande eau et égouttés soigneusement*).
Champignons de couche : bolets, cèpes, morilles, truffes.
Sont également autorisés les légumes suivants : riches en inuline (cresnes, salsifis, cardons, artichauts, céleri-rave.

Conserves de légumes. — Asperges, haricots verts, tomates, champignons, choucroutes, pickles.

Potages. — Maigres ou gras, préparés avec les substances indiquées ci-dessus. Eviter soigneusement d'y mettre pâtes, farine, pain, pommes de terre.

Substances grasses. — Sont toutes autorisées : beurre, huile, graisse, lard, saindoux, crême fraîche, moelle de bœuf.

Condiments. — Sel, poivre, citron, vinaigre, oignons, ail, échalottes, persil, estragon, pimprenelle, laurier, ciboulle, olives, épices.

Sauces sans farine. — Mayonnaise, sémoulade, vinaigrette, beurre d'anchois, hollandaise, au beurre noir, maître d'hôtel, sauce moutarde.

Desserts. — *Fromages* : fromage frais : fromage blanc, petit suisse.
Fromages fermentés.
Ou cuits : gruyère, emmenthal.
Ou non cuits : Cantal, Hollande, Parmesan, Port Salut, Chester, Brie, Coulommiers, Camembert, Mont-d Or, Roquefort, Gorgonzola, Pont l'Evêque, Münster.
Compote de rhubarbe sans sucre. Blanc manger.

Boissons. — Eau pure, eaux non minéralisées.
Vins rouges légers et vieux.
Tisanes, limonades sans sucre.
Thé, café sans sucre.
Liqueurs non sucrées (cognac, kirch, rhum, whisky).

Pour la prescription quantitative des hydrates de carbone on s'inspirera de la règle suivante : *les hydrates de carbone ne seront réduits qu'au prorata de la tolérance*. Cela résulte de ce que nous venons de voir au sujet de leur rôle dans l'équilibre des régimes. Si un malade tolère par exemple 100 grammes d'hydrates de carbone, cette quantité doit figurer dans son régime. Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'il soit interdit d'imposer des périodes d'abstinence hydrocarbonée totale (ou même des cures de jeûne) à un diabétique ayant une certaine tolérance. Au contraire ces périodes peuvent être utiles, parce qu'elles ont justement pour effet d'augmenter la tolérance. La règle signifie simplement que ces périodes doivent être courtes et espacées et que, en régime normal, il faut donner au malade la quantité d'hydrates de carbone qu'il est capable d'assimiler.

Pour prescrire quantitativement les hydrates de carbone (ou les albumines ou les graisses), il faut que le médecin ait à sa disposition une table donnant, pour chaque groupe d'aliments principaux, la teneur en hydrate de carbone, en albumine et en graisses, teneur dont dépend la valeur calorique.

Je vous propose la table suivante que j'ai établie en colligeant les meilleurs chiffres donnés par les auteurs.

Le tableau donne, pour 100 grammes d'un aliment donné la teneur en albumines et hydrates de carbone, ainsi que la valeur calorique. Nous n'avons pas inscrit la teneur en graisses, mais il est facile de la calculer au moyen des autres chiffres. Soit un aliment donné, par exemple du saumon. D'après le tableau, il renferme, pour 100 grammes, 17 grammes d'albumine, pas de glucides et sa valeur calorique est 250. Aux 17 grammes d'albumine correspond, en chiffres ronds, une valeur calorique de $17 \times 4 = 68$ calories. Rien pour les glucides. En retranchant 68 de 250 on a 182 calories qui ne peuvent provenir que des graisses. On aura donc la teneur en graisses en divisant 182 par 9, soit environ 20 grammes.

Il va de soi que les chiffres fournis par le tableau *ne représentent que des moyennes* dont tel aliment, tel qu'il est acheté, peut s'écarter passablement. C'est surtout la teneur en graisse des viandes qui peut varier suivant l'état de l'animal. Il en résulte d'assez grandes différérences sur la valeur calorique.

Tableau *donnant, pour 100 grammes de produit, cru ou cuit, la teneur moyenne des aliments en albumine et hydrates de carbone et leur valeur calorique* (d'après Galland, Gautier, Kœnig-Atwater, etc...)

Classe I. — Aliments sans hydrates de carbone.

Nom	Teneur en albumine.	Teneur en hydrates de carbone.	valeur en coloris.
Bœuf cru	20	0	125
» rôti ou grillé	23	0	172
» bouilli	35	0	170
Veau cru	20	0	110
» rôti	32	0	170
Mouton cru	18	0	140
» rôti ou grillé	27	0	170
Porc cru (jambon cru)	20	0	120
Jambon cuit	21.5	0	200
Porc rôti	32	0	220
Poulet cru	20	0	120
Saucisses, saucisson, Cervelas	34	0	500
Rillettes	16	0	510
Anguille de rivière (crue)	13	0	300
Saumon (cru)	17	0	250
Maquereau (cru)	16	0	211
Alose (crue)	20	0	180
Hareng frais (cru)	17	0	120
Raie, Perche, Merlan, Sole, Brochet, Limande, Morue fraîche, Dorade — crus	17	0	78
Homard, Langouste	18	0	85
Huîtres	9	0	50
Moules	11	0	56
Œuf *par œuf* (50 gr. poids moyen sans la coquille.)	6 25	0	85
Œuf pour 100 gr. (sans la coquille)	12.5	0	170
Saindoux	0,3	0	940
Beurre	1	0,5	800
Fromages gras	25	0	450 (très variable.
» maigres	25	0	250
Vin rouge vieux et sec	0	0	560 calories *par litre* pour 80 gr. d'alcool par litre (10°)
Cognac, kirsch	0	0 à 1 %	280 calories, pour 100 gr., pour 40 gr. d'alcool (50°).

CLASSE II. — *Aliments comprenant moins de 10 grammes d'hydrates de carbone pour 100 grammes de produit cru.*

Nom	Teneur en albumines	Teneur en hydrates de carbone	Valeur calorique
Champignons	4 à 5	1 à 2	20 à 30
Concombres, Laitue +, Tomates, Cresson, Rhubarbe, Oseille, Melon, Choux, Courge, Haricots verts —, Chicorée +, Mâche, Aubergine, Céleri en branche, Poireau +, Asperges, Piment doux	1 à 2	Ces légumes contiennent pour 100 gr. de poids cru de 2 à 5 gr. d'hydrates de carbone. Ils sont rangés par ordre de teneur croissante en hydrates de carbone. Par ébullition dans une ou plusieurs eaux salées et égouttages soigneux, ils perdent une partie de ces hydrates de carbone. (50 % en moyenne).	13 à 30
Choux-fleurs, Epinards, Céleri-rave, Panais, Betterave, Pissenlit, Navets, Salsifis +, Carottes, Raves	2 à 4	5 à 10. Même remarque que plus haut sur l'influence de l'ébullition suivie d'égouttage	30 à 60
Petits pois frais, Pois mangetout	3,5	3,5	60
Amandes fraîches	5		34
Fraises, Framboises, Groseilles	1	5	26
Myrtilles, Abricots, Pommes, Poires, Pêches, Cerises, Figues fraîches	0,50 à 1	10	45
Olives	1	8	189
Lait	4	4	72,5 725 par lit.
Laits fermentés (kéfir, koumys, yoghourt)	4	Le lactose diminue plus ou moins suivant le degré de la fermentation	
Crème fraîche	3,5	3,5	180 à 350 suivant la richesse en beurre
Bière	0,7	3 à 5	16 à 24 160 à 240 par litre

CLASSE III. — *Aliments renfermant plus de 10 gr. HC pour 100 gr de produit cru.*

Nom	Teneur en albuminefie	Teneur H. C.	Valeur calorique
Pain	6 à 7	55 à 60	275
Pain de gluten		20 à 40	
» d'amandes		10 à 15	
Farines : froment, avoine, sarrazin, maïs, riz, manioc, sagou, arrow-root	8 à 10	75	370
Pâtes alimentaires	10 à 12	75	380
Topinambour ++, Artichaut ++, Crosnes ++, Echalotte, Oignon	1,5 à 2	12 à 15	55 à 70
Pommes de terre, Patates	à 2	20	92
Cerfeuil bulbeux + +	2,5	30	130
Ail	6	30	
Pois, Lentilles, Fèves, Haricots, Riz — secs	20	55 à 60	330
Oranges, Grenades	0	11	50
Raisins frais	0,5	15	62
Noisettes sèches	14	13	650
Noix sèches	11	17	490
Amandes sèches, Arachides	20	18	630
Bananes	1,5	18	84
Ananas	0,5	20	90
Prunes fraîches	0,5	20	90
Chataignes, Marrons	2,5	33	160
Pruneaux secs	2	45	190
Raisins secs	0,5	55	320
Figues sèches	2	50	220
Dattes	2	60	260
Miel	0,5	75	320
Chocolat	5	55	465 pour 25 gr. de beurre de cacao.
Vins doux, Vins de liqueurs (champagne, malaga, muscat, porto, madère, xérès)	0	12 (variable)	Très variable avec le taux en sucre et en alcool.
Liqueurs		30 à 35	Environ 400 calories (pour 100 gr.) pour titre de 50°.

Ce tableau appelle quelques remarques :

1° Certains légumes sont marqués d'une ou deux petites croix. Cela signifie que leur réserve hydro-carbonée est formée en partie (+) ou en majeure partie (++) d'insuline. Cet amidon particulier cède à l'hydrolyse du lévulose. Ce sucre étant, en règle, mieux supporté que le glucose, la plupart des auteurs permettent ces aliments au plus grand nombre des diabétiques.

2° Les légumes bouillis à plusieurs eaux perdent une bonne partie de leurs glucides ;

3° Par la cuisson, la viande se réduit beaucoup, en perdant de l'eau. C'est ce que savent bien toutes les cuisinières. 100 grammes de viande pesée crue perd à la cuisson un bon tiers de son poids. D'où la règle, en cuisine diététique, de toujours peser les aliments crus,

Ces principes étant posés, comment faire la prescription quantitative des hydrates de carbone ? On commencera par fixer la tolérance comme nous l'avons dit. Supposons par exemple qu'elle soit de 100 grammes. Les partisans de la théorie de l'« isoglycosie » donneront alors n'*importe quel aliment* hydrocarboné, à condition de n'en pas dépasser une quantité équivalente à 100 grammes de sucre. Le tableau montre que cela fera 200 grammes de pain, 150 grammes de farine, deux litres et demi de lait. Mais il faut bien savoir que cette manière de procéder est toute théorique qu'elle ne tient pas compte d'un fait sur lequel Bouchardat a depuis longtemps insisté : c'est que chaque aliment hydrocarboné a, au point de vue de l'uti-

BIBLIOGRAPHIE

Les consultations journalières. Electrothérapie, par W. VIGNAL. 1 vol. in-16 544 pages. 179 figures, 10 planches hors texte : 32 francs. Gaston Doin, éditeur 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'Electrothérapie a singulièrement étendu son champ d'action au cours de ces dernières années ; l'*Electrodiagnostic*, grâce aux travaux de savants français, a acquis une grande finesse de précision ; aussi le besoin se faisait-il sentir d'un ouvrage présentant dans un travail d'ensemble l'état actuel de l'electrologie afin de permettre à l'étudiant et au médecin de trouver, sans perte de temps, tous les renseignements dont ils ont besoin, et ce, sous une forme claire et concise.

Les associations microbiennes. Leurs applications thérapeutiques par G. PAPACOSTAS et J. GATÉ. 1 vol. in-8° de 410 pages : 20 francs. Gaston Doin, éditeur 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Après un chapitre de généralités sur la symbiose et le parasitisme chez les végétaux, les animaux et les bactéries, les auteurs étudient les associations microbiennes proprement dites, qu'ils classent suivant le milieu où elles s'opèrent et suivant leur résultat final : associations microbiennes *in vitro* avec leurs deux modalités, stimulation et antibiose ; associations microbiennes *in vivo* avec leurs deux types, synergie et antagonisme. Certaines questions secondaires comme l'action de certains microbes sur certaines toxines microbiennes, comme le problème des milieux dits « vaccinés » (autoantibiose) sont également envisagées par les auteurs. Il en est de même de la question si mal précisée de la concurrence vitale entre bactéries.

Un chapitre est consacré au mécanisme des associations microbiennes.

Dans un court appendice les auteurs rapportent leurs recherches expérimentales sur les associations microbiennes dans la diphtérie, recherches qui illustrent parfaitement les différentes modalités possibles de ces associations.

Enfin, dans un chapitre sur les applications pratiques des associations microbiennes les auteurs étudient les acquisitions de la bactériothérapie (action thérapeutique des ferments lactiques de la pyocyanose, des levures, etc...)

Une riche bibliographie complète l'ouvrage qui comprend, de plus, un index alphabétique des différents microbes étudiés, permettant au lecteur de trouver rapidement le sujet qui l'intéresse.

Diseases of the sKin, par Henry HAZEN. St Louis, 1927, The C.V. Mosby Cy : dix dollars. Troisième édition d'un livre devenu classique aux Etats-Unis, 572 pages, 248 figures dont 2 en couleurs (cancer développé sur un lupus, roséole maculaire).

Cet ouvrage est d'une clarté extrême, dont il faut louer, à la fois l'auteur et les éditeurs, dont l'éloge n'est plus à faire. Bonne documentation, principalement américaine, mais qui n'ignore pas les travaux européens. Excellente iconographie.

Il faut noter la tendance à rejeter toute classification fondée sur la morphologie ou sur le type clinique (par exemple, il n'y a pas de chapitre eczéma, mais ce qui concerne l'eczéma se trouve aux chapitres dermatophitie, dermatite vénéneuse et dermatite anaphylactique) pour adopter une classification étiologique et pathogénique, Cette attitude rappelant, quant à la dermatologie, la tentative faite jadis par Lancereaux pour la médecine interne.

La troisième édition contient un intéressant paragraphe la dermatite anaphylactique et de précieux renseignements sur l'emploi des rayons et du radium, sur la fulguration et sur les R.U.V.

H. V

Le Jardin de Picpus, par G. LENOTRE. I. La Prison du Luxembourg. II. La Barrière du Trône. III. L'Enclos des Chanoinesses. 1 vol. in-16, sur papier alfa, avec onze phototypies. Prix : 20 fr. Librairie Perrin, 35, quai des Grands Augustins Paris.

Certaines pages de ce livre sont fécondes en traits d'une précision si appuyées, voire si rebutante, que bien des lecteurs estimeront sans doute que mieux eût valu ne point les écrire. On y suivra, dans leur effroyable marche au supplice, quelques-unes des victimes du Tribunal révolutionnaire.

Les récits de ces immolations en masse sont extrêmement rares et toujours très sommaires. Un seul, tracé par un témoin oculaire, rapporte avec une implacable minutie les circonstances de ces tueries atroces ; c'est celui que rédigea l'abbé Carichon, qui suivit les dames de Noailles jusqu'à l'échafaud.

Trop d'écrivains, dit l'A., ont tenté de réhabiliter la guillotine de l'an II pour qu'on hésite à la montrer ignoble, abominable, déshonorante, — telle qu'elle fut.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet, Le n° : 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 avril 1928 : A. Mathiez : La réaction thermidorienne (I) : La fin de la dictature du Comité du Salut public. — M. Poete : L'évolution des villes : Athènes. — E. Le Roy, Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (IX). — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (VI), — G. Cohen : Crestiien de Troies : sa vie et son œuvre (XVII) : Yvain ou le Chevalier au Lion (suite). — P. Moreau : Chateaubriand, Lamartine et la politique (III) : Splendeur et misère (après 1830).

Le « pot de basilic », par Mme Madeleine CLEMENCEAU-JACQUEMAIRE : un volume in-16 broché. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris, 1928. Prix : 12 frs.

Mme CLEMENCEAU-JACQUEMAIRE est de ce beau pays de Vendée et son livre en est tout imprégné, où elle raconte son enfance, où elle évoque sous des noms fictifs les personnages qui ont entouré ses premières années (et quoi de plus émouvant que de pénétrer avec elle dans l'intimité d'une famille où se sont formées l'enfance et la jeunesse du grand homme d'Etat que devait être plus tard son père), où elle décrit en même temps, avec infiniment de charme, de poésie simple et vraie, les joies, les douleurs, les émotions, les réflexions d'une petite fille qui observait beaucoup, ressentait vivement et qui est restée pleinement sincère.

lisation son coefficient personnel, *qui change d'un malade à l'autre*. D'après Marcel Labbé on pourrait établir une sorte de hiérarchie des glucides et voici comment il les range dans l'ordre de la tolérance décroissante : pommes de terre, farine d'avoine, macaroni, châtaignes, riz, légumes secs (haricots, lentilles, pois), lait, pain, sucre.

On peut observer en fait les variations les plus grandes. Il n'y a guère qu'un point très important sur lequel tout le monde s'accorde : *c'est que le pain est un des hydrates de carbone les plus mal tolérés*, En surplus de la commodité, c'est, nous l'avons déjà dit, une raison de s'en servir pour fixer la tolérance : il est probable que le malade tolérera, et au-delà, des quantités d'autres aliments sucrés isoglycosiques au chiffre ainsi obtenu, c'est là pratiquement l'essentiel.

Je n'entrerai pas ici dans de longs détails de cuisine diététique appliquée au diabète : on a donné des recettes pour la préparation de crèmes, de gâteaux ne renfermant ni lait, ni féculents. Ce sont en général de médiocres friandises et les malades préfèrent s'en passer. Mais il me faut dire un mot sur les succédanés que l'on emploie pour faire accepter la suppression de deux aliments qui font d'autant, plus envie aux diabétiques qu'ils en sont plus privés : le pain et le sucre.

La privation de pain est particulièrement pénible aux malades : on le remplace d'ordinaire par des pommes de terre bouillies, à l'anglaise. Mais il faut souvent recourir à des succédanés, dits pains de régime. Le pain de gluten, pour être mangeable doit renfermer encore une notable proportion d'amidon : il faut se le procurer dans une maison spécialisée et sérieuse qui donne la composition exacte de ses produits. Le pain d'amandes est préférable, car il reste savoureux malgré une très faible quantité de féculents : mais sa richesse en principes gras en font, comme disent les malades, un « pavé sur l'estomac ». Plus simplement on donnera une petite quantité de pain ordinaire, *fortement grillé* : il semble acquis qu'un début de caramélisation transforme l'amidon en polysaccharides plus facilement assimilables.

Pour le sucre, les malades en acceptent plus volontiers la suppression totale. Cependant, là encore, on a cherché des succédanés et proposé la glycérine et surtout la saccharine. La glycérine n'a aucun inconvénient, mais son goût, douceâtre plus que sucré, répugne à beaucoup de diabétiques. Quant à la saccharine (imide sulfo-benbenzoïque), son pouvoir sucrant est très élevé, mais elle n'est pas sans inconvénient pour le parenchyme rénal Le mieux est de ne pas l'employer du tout : si vous y êtes contraints, rester dans les doses faibles : elle se présente sous la forme de petits comprimés de cinq centigrammes (sucre édulcore). Ne dépassez pas 2 à 3 comprimés dans les 24 heures.

Je dirai enfin que la surveillance du régime antidiabétique exige du médecin de serieuses qualités de psychologie. Le diabétique est souvent un malade difficile, regimbant contre les prescriptions diététiques, et cela d'autant plus qu'il est doué d'un plus fort appétit Il faut parfois, si l'on peut dire, rendre la main pour la reprendre ensuite. D'où la nécessité d'examens fréquemment répétés des urines : la constatation des poussées de glycosurie, des poussées d'acidose même, qui suivent les écarts de régime fera plus, pour l'obéissance du malade, que toutes les objurgations du médecin.

Deuxième cas. La tolérance est faible.

Supposons qu'elle soit égale à 50 grammes. Dans ce cas vous ferez une prescription quantitative complète.

Voici comment vous procéderez :

Prescription quantitative compléte. Soit un sujet de 60 kilogrammes. Vous allez prescrire successivement les glucides, les albumines et les graisses.

Les hydrates de carbone. — Rien à changer à ce que nous avons vu plus haut, mais en tablant, bien entendu, sur une tolérance de 50 grammes.

Les albumines. — Ici intervient la question du minimum d'azote. Sans entrer dans les discussions interminables qu'a soulevées ce problème, je vous rappellerai que les chiffres fixés par les auteurs ont beaucoup varié, mais d'ailleurs toujours dans le sens de la réduction. Alors qu'au début. Voit exigeait près de 2 grammes d'albumine par kilogramme et par 24 heures, on est desdescendu à 1 gr. 50 puis à 1 gramme et les expériences d'alimentation faites pendant la guerre par Hinhede ont prouvé que l'on pouvait réaliser l'équilibre azoté avec des chiffres beaucoup plus faibles encore. Chez le diabétique, dont le rein est souvent fragile, il n'y a pas intérêt à forcer la dose d'albumine, surtout d'albumines animales, qui sont de beaucoup les plus toxiques et les plus cétogènes. *Nous la fixerons donc à 1 gramme par kilogramme et par jour.* Chez notre sujet de 60 kilogrammes nous donnerons donc 69 grammes d'albumine dans les 24 heures. Si l'on néglige la dose d'albumine apportée par l'aliment hydrocarboné, le tableau montre que cela fera, par exemple, 300 grammes de viande *pesée crue*.

Les graisses. — On déterminera leur teneur en se basant sur les considérations de régime équilibré que nous avons envisagées au début. D'après Schäfer, une tolérance hydrocarbonée de 50 grammes autorise la prescription de 50 × 2 = 100 grammes de graisses.

Le régime ainsi prescrit comprendra donc :

50	grammes de glucides.	Valeur calorique...		200	calories
60	—	d'albumines	» »	240	—
100	—	de graisses	» »	900	
				1.340	calories

Pour mettre ce régime en pratique et pour l'essayer sur le malade, on donnera : les glucides sous forme de pommes de terre (250 grammes), les albumines sous celle de viande de bœuf (300 grammes), les graisses sous forme de beurre (100 à 110 grammes.) On autorisera la consommation de légumes verts bouillis à deux eaux et bien égouttés (salade cuite par exemple.) Leur valeur calorique est des plus faibles et ils permettent l'ingestion des graisses. Ces quantités seront réparties au gré du malade, dans le courant de la journée.

Il faut remarquer expressément qu'un pareil régime est théoriquement insuffisant puisqu'il ne donne que 1340 calories au lieu des 1,800 calories requises (60 kilogs × 30 calories). On pourra cependant le prendre comme base d'essai, à condition que le malade soit bien couvert et ne soit astreint à aucun travail pénible. Si le malade maigrit, on pourra essayer de le modifier, en augmentant progressivement les graisses, en surveillant dans l'urine les réactions d'acidose. Mais il s'agira toujours là d'un équilibre très instable, que le moindre accident pourra rompre. On serait alors reporté au cas suivant où l'emploi de l'insuline est nécessaire.

Troisième cas. La tolérance est nulle.

Elle peut même être négative car il existe des formes où le diabétique excrète dans l'urine plus de sucre qu'il ne reçoit de glucides. Tous ces cas correspondent au grand diabète acidosique et ils sont le triomphe de l'insuline.

Rappelez-vous en effet quelle était, il y a si peu de temps encore, la situation du médecin vis-à vis de ces malades et quels efforts il fallait faire pour n'aboutir qu'aux résultats les plus médiocres. Je vais vous rappeler quelques-uns des régimes dont on usait alors. Il faut les connaître : ils ont d'une part un intérêt historique : d'autre part on est bien parfois encore obligé d'y recourir, soit que l'on tombe sur un de ces faits rarissimes où l'insuline est inactive, soit que l'on soit contraint de

ménager ce produit, pour des raisons pécuniaires ou autres.

La cure de jeûne (Guelpa-Allen.) — Cette cure est logique, car dans l'impossibilité d'établir un régime équilibré, la seule manière de pallier l'acidose était de maintenir le malade au lit, en réduisant à l'extrême la ration alimentaire. Cette cure donnait assez souvent de bons résultats, car un de ses effets était de remonter la tolérance : mais dans les formes graves le bon résultat ne durait guère dès que l'on reprenait une alimentation même réduite. Comme on l'a dit : « on faisait vivre le malade en le faisant mourir de faim ».

La cure de légumes verts (Cantani.) Elle n'est au fond qu'une forme moins brutale de la cure de jeûne. Même à l'heure actuelle, avec le traitement insulinique, elle peut trouver des indications.

La cure de farine d'avoine. (von Norden). — Elle consiste à supprimer complètement les albumines animales et à faire ingérer au malade un mélange de farine d'avoine et de beurre. L'idée théorique dont elle dérive est que le rôle cétogénique des albumines animales prime de beaucoup celui des matières grasses. C'est la théorie de l'Ecole allemande : il y a des cas auxquels elle s'applique et, chez ces malades, le régime de von Noorden est susceptible d'heureux effets. Mais le moins que l'on puisse dire est que les résultats sont fort inconstants. Les mêmes principes ont été appliqués par M. Marcel Labbé dans sa cure de légumes secs.

De toute manière, le traitement de ces malades était singulièrement ardu. L'insuline a changé tout cela en restituant à l'organisme sa puissance d'utilisation des hydrates de carbone. L'insuline rend en effet le médecin maître de la tolérance : il n'a pas à la prendre telle que la lui donne la nature : il choisit celle qu'il désire et, pour l'imposer à l'organisme il va lui falloir régler simultanément le régime et la dose d'insuline. *On ne saurait trop insister sur ce fait essentiel que donner l'insuline ne dispense pas d'établir un régime. Tout l'art du thérapeute consiste au contraire à les ajuster l'un à l'autre.*

On choisira donc une tolérance de 50, 75, 100 grammes et on prescrira un régime quantitatif complet exactement comme nous venons de le voir. Il faudra alors régler la dose d'insuline, mais ici je m'arrête puisque la question de l'insulinothérapie ne rentre pas dans le cadre de cette leçon.

Je n'ai pas à vous parler non plus du traitement diététique des complications du diabète. Elles doivent suivre le sort de la forme du diabète où on les observe, sous cette réserve qu'une complication même bénigne et apparaissant au cours d'un diabète bénin, peut être traitée par l'insuline si elle ne cède pas au régime simple.

Je ne dirai qu'un simple mot du diabète compliqué de tuberculose. Je ne crois nullement, pour ma part, que la tuberculose soit une contre-indication à l'insuline. Là n'est pas la question d'ailleurs. Mais, au point de vue régime, un tuberculeux diabétique doit être réglé comme un diabétique et non suralimenté : c'est là un point important que M. Labbé a bien mis en lumière.

Les régimes hyposucrés en dehors du diabète.

Cette question nous arrêtera peu : je l'étudierai dans son application au traitement des états prédiabétiques et de certaines formes de l'épilepsie.

Les états prédiabétiques. — On rencontre souvent dans la pratique des états diathésiques qui, paraît-il, sont voisins du diabète simple. Il s'agit du vaste groupe fort bien défini que l'on désigne du nom vague d'arthritisme ou de neuro-arthritisme. Rentrent dans ce groupe : l'obésité la goutte, de nombreuses névralgies, des états anxieux, etc. Tantôt il existe des traces de sucre dans l'urine des malades : plus souvent l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire, que j'ai créée il y a vingt ans avec mon regretté maître Gibert, montre une courbe anormale et voisine de celle du diabète simple. Nous savons fort mal à quoi correspondent tous ces états au point de vue pathogénique : mais, au point de vue pratique, on obtient souvent de bons résultats par la réduction alimentaire globale et le régime hyposucré.

L'épilepsie. — Il s'agit d'études toutes récentes qui ont été faites en Amérique où Geyelin, Wilder, Petermann observèrent que, dans l'épilepsie infantile, le jeûne donne parfois de remarquables résultats thérapeutiques. En réfléchissant au mécanisme de cette action, ils se demandèrent si elle ne reviendrait pas à la cétose produite par le jeûne.

Leurs recherches ultérieures ayant paru confirmer cette donnée, ils cherchèrent à réaliser chez leurs petits malades un régime cétogénique. Je vous ai expliqué plus haut que, pour les Américains, ce sont les graisses qui créent la cétose alors que les hydrates de carbone sont anticétogéniques. Il suffisait donc, théoriquement au moins, de supprimer les glucides (régime hyposucré) et d'augmenter corrélativement les graisses. Je me contente d'indiquer le principe sans entrer dans le détail de l'application. Le traitement est difficile à faire supporter par le malade, d'autant plus qu'il doit être de longue durée. Les résultats sont inconstants et ils ne valent d'ailleurs que pour l'épilepsie infantile.

En terminant cette courte revue des régimes hyposucrés, je ne saurais trop vous engager à vous pénétrer des principes que j'ai cherché à vous exposer. Leur connaissance vous permettra sans peine de voir clair dans un cas particulier, pour le plus grand bien de vos malades.

Les régimes déchlorurés,

Par G. MARCHAL,

médecin des hôpitaux.

I. Généralités.

Le régime déchloruré, fondé sur *des bases rationnelles*, a moins de 30 ans d'existence. Et pourtant, c'est l'un des régimes dont l'usage s'est, à juste titre, *répandu au maximum*.

C'est l'un de ceux dont vous pourrez attendre les *meilleurs résultats* dans des affections diverses, à condition de ne pas l'enfermer dans des règles trop étroites et de le combiner à d'autres moyens thérapeutiques.

L'INTÉRÊT d'une telle étude est avant tout *pratique*, puisqu'elle nous fournit une arme précieuse pour favoriser la résorption des œdèmes.

Mais il est impossible d'envisager le régime déchloruré sans tenir un large compte des bases biologiques de son emploi, et là nous abordons la *question épineuse*, complexe et controversée, encore à l'ordre du jour : la *pathogénie des œdèmes*, qui a fait l'objet de trois rapports très documentés au *Congrès de médecine de* 1927, et qui remplit le numéro du *Journal médical français* de décembre 1927. Ce sont, en définitive, des considérations de *pathologie générale* qui légitiment la carence du sel dans les aliments, et ceci dans plusieurs domaines particuliers, à savoir : dans les maladies rénales, cardiaques, hépatiques, gastriques et dans certaines affections nerveuses.

II. Historique.

C'est en 1896 que WINTER étudie une loi fondamentale : sur *l'équilibre moléculaire des humeurs*, lié à des phéno-

mènes d'osmose, et où le NaCl *joue un rôle essentiel* par la facilité de sa dissociation électrolytique.

Ainsi, le sel, au premier rang des substances cristalloïdes apparaît comme un *élément régulateur* dans les échanges de l'organisme.

En 1899 et 1900, le grand physiologiste Ch. RICHET étudie avec LANGLOIS le rôle de l'alimentation sur la teneur des tissus en chlorures. Il observe que l'alimentation déchlorurée fait *baisser*, chez les animaux en expérience, le Cl *des tissus de* 10 % ; en outre, l'injection de sucre dans le sang diminue de 25 % la quantité des chlorures ; et la saignée détermine une spoliation de NaCl dans les tissus, marquant le passage de la lymphe interstitielle dans le sang appauvri.

Avec TOULOUSE, Ch. RICHET observe que les manifestations toxiques et thérapeutiques de la bromuration sont accrues par la suppression des chlorures alimentaires. Ils préconisent l'alimentation pauvre en chlorures ; et c'est ainsi, dans le traitement de l'épilepsie qu'est né le régime déchloruré.

ACHARD, avec LŒPER, puis avec LAUBRY dès 1901 démontre que la composition du sang tend à se maintenir constante par divers mécanismes régulateurs. Ces mécanismes, assurés par toutes les glandes, le sont surtout par les reins ; lorsque ceux-ci sont lésés, certaines substances, et parmi celles-ci le NaCl en particulier, sont rejetées dans les tissus et, en vertu de l'équilibre osmotique des cristalloïdes, attirent l'eau nécessaire à leur dilution, provoquant ainsi les œdèmes. « Le sel fixe l'eau, et l'eau fixe le sel ».

Telles sont les idées majeures que ces auteurs ont dégagées d'un très grand nombre de faits expérimentaux, de dosages très précis dans les humeurs, et d'observations cliniques.

Nous trouvons dans la *Thèse de* LOEPER, qui condense tous ces faits, une abondance remarquable de considérations sur la rétention hydro-saline dans les espaces interstitiels, base primordiale des œdèmes (liquides pauvres en albumine, et contenant de 6 gr. à 7 gr. 80 de chlorure) :

L'hypochlorurie traduit la rétention du NaCl dans les néphrites aiguës, et dans les poussées aiguës des néphrites interstitielles ;

Les substances non éliminées par les reins sont complexes, et le NaCl en est un élément important ;

L'œdème extériorisé est précédé d'une phase d'œdème profond, décelable par l'examen microscopique : c'est l'*œdème histologique* ;

D'autres conditions que des troubles rénaux déterminent certains œdèmes, en particulier, *chez les asystoliques*, le ralentissement circulatoire, des troubles de la pression artériolo-capillaire, enfin des lésions des parois vasculaires et capillaires.

Nous trouvons aussi des notions, dont on fait grand bruit aujourd'hui, sans les avoir sensiblement modifiées : la rupture d'équilibre entre les pressions osmotiques et hydrostatiques ; les changements dans les *pressions osmotiques* des *colloïdes* et des *cristalloïdes*, d'après les faits physico-chimiques notés par Starling.

Enfin l'absorption de grandes quantités de liquides apparaît nuisible, parce qu'elle augmente l'eau de dilution dans les œdèmes.

Et le rôle de *la saignée*, drainant les espaces lymphatiques interstitiels vers la circulation générale et les reins, est nettement souligné.

Cette thèse représente *une mine de documents précieux*. Pourtant, si les dangers de la chloruration étaient bien mis en valeur, la contre-partie ne s'y trouvait pas formellement exprimée.

A cette suite de travaux absolument remarquables il manquait le régime déchloruré. Et il en était de même pour les recherches de CLAUDE et MAUTÉ.

CLAUDE et MAUTÉ avaient proposé d'étayer un pronostic des néphrites sur l'étude de l'élimination hydro-chlorurée et de la courbe cryoscopique des urines, après l'injection de 10 grammes de NaCl (épreuve de la *chlorurie alimentaire*.)

En juin 1903, WIDAL et LEMIERRE publient à la Société médicale des hôpitaux des résultats absolument démonstratifs de *chloruration* et de *déchloruration*, faisant apparaître ou disparaître les œdèmes à volonté, avec la rigueur d'une expérience.

Mais cette influence n'est puissante qu'*en période de rétention*, alors qu'il n'existe aucune crise chlorurique dans les urines.

Les auteurs concluent : « Ce fait nous apporte un enseignement précieux sur la diététique des néphrites. Il nous apprend que la diète chlorurée momentanée trouve ses indications chez certains brightiques ».

Cette communication retentissante fut le point de départ de multiples travaux et d'innombrables discussions sur le métabolisme du Na Cl, et la valeur du régime déchloruré.

Dès lors, la question s'anime d'une vie débordante, passionne les chercheurs et occupe la plupart des séances des sociétés savantes, au cours des années 1903 et **1904**.

La part du bloquage rénal et du rôle exclusif du NaCl dans la rétention hydrique ne cadraient qu'imparfaitement avec la complexité des phénomènes invoquée par Achard, et confirmée par les récents travaux biologiques.

Mais cette *étape intermédiaire s'est montrée fructueuse*, puisqu'elle a permis de régler le régime déchloruré. Le rôle d'un sel aussi important que le NaCl dans l'alimentation et dans les échanges organiques méritait d'être isolé, et monté sur un piédestal. Suivant les termes d'Achard : « *A la chaîne des faits préexistants* WIDAL et LEMIERRE *ont ajouté un nouvel anneau, ni le moins important, ni le moins solide* ». Puis WIDAL précise, avec JAVAL, les modalités d'application du régime déchloruré.

Il montre que les heureux effets du *lait*, donné en quantités modérées, tiennent à sa faible teneur en chlorures. Il substitue divers régimes, à peu près aussi riches en albuminoïdes, et à la fois isohydriques et isothermiques. Et ainsi il préconise la substitution d'un régime déchloruré, composé des aliments les plus variés, au régime hypochloruré que constitue l'usage du lait, lorsque les circonstances le commandent.

VIDAL et JAVAL observent également les bons résultats des régimes déchlorurés sur l'*albuminurie* des néphrites épithéliales.

ACHARD et PAISSEAU comparent l'action du régime carné et du régime amylacé sur la rétention des chlorures et de l'urée ; et ils montrent les avantages d'un *régime riche en substances amylacées, non toxique*, et favorisant souvent la polyurie : ceci en raison des propriétés diurétiques des sucres, lesquels peuvent aussi déterminer une crise chlorurique.

Le rôle du régime déchloruré dans les hydropisies d'*origine cardiaque* est étudié par Pierre MERKLEN. Cet auteur montre qu'à côté de la transsudation œdémateuse par *stase capillaire*, il faut réserver une part assez importante à la *rétention du Na Cl* chez les asystoliques, et il en voit la preuve dans la période de résorption des œdèmes, où la crise polyurique s'accompagne d'une décharge chlorurée.

WIDAL FROUIN et DIGNE confirment ces faits et expliquent l'inconstance d'action du régime déchloruré chez les cardiaques, par les différences de méïopragie fonctionnelle du myocarde, par l'intervention variable du foie cardiaque, et par la *stase périphérique*.

« *Il est plus facile, pour le sel ingéré, de pénétrer dans les tissus d'un cardiaque que d'en sortir*. En supprimant le sel, on supprime du même coup une cause d'hydratation. De ce fait, on n'a pas rendu au système cardio-vasculaire l'énergie qui lui manque... Chez le brightique, le régime déchloruré a sur les œdèmes une action curative ; chez le cardiaque plutôt une *action suspensive* ».

A la même séance de la Société médicale des Hôpitaux, VAQUEZ et LAUBRY font également observer que le régime déchloruré trouve des indications moins nombreuses et moins nettes que dans le brightisme ; il agit *moins comme une véritable cure que comme une ration d'entretien*, mettant le cardiaque à l'abri des dangers d'une forte chloruration.

CHAUFFARD, WIDAL, ACHARD, insistent sur la nécessité

des *pesées quotidiennes* pour suivre l'hydratation, dépistant même le pré-œdème, c'est-à-dire l'infiltration profonde qui peut atteindre jusqu'à 6 kgr. et correspond à l'œdème histologique.

ACHARD et PAISSEAU, qui rappellent les travaux de Le Gendre, d'Olmer et Audibert, rapportent deux cas *d'ascites* améliorées par le régime déchloruré. Ils montrent que l'apport réduit des chlorures dans l'économie est un moyen, tout au moins adjuvant dans le traitement de toutes les hydropisies. D'une façon générale, un régime hypochloruré *ralentit les progrès de l'ascite*, surtout si, chez les cirrhotiques, l'on combine une alimentation hypersucrée.

WIDAL fait observer qu'il paraît plus facile pour le sel ingéré de pénétrer dans l'épanchement ascitique que d'en sortir.

Et CHAUFFARD préconise aussi chez les cirrhotiques le régime déchloruré ; c'est une utile ressource, qui repose du régime lacté, et qui peut déterminer un *effondrement des œdèmes périphériques* plus souvent qu'une diminution de l'ascite.

TOULOUSE poursuit cliniquement les études qu'il avait entreprises avec Ch. Richet, sur le régime déchloruré en fonction de la cure bromurée chez *les épileptiques*.

Et son élève LAUFER a ainsi l'occasion de noter le retentissement de ce régime sur le fonctionnement de l'estomac chez les hyperchlorhydriques.

VINCENT et LINOSSIER envisagent diversement les effets des régimes déchlorurés sur l'hyperchlorhydrie.

Ainsi en deux ans, le régime déchloruré est étudié dans de multiples travaux. Mais ce qui domine, c'est la grande portée pratique de son emploi dans *les néphrites*.

LOEPER et LAUBRY reprennent l'idée d'Achard, que l'insuffisance de l'émonctoire rénal n'est pas tout dans la genèse de l'œdème ; il y a aussi des *troubles tissulaires importants*, liés à une lésion primitive des capillaires. Certains œdèmes sont *spoliateurs*, et en ce cas le NaCl semble le témoin de la rétention autant que la cause.

De nombreux travaux biologiques viennent de remettre en pleine lumière le bien fondé de cette conception. Ces recherches sont très clairement condensées dans le récent rapport de PASTEUR VALLERY-RADOT, qui avait fourni une importante contribution à l'étude de la déchloruration par la mise en évidence d'un rythme éliminateur en échelons successifs et progressifs.

Quel que soit l'intérêt des récentes théories bio-chimiques sur la formation des œdèmes, nous ne pouvons que les esquisser puisqu'elles n'entament pas, en pratique, la valeur des régimes déchlorurés et hypochlorurés, que l'épreuve du temps à confirmée.

BLUM admet que dans la dissociation électrolytique du NaCl c'est l'ion *Na* seul qui détermine les œdèmes. Chez les brightiques œdémateux, l'ion Na semble déplacé par le *Ca ou le K*, qui méritent ainsi le nom de *diurétiques interstitiels*. Cet auteur explique avec sa théorie les faits curieux de *rétention chlorurée sèche*, observés en 1905 par AMBARD et BEAUJARD : La rétention hydratante se fait dans les espaces interstitiels sous l'influence chlorurée sodique, agissant par l'ion Na. Au contraire, la rétention sèche est cellulaire, sans sodium, principalement sous forme de Cl fixé aux protéines.

GOVAERTS étudie en clinique la *pression osmotique des protéines* qui avait été démontrée *in vitro* et *in vivo* par STARLING. Il s'agit d'une force mesurable, representant une constante physique des protéines, au même titre que la solubilisé et le poids moléculaire. L'*abaissement* de cette force d'attraction due aux protéines du sérum est un facteur d'œdème, et ainsi se trouve vérifiée la rupture d'équilibre entre la tension capillaire et la pression osmotique des protéines, déjà invoquée par LOEPER.

Cet abaissement caractéristique est dû aussi à des perturbations humorales, telles que la *diminution de l'albumine et l'accroissement des globulines et du fibrinogène dans le sérum*, telles enfin que *l'excès des lipoïdes sanguins*, lécithine et cholestérine.

Ces dosages sanguins sont à la base des conceptions allemandes sur les lipoïdo-néphroses les *néphroses de* VOLCHARD correspondant à peu près à nos néphrites hydropigènes.

Enfin l'étude de la lipémie a donné de l'importance *au cœfficient lipocytique* $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acides gras}}$ qui est proportionnel au pouvoir d'imbibition des tissus. ACHARD, RIBOT et LEBLANC ont trouvé en cas d'œdème une augmentation du rapport lipémique, équivalent sanguin du coefficient lipocytique décrit par MAYER et SCHAEFFER.

En somme, des phénomènes biologiques très complexes semblent aboutir à une appétence des espaces interstitiels pour un courant hydrosalin, dans les hydropisies : la résultante correspond à ce que M. Labbé appelle *l'hydrophilie tissulaire*, que l'on peut apprécier par le *test de* MAC LURE et ALDRICH ; celui-ci n'est autre que le raccourcissement du temps de résorption pour une petite boule d'œdème intradermique après injection de 2/10e de cmc. d'une solution de Na Cl à 8,5/1.000.

Il n'est pas jusqu'aux *hormones thyroïdienne et surrénale* qui ne paraissent influer sur la formation et la résorption des œdèmes, suivant les travaux d'EPPINGER et d'EPSTEIN.

De ces recherches récentes, que retiendrons-nous pour notre sujet ?

1° Le sel de cuisine reste contre-indiqué dans les hydropisies ; en effet bien d'autres sels de soude peuven, contribuer à la genèse des œdèmes, comme l'ont démontré expérimentalement AUBEL et MAURIAC, mais le NaCl est le seul d'entre eux qui soit ingéré abondamment dans l'alimentation courante.

2° Les thérapeutiques à associer, suivant les cas, au régime déchloruré viennent de bénéficier de quelques essais intéressants.

III. Métabolisme du NaCl.

Le rôle hydropigène du NaCl reste indiscutable ; c'est éminemment le sel des échanges, le sel régulateur dans l'organisme.

Il est extraordinairement répandu dans la nature, et entre *très largement dans l'alimentation quotidienne.*

On doit en distinguer trois *variétés d'ingestion* quotidienne :

1° La quantité indispensable ;

2° La ration de luxe ;

3° *La ration tolérée* (intermédiaire aux deux précédentes).

La quantité indispensable varie de 2 à 3 gr. (1 gr. 50 pour Richet) atteignant rarement 4 grammes, lorsque l'alimentation est très *végétarienne*, c'est-à-dire riche en K, spoliateur de Na.

Il faut en effet un minimum de NaCl, pour suppléer aux déperditions des viscères, du plasma sanguin et lymphatique, et de la bile.

La ration de luxe est celle que la plupart d'entre nous ingèrent chaque jour puisque la majorité de nos aliments contiennent du NaCl, sont salés à la cuisine, et assez souvent ressalés à table. Cette quantité, très variable, de 10 à 15 gr. peut atteindre une vingtaine de grammes.

Quant à la *ration tolérée*, chez les malades, on doit la fixer par le *bilan des chlorures*, en comparant la chlorurie au poids de Na Cl ingéré. L'élimination intestinale est pratiquement insignifiante, sauf dans les cas d'urémie digestive. Il se fait alors, par les vomissements et par une diarrhée profuse, ce que Widal et Javal ont appelé : une *déchloruration de fortune*.

Les aliments très riches en sel, à proscrire, sont :

Le *pain* ordinaire et surtout le pain de fantaisie, et les croissants ;

La *charcuterie* ;

Le *bouillon* (jusqu'à 12 gr. par litre Vaquez et Laubry)

Les lentilles, les épinards et les choux-fleurs.

Les aliments pauvres en NaCl sont :

Le *lait* (environ 1 gr. 50 par litre), et Widal attribue à cette propriété hypochlorurée les bons effets du lait ingéré à doses modérées ;

Les *œufs* 7 centigrammes) ;

Les pommes de terre ;
Le riz ;
Les carottes et les petits pois.

Quelques exemples de régimes déchlorurés et hypochlorurés.

Aliment	Quantité	Auteurs
Viande crue dégraissée	400 gr.	Widal et Javal. Régime donnant plus de 1500 calories. La viande peut être remplacée par des gelées.
Pommes de terre	1000 gr.	
Beurre	80 gr.	
Sucre	100 gr.	
Pain hypochloruré	200 gr.	Richard et Paisseau.
Pommes de terre	700 gr.	
Beurre	50 gr.	
Fromage blanc (préparé avec 1 litre de lait).		
Lait	1.000 gr.	Toulouse et Laufer.
Pommes de terre	300 gr.	
2 œufs		
Viande	300 gr.	
Farine	200 gr.	
Sucre	50 gr.	
Beurre	40 gr.	

Donc le régime déchloruré se base sur deux éléments :
La *suppression absolue du sel* comme condiment et le *choix de mets variés*, pratiquement dénués de NaCl.

IV. Modalités d'application.

1° Chez les rénaux. Le régime sera appliqué *avec rigueur* dans les *néphrites dites hydropigènes*, néphrites aiguës et mal de Bright. Rappelons pourtant son inefficacité, en certains cas, et surtout lorsqu'il s'agit des énormes infiltrations des *néphrites syphilitiques secondaires*, réductibles seulement par les effets d'un traitement spécifique prudent.

La même rigueur de régime s'appliquera aux cas de *rétention chlorurée sèche.*

Mais des *atténuations* doivent être apportées lersque le bilan chloruré se rapproche d'un taux normal.

Comme régime associé, l'on prescrira le régime *hypo-azoté*, au prorata de la rétention uréique.

Et au contraire, un *régime riche en viandes* et en fromage de gruyère a pu donner récemment des résultats remarquables dans des cas de lipoïdo-néphroses, avec albuminurie et gros œdèmes.

La *quantité des boissons* sera restreinte, presqu'autant que chez les asystoliques, et sera fixée autour de 1 litre 500 par jour.

Enfin le *médicament de choix à associer* est la *théobromine*, diurétique chlorurique, par opposition à la scille, diurétique azoturique.

Le *chlorure de Ca* peut être prescrit, sous forme anhydre, à dose très élevée, autour de 8 gr. par jour ; mais les résultats en sont assez inconstants.

Enfin l'*extrait thyroïdien* a pu aider à la résorption de certains œdèmes.

2° Chez les asystoliques, la cure sera bien moins souvent rigoureuse, et on l'utilisera *momentanément* comme précieux adjuvant des médications héroïques, à base de *digitale* ou de *strophantus*, avec la *théobromine* et la *saignée*.

La *réduction des liquides*, préconisée par Huchard et Ch. Fiessinger est au moins aussi utile que les régimes hypochlorurés.

Dans les *périodes de bonne compensation* myocardique, la sévérité fléchira, puisque la ration tolérée sans inconvénients devient assez forte.

3° Chez les cirrhotiques, le régime déchloruré associé à un *régime riche en amylacés* et *en sucres* peut faire diminuer notablement une ascite, comme l'a noté Achard.

Et il est évident que l'*opothérapie hépatique*, ainsi que la *suppression absolue de toute boisson alcoolisée*, doivent être également prescrites.

Dans ces trois variétés d'anasarque, il faut *évacuer les épanchements séreux importants et moucheter les œdèmes très volumineux*.

En outre, nous avons depuis quelques mois un puissant diurétique à notre disposition : c'est un composé mercuriel, de la série cyclique, le *novasurol*, et en France son proche parent le neptal ou 440 B. L'injection intramusculaire déclanche le plus souvent une polyurie considérable, mais d'assez faible durée, *avec des modifications variables de la concentration des urines en chlorures* ; néanmoins cette chasse hydrique et chlorurée, atténue les œdèmes. Des résultats presque inespérés ont pu être obtenus en *répétant* les injections tous les quatre ou cinq jours, et en soutenant l'action diurétique par de la *théobromine* dans les journées intermédiaires.

4° Chez les hyperchlorhydriques, le régime *déchloruré* trouve ses raisons dans la *formation glandulaire de l'acide chlorhydrique* aux dépens du NaCl du sang. L'acide carbonique déplace l'HCl, acide fort, par effet de masse ; l'HCl est éliminé par la muqueuse gastrique, et le bicarbonate du sang passe dans la circulation.

Peu de temps après Bouveret, Hayem et Lion, puis Vincent, en 1904 préconisèrent ce régime qui leur avaient permis d'améliorer des sensations de brûlures gastriques, et d'abaisser la chlorhydrie, chez des malades hyperchlorhydriques.

Linossier émit quelques réserves, en montrant que l'action du sel dans l'estomac peut fournir des résultats contradictoires, dont l'analyse physiologique rend aisément compte.

Au cours de la digestion, le sel forme une solution hypertonique dans l'estomac ; et celle-ci attire un « suc de dilution » qui abaisse momentanément l'acidité.

Ainsi la privation de sel doit être absolue et prolongée, pour diminuer la sécrétion chlorhydrique, par l'intermédiaire de l'étape sanguine.

Mais ces critiques n'enlèvent pas la valeur pratique des régimes peu salés chez les hyperchlorhydriques.

5° Chez les épileptiques, la déchloruration associée à la bromuration minima a perdu de son importance, depuis l'emploi du *tartrate borico-potassique* et surtout du *gardénal*.

Néanmoins la méthode garde ses indications dans des cas assez nombreux. Le régime hypochloruré augmente l'appétence des tissus pour les bromures, et *quintuple* l'efficacité de ceux-ci ; 2 grammes de bromures (parmi lesquels Toulouse recommande le NaBr) agissent comme 10 grammes avec un régime ordinaire.

Le principe physiologique de la méthode est donc une substitution du Br au Cl : c'est une *action métatrophique*, suivant l'expression de Richet et Toulouse.

En pratique, cette déchloruration ne peut être maintenue indéfiniment : il faut *manœuvrer en sens inverse les deux rênes des chlorures et des bromures*, et pour cela procéder par tâtonnements.

Le régime déchloruré est supporté plus *facilement chez les enfants épileptiques*, En effet, chez les adultes, quelques auteurs ont observé un *délire mélancolique* assez comparable au délire d'inanition, et peut-être aussi achlorurique ; la reprise d'un régime normal est alors indiquée momentanément.

Il n'est pas jusqu'à la *phlegmatia* d'après Chantemesse, et jusqu'au vulgaire *coryza* d'après Jacquet, et Pierre Merklen qui n'aient pu bénéficier du régime déchloruré, Et pourtant ce régime, si préconisé, apparaît pénible à beaucoup de malades.

V. Les inconvénients d'un régime déchloruré trop absolu.

Le sel est éminemment *sapide*, et sa privation brusque

n'est pas acceptée facilement chez tous les malades Il en résulte, en effet, un *affaiblissement d'appétit*, trouvant son explication dans la sécrétion psychique de l'estomac, moins active.

D'ailleurs, au *bout de quinze jours*, les malades s'accoutument assez aisément au régime sans sel. Et suivant les cas, l'on permettra des *correctifs* du goût : citron, aromates, tels que l'estragon, le thym et le laurier, et même le vinaigre et la moutarde chez les sujets qui ne souffrent pas d'hyperchlorhydrie.

Un succédané gustatif a même été proposé : l'amino-sel, sans NaCl.

CLAUDE a observé sur lui-même les inconvénients d'un régime déchloruré absolu : anorexie, fatigabilité, moins de facilité au travail, et troubles gastriques.

HUCHARD et Ch. FIESSINGER ont confirmé les mauvais effets de régimes déchlorurés administrés sans raisons suffisante ; ils mettent les médecins en garde contre la tendance à considérer le régime déchloruré comme une panacée.

BLUM vient de montrer qu'un organisme longtemps privé de chlore souffre de troubles profonds de la fonction rénale, se manifestant par une forte azotémie.

Expérimentalement, CASTAIGNE et RATHERY avaient provoqué des lésions rénales par les deux méthodes extrêmes : privation absolue de sel, et hyperchloruration alimentaire agissant par osmo nocivité.

VI. Conclusions.

Ainsi les régimes hypochlorurés doivent être prescrits à *bon escient*. On n'en attendra d'heureux effets que dans certaines limites ; et si la *leçon de l'expérience*, contre laquelle rien ne prévaut, démontre l'inutilité d'une telle privation chez un malade, l'on ne s'entêtera pas dans la rigueur du régime.

Enfin l'on *associera* toujours d'autres moyens thérapeutiques dirigés contre la formation des œdèmes et contre la maladie causale.

Ainsi maniés, avec les *atténuations et les adaptations nécessaires*, les régimes hypochlorurés gardent leur très large importance pratique, alors que maintes théories sur les mécanismes variés et complexes de l'œdème s'avéreront moins solides et moins durables.

BULLETIN DU PROGRES MÉDICAL

A propos de radiologie.

Le bel atlas de radiologie digestive que viennent de publier chez Masson MM. Pierre Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère (1) fait le plus grand honneur à la médecine et à la librairie françaises.

Aucune publication de ce genre et sur ce sujet n'avait encore vu le jour en France, alors qu'il en existait plusieurs, et de fort bonnes, en Allemagne et en Amérique. C'est dire que cet atlas vient combler une lacune, qu'il nous rendra de grands services et sera consulté avec profit.

On y trouvera des planches suggestives sur les niches de la petite courbure, sur la rigidité segmentaire, l'estomac biloculaire, les diverticules du duodénum et les lacunes des néoplasmes.

Chaque radiographie est accompagnée d'un schéma et d'une note explicative. Le schéma est aussi simplifié et exact que possible. La note est expressive, malgré sa concision. Et il y a dans le texte beaucoup d'idées intéressantes et nouvelles. Peut-être aurais-je quelques réserves à faire sur une conception un peu trop restrictive, à mon sens, de la stase gastrique, un peu large par contre des périduodénites.

Quant au chapitre de radiologie post-opératoire, il est de tous points parfait. C'est un des meilleurs morceaux de l'ouvrage et on y reconnaît la précision didactique et le talent d'exposition de Pierre Duval.

Dans cette synthèse descriptive apparaît une fructueuse collaboration médico-radio-chirurgicale qui est depuis de nombreuses années dans les habitudes de Vaugirard et qui devait être la règle et qui ne l'est malheureusement pas dans tous les services d'hôpitaux.

On peut affirmer, en effet, et sans déformer la pensée des auteurs, que le radiologiste ne doit décrire que ce qu'il voit, qu'il peut en présenter les modalités anatomiques, en discuter les causes possibles, organiques ou fonctionnelles, mais qu'il doit se tenir à des interprétations purement morphologiques et non nosologiques ou étiologiques.

Ignorant des antécédents cliniques du malade, qu'il n'a point suivi, éloigné des constatations opératoires et des résultats de l'intervention, il ne peut avec certitude définir une lésion et préciser sa nature.

C'est au médecin à mettre la radiologie en regard de son observation personnelle, des symptômes qu'il a constatés et des documents anatomiques qu'il a précédemment recueillis.

La clinique donne au cliché son relief et sa vie ; l'anatomie pathologique lui imprime son caractère indélébile.

On entend dire partout, et surtout, il est vrai, chez les néophytes ou les profanes, que la radiologie ne se trompe point, qu'elle seule peut apporter la certitude et entraîner la conviction. Et l'on admet mal, en effet, qu'un cliché ne dise point la vérité. Pourtant il ne montre pas tout et ne peut tout montrer, et, s'il dit la vérité, il doit être interprété. Or tant vaut le radiologiste tant vaut la radiologie. Même avec de bons appareils admirablement maniés, dans les conditions les plus exactes et les plus rigoureuses, combien d'affirmations trop rapides, de conclusions hasardées, que l'interrogatoire attentif et complet du malade permet souvent de réduire à néant et combien d'opérations blanches ?

Une disposition anormale et momentanée peut en imposer pour une lésion durable.

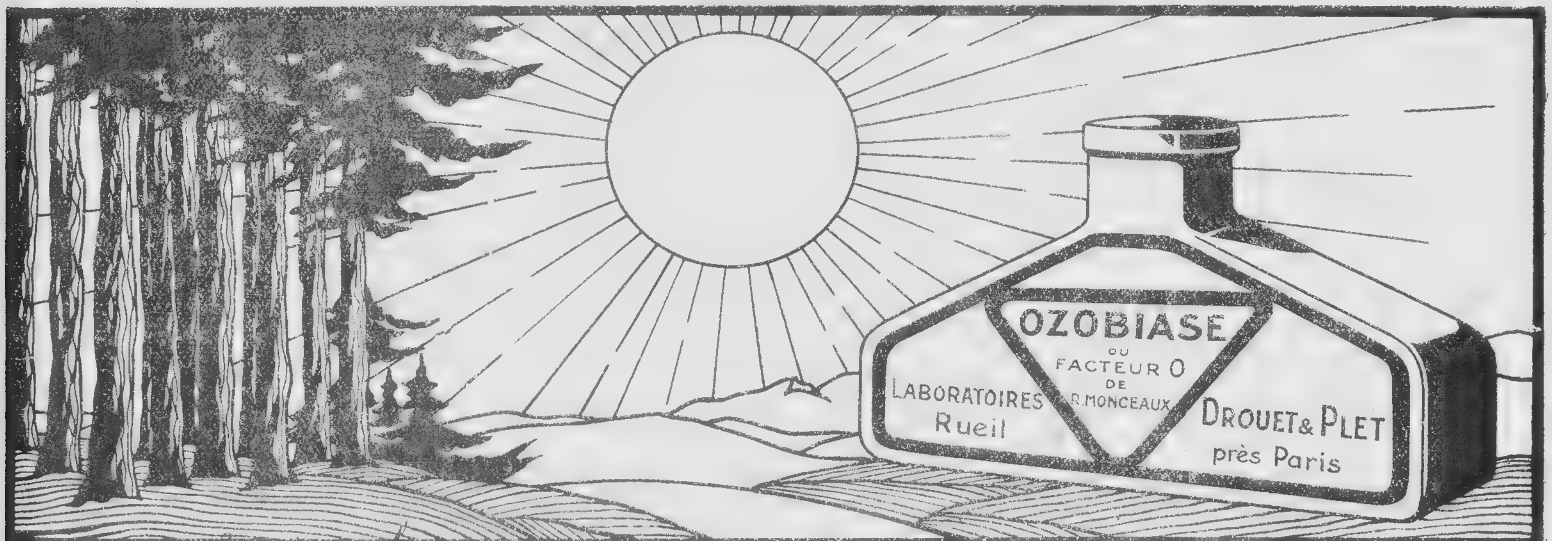
Un spasme, c'est chose connue, simule à s'y méprendre une localisation pariétale, il l'accentue ou l'agrandit.

Pour affirmer une lésion, il faut des constatations multiples, non seulement à quelques minutes mais à quelques jours d'intervalle. Ce sont là choses classiques qu'on ne doit pas oublier.

Et, pour ce qui est des périviscérites, on sait bien qu'il en est de congénitales, qu'elles ne peuvent avoir la valeur d'adhérences inflammatoires, et qu'elles n'ont pour entraîner un verdict opératoire ni la même urgence, ni la même autorité. La raison de ces différences est qu'un organe s'habitue aux unes et point aux autres et qu'il réagit souvent douloureusement, spasmodiquement, à celles-ci et non à celles-là.

Tout cela, évidemment, les auteurs le savent mieux que quiconque et certes ils le laissent entendre à qui sait lire avec attention. Puis-je me permettre cette petite critique : qu'ils ne le disent point encore assez.

(1) Radiologie clinique de l'appareil digestif, estomac et duodénum, par P. Duval. - J. Ch. Roux. - H. Béclère. Chez Masson, 1928.


OZOBIASE
OU
FACTEUR O
DE
R. MONCEAUX
LABORATOIRES
Rueil
DROUET & PLET
près Paris

Ils ont choisi — et ils ont certes eu raison, car, pour une démonstration on ne prend pas les cas douteux — les exemples les plus parlants, les plus suggestifs, les clichés modèles. A regarder ces clichés on se fait certes une très haute idée de la radiologie, de l'appui qu'elle apporte au clinicien quand elle est bien faite et bien interprétée ; on est tenté même de la résoudre en équation et d'en faire le véritable, le seul, l'infaillible critère d'une intervention.

Et une telle impression ménage peut-être quelques déceptions.

La radiologie est un moyen précieux, admirable, indispensable, mais il n'est qu'un moyen entre d'autres qui la valent presque : le chimisme, la cytologie, qu'on abandonne trop et qui apportent des renseignements plus fonctionnels, plus anatomiques, plus étiologiques qu'elle ; la clinique enfin, toujours la clinique, qui dirige et qui rectifie aussi souvent qu'on la corrige elle-même. C'est grâce à cet ensemble qu'on se permet de négliger certaines anomalies très patentes, qu'on s'attache à d'autres moins accentuées, qu'on se passe même de constatation objective quand une observation impartiale et attentive vous y autorise ou vous l'ordonne.

Je m'excuse de toute cette discussion à propos d'un livre que j'apprécie, que j'admire et qu'attend le plus grand succès. Je suis même reconnaissant aux auteurs de m'avoir donné occasion de dire ouvertement ce que je pense depuis longtemps, au risque de paraître un peu vieux jeu et hors du mouvement.

Cet atlas est une véritable mine radiologique : on y apprendra ce qui est classique, je dirais presque normal dans la maladie, et ce qui est le plus représentatif de ses lésions. On y viendra surtout confronter, adapter ce qu'on aura vu, ce qu'on aura insuffisamment expliqué ou imparfaitement compris.

Et ce sera du public aux auteurs le meilleur témoignage de confiance et d'estime et un large tribut de reconnaissance.

Maurice LOEPER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1928.

Les variations de la tolérance au bicarbonate de soude selon l'âge du sujet et dans certains troubles intestinaux. — *MM. P. Le Noir* et *A. Mathieu de Fossey*. — Ces variations ont été étudiées par les modifications de l'acidité ionique urinaire après ingestion de doses variées de bicarbonate de soude pour l'étude des variations de la tolérance selon l'âge — et après injection d'une solution de bicarbonate de soude à 5 % pour l'étude des troubles colitiques. De ces recherches il résulte que la tolérance au bicarbonate de soude est moins grande chez l'enfant que chez l'adulte normal et qu'elle est diminuée chez le vieillard. Chez ce dernier, la tolérance peut être meilleure lorsqu'il s'agit d'un homme valide et vigoureux, et semble donc être en rapport avec la vitalité du sujet.

Dans certains troubles colitiques s'accompagnant, en général, de symptômes d'asthénie, la tolérance au bicarbonate de soude est considérablement abaissée, tombant, quelquefois, jusqu'à 0 gr. 006 mmg. par kilogramme de poids corporel.

Dans la fatigue consécutive à un exercice musculaire prolongé, on observe l'inverse de ce qui se produit dans les syndromes colitiques avec asthénie : la tolérance au bicarbonate

de soude s'élève. Cette épreuve ne peut donc servir de test de fatigue.

Analyse du camphre synthétique et de ses préparations officinales. — *M. J. Bougault* L'introduction prochaine du camphre synthétique dans la Pharmacopée officielle, au même titre que le camphre du Japon dont il est l'isomère optique, pose, sous un jour nouveau, le problème de l'analyse des préparations pharmaceutiques camphrées. En effet, le camphre du Japon possède un pouvoir rotatoire assez élevé et cette propriété physique a constitué jusqu'ici la base des procédés analytiques de ce composé. Or, cette base va maintenant faire défaut avec le camphre synthétique, inactif sur la lumière polarisée.

Le chimiste, ne pouvant songer à isoler le camphre en nature et à le peser à cet état à cause de sa grande volatilité dès la température ordinaire, doit nécessairement chercher à en préparer un dérivé, se formant assez facilement, en quantité théorique, et ne présentant pas, ou seulement à un faible degré, la volatilité du camphre lui-même. Ce but ne peut être atteint qu'en s'adressant aux dérivés de la fonction cétonique du camphre. Ceux jusqu'ici proposés (semicarbazone, etc.) offrent des inconvénients.

L'auteur, avec la collaboration de Mlle Bl. Leroy a essayé d'utiliser un autre dérivé de la fonction cétonique du camphre, la camphoroxime : les oximes présentant, sur les semicarbazones, l'avantage d'être solubles dans les alcalis. Grâce à cette propriété il devenait possible de séparer sans peine le camphène et le bornéol insolubles dans les solutions alcalines. Quant à l'isofenchnone elle donne nécessairement de l'isofenchonoxine qui reste mélangée à la camphoroxime. Toutefois, en vérifiant le point de fusion de la camphoroxime, on pourra sinon doser, tout au moins déceler la présence de l'isofenchone par l'abaissement du point de fusion de la camphoroxime mélangée d'isofenchonoxime.

Les chimistes sont donc armés pour pouvoir contrôler la pureté du camphre synthétique et le doser dans ses préparations ; ce qui permet d'introduire sans crainte ce nouveau produit dans la Pharmacopée officielle et de libérer ainsi notre pays du tribut qu'il paie sous cette forme à la production étrangère.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'acéthylcholine. — *MM. M. Villaret* et *L. Justin-Besançon* poursuivant leurs recherches sur l'acéthylcholine, qu'ils ont introduite il y a deux ans en thérapeutique, ont mis au point les détails de la technique d'emploi de cette substance chez l'homme. En se servant d'un produit parfaitement pur et sec, ils ont déterminé les doses qui peuvent être introduites par voie sous-cutanée, sans aucune réaction fâcheuse locale ni générale.

Au point de vue physiologique, l'injection sous-cutanée détermine, même à petites doses, une dilatation vasculaire localisée aux artères et aux artérioles. En collaboration avec Mme Schiff-Wertheimer, les auteurs ont observé directement cet effet sur l'artère rétinienne. A doses plus fortes, l'acétylcholine excite le système parasympathique. Son effet vagomimétique diffère d'ailleurs nettement de celui de la pilocarpine.

En thérapeutique, les injections d'acétylcholine déterminent une amélioration remarquable dans le syndrome de Raynaud. Dans les artérites à tendance sténosante, quelle que soit leur cause, les résultats sont excellents, à condition que les lésions anatomiques ne soient pas trop étendues.

D'excellents effets sont obtenus dans la sclérodermie, les ulcérations trophiques des moignons, les sueurs des tuberculeux, etc. Enfin les troubles fonctionnels des hypertendus (vertige, doigt mort, crampes, etc.) sont nettement améliorés.

Les auteurs mentionnent encore une série de recherches thérapeutiques en cours où l'influence de l'acétylcholine paraît être d'un certain intérêt.

L'injection sous-cutanée d'acétylcholine permet encore de différencier aisément les syndromes de Raynaud des acrocyanoses juvéniles avec hypertension veineuse, l'amélioration des troubles circulatoires s'observent seulement dans les premiers.

Enfin, les effets extrêmement rapides de l'acétylcholine, au cours de certaines arthrites, montrent l'importance considérable du spasme vasculaire dans la séméiologie de ces affections.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 avril 1928.

Paraplégie spasmodique. — M. *Maurice Péraire* présente des radiographies qui font voir une colonne vertébrale diviée dans la région dorsale et lombaire avec bec proéminent soit osseux, soit ligamenteux. Cette paraplégie spasmodique s'est produite il y a quatre ans seulement chez un homme âgé de 59 ans. Comme l'origine cérébrale de cette lesion n'est pas probable et qu'on doit éliminer le mal de Pott, le cancer vertébral, les tumeurs intra-rachidiennes, la syphilis et la sclérose en plaques, l'auteur concInt qu'il y a sans doute compression médullaire aux points indiqués par les radiographies. Toute intervention opératoire a été refusée par le malade.

Intégration de la lumière dans les tissus vivants. — M. *Foveau de Courmelles.* — Les radiations semblent se combiner aux tissus vivants, si l'on en juge par certains de leurs effets, parfois à longue échéance, radiodermites après de longues années ou se déclanchant chez des intoxiqués alimentaires. Par ailleurs, certains aliments dépourvus de leurs enveloppes sont nocifs (amenant scorbut, béribéri, rachitisme) et ces effets sont combattus par les rayons ultra-violets. Les vitamines, encore indécelables autrement que par le test physiologique, par ingestions d'aliments insolés : ne serait-ce pas la lumière elle-même intégrée dans certains tissus vivants qui fournirait ces vitamines ou même les constituerait ?

Traitement des fractures. — M. *Kouindjy* expose que le traitement rationnel se compose du massage, de mobilisation méthodique et de rééducation motrice. En même temps, on fait de courtes séances d'actinothérapie et d'air chaud. La contention des fractures bien réduites doit se faire au moyen d'une gouttière plâtrée amovible qui permettra le massage quotidien. Les projections radiographiques, faites su cours de la communication, prouvent que, seuls, les agents physiothérapiques sont en mesure d'assurer la consolidation régulière de la fracture et de la restauration complète des fonctions des organes lésés.

A propos du pneumothorax. — M. *Mélamet* souligne les incidents qui surviennent quand on fait un pneumothorax bilatéral : angoisse, pouls filiforme, traits tirés, dyspnée, incident dramatique qui rentre dans l'ordre au bout de 20-30 minutes. Il attire l'attention sur la rapidité de résorption du gaz dans le deuxième poumon collabé. Quant aux indications du pneumothorax, il les limite aux lésions récentes et surtout aux poumons qui saignent, Le pneumothorax ne devrait être qu'une méthode d'attente, permettant la mise en action d'autres méthodes thérapeutiques.

Toxémie variqueuse. — M. *Filderman* décrit sous ce nom une auto-intoxication très fréquente, due à l'abus de la station verticale ou assise. Il en résulte des douleurs, des varices, des maladies de la peau, de l'obésité, une insuffisance de la défense anti-toxique des glandes sanguines (sexuelles surrénales) qu'il traite par un procédé spécial : l'hémocrino-thérapie qui consiste à injecter dans les muscles un mélange du sang du malade avec des préparations glandulaires appropriées.

L'anesthésie du ganglion sphéno-palatin, section de la voie morbide de l'asthme et de la migraine. — M. *Georges Rosenthal* obtient la sédation de la crise d'asthme et de migraine par la manœuvre de Sluder. C'est un procéde pour arrêter les manifestations symptomatiques ; mais non pour traiter la maladie en elle-même dont les travaux modernes ont fixé l'origine complexe.

L'actino-massage. — M. *Kouindjy* décrit cette combinaison des manœuvres massothérapiques avec les irradiations de l'arc voltaïque. Cette méthode active notablement la circulation et abrège de moitié l'exposition des malades aux rayons ultra-violets. Très utile dans les rhumatismes musculaires et articulaires, dans les névralgies et les paralysies, cette méthode est contre-indiquée dans les dermatoses et les affections cancéreuses et tuberculeuses.

Dr PROST.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Pour venir du Maroc en France, passez par Marseille.

C'est la traversée la plus courte, la plus rapide et la mieux abritée. A dater du 14 avril, les luxueux paquebots de la Compagnie Paquet partent de Casablanca et de Tanger pour Marseille, chaque semaine, le samedi de Casablanca, le dimanche de Tanger, au lieu de 3 fois par mois en hiver. Arrivée à Marseille le mardi.

Le port de Marseille est relié aux principaux centres de la France et de l'étranger par des trains confortables et rapides avec voitures directes.

Il est délivré, aux Agences P. L. M. ou Paquet de Tanger et Casablanca, des billets simples ou aller et retour comprenant le parcours maritime et le trajet en chemin de fer et permettant l'enregistrement direct des bagages pour les principales gares P. L. M.. Les billets simples sont valables 15 jours, les billets d'aller et retour sont valables 30 ou 90 jours.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Thiron et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 18. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 5 MAI 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Epreuve de consultation écrite. Séance du 24 avril : Mme Bertrand-Fontaine 19, MM. Carrié 19,81, Nicaud 20, Coste 18,54, Levesque 18,72.

Séance du 27 avril : MM. Bith 17.54, Hagueneau 18, Ravina 19,18, Janet 18.90.

Concours de médecin de l'Assistance médicale. — Epreuve clinique. — Séance du 23 avril : MM. Lafont 22, Gerson 24, Paris 25.

Séance du 26 avril : Mlle Dupic 23, M. Renault 26, Mme Mendelsohn se retire.

Concours de pharmacien des hôpitaux. — Lecture des copies. Séance du 23 avril : MM. Gautier 34, Coquoin 33, Valette 35, M. Sassier se retire.

Séance du 25 avril : MM. Malmy 33, Cordier 20.

Epreuve orale. — Séance du 27 avril ; Questions traitées : Chimie : Hexaméthylène tétramine. Pharmacie : Tuberculine et vaccin antituberculeux. MM. Coquoin 17, Cordier 6, Valette 13, Gautier 8, Malmy 9.

Concours d'électro radiologiste des hôpitaux. — Composition provisoire du Jury : MM. Guilbert, Bourguignon, Cottenot, Lobligeois, Léri, Desmarest et Labey.

Concours des prix de l'internat en pharmacie. — Composition provisoire du Jury : MM. Charonnat, Chéramy, Bougault, David et Lutz.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 23 avril. — MM. Adida. Etude sur la broncho-pneumonie. — M. Lionnet. Applications cliniques de la sensitométrie cutanée.

24 avril. — M. Tribondeau. Etude de la coexistence de l'appendicite et de la cholécystite. — M. Fan. Etude sur la rupture traumatique du rein droit.

26 avril. — M. Mouradoff. Etude de la symphyse pleurale au cours du pneumothorax. — M. Lebreton. Les trichophyties suppurées. — M Denichou. Un médecin du grand siècle (l'abbé Bourdelot). — M. Rault. Sur une nouvelle méthode de dosage du sucre dans le sang.

28 avril. — Thèses vétérinaires. — M. Lemetayer. Le zèbre malgache.

30 avril. — M. Lejeune. Fonctionnement de la maternité de l'hôpital Boucicaut. — M. Blondin. Contribution à l'étude des greffes de nerfs. — M. Lewin. L'infection secondaire dans la tuberculose rénale.

1er mai. — M. Casaubon. Le point cervical du phrénique dans les pyélonéphrites — M. Coder. Etude sur les prostatites chroniques. — M. Vidiez. L'hémiplégie cérébrale infantile. — M. Dolfus. Des périsclérites suppurées. — M. Perrin. L'atrophie isolée du faisceau maculaire. — M. Laporte. L'anesthésie épidurale. — M. Fortin. Ruptures traumatiques du tendon. — M. Poret. Les rayons ultraviolets dans la profondeur des cavités oto-rhino-laryngées. — M. Etchebarne. Etude de la pathogénie du pouls lent permanent.

3 mai. — M Tortellier. Etude de la ptose et de l'allongement du cæcum. — M. Masquet. L'emploi des laits acides chez le nourrisson. — M. Tijerino. L'émétine dans les maladies tropicales. — M. Jampolsky. Etude sur les congestions pulmonaires. — M Mahieu. Complications pleuro-pulmonaires du mal de Pott. — M. Chartol. Etude des splénomégalies tropicales.

Thèses vétérinaires. — M. Rott L'athrepsie du chien. — M. Pion. Etude de l'hérédité de l'irido-cyclite du cheval. — M. Lory. Etude sur la tuberculose du cheval.

4 mai. — Thèses vétérinaires. — M. Prévost. Inconvénients de l'extraction forcée chez les femelles bovines. — M. Baudoin. La vache de Jersey en Bourgogne. — M. Blary. Quelques essais pour l'étude de l'influence de l'alimentation de la mère sur la croissance du jeune. — M. Savigny. Méthode spécifique dans le traitement de la maladie du jeune âge.

Hommage au docteur Hudelo. — Au moment où M. Hudelo va quitter son service de l'Hôpital Saint-Louis, ses élèves et amis ont le plus vif désir, pour rappeler son enseignement, de lui offrir une médaille.

Les souscriptions seront adressées au docteur Rabut, trésorier, 57, rue de l'Université, Paris (VIIe), avant le 1er juin.

Les souscripteurs d'un minimum de 100 francs recevront une réplique en bronze de la médaille.

Le Comité est composé de MM. les Professeurs Audry, Bodin, Charmeil, Dubreuilh, Hutinel, Jeanselme, Langevin, Letulle, Pierre Marie, Nicolas, Pautrier, Petges, Spillmann, Teissier, et de MM. les Drs Balzer, Brault, Brocq, Darier, Lortat-Jacob, Louste, Milian, Netter, Queyrat, Ravaut, Richardière, Sabouraud, Siredey, Walther ; Dr Rabut, assistant du Service ; Dr Montlaur, chef de laboratoire ; Sigwald, interne du Service ; M. Buy, externe du service.

Guerre. — Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M. le médecin général Marotte, directeur du Service de santé de la 4e région.

Au grade de médecin général. — MM. les médecins colonels Uzac, directeur du Service de santé de la 5e région ; Duguet, directeur du Service de santé des troupes du Levant.

Au grade de médecin colonel. — MM. Duchène Marullaz, Plisson, Chrétien, Gay Bonnet.

Au grade de médecin lieutenant colonel. — MM. Metoz, Martin, Gensollen, Andrieu, Goursolat.

Au grade de médecin commandant. — MM. Lafaix, Zoeller.

Troupes coloniales. Sont promus :

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. Thèze.

Au grade de médecin commandant. — MM. Tregan, Jouvelet, Kerebel.

Au grade de médecin capitaine. — MM. Jolly, Lavergne, Fabre, Gaye, Riou, Membrat, Raynal, Maury, Segalen.

Ecole de médecine de Marseille. — Un concours s'ouvrira le lundi 5 novembre 1928 devant la faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de Marseille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr Crouzon fera, dans son service, à la consultation du Perron, le samedi 5 mai 1928 et les samedis suivants, jusqu'au mois de juillet à 10 h. 30, des conférences sur les maladies du système nerveux et les maladies chroniques des os et des glandes endocrines.

Chaque conférence comprendra : la présentation de malades observés dans la semaine avec documents iconographiques ou anatomiques et l'exposé méthodique des principales affections traumatiques du système nerveux.

En outre : les mardis, à 11 heures, au Pavillon du Perron : Consultation psychiatrique avec M. le Dr Vurpas ; les mercredis,

à 10 heures, consultation à la porte de l'hospice : Examen des nouveaux malades externes ; les vendredis, à 10 heures, au Pavillon du Perron : Examen des anciens malades externes.

Nouveau Journal. — Nous recevons le premier numéro de l'*Urologie du praticien,* revue trimestrielle publiée par la Ligue de Préservation sociale, 62, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

La rougeole à Londres. — 1.047 personnes sont mortes de la rougeole du commencement de janvier au 15 avril. Pour la même période de 1927, la statistique officielle n'indiquait que 21 décès dus à cette épidémie.

Le prix du sang. — 65 francs le litre. Ainsi en a décidé une grande clinique de Prague qui s'est spécialisée dans la transfusion du sang.

A peine eut-on demandé des volontaires que de très nombreuses personnes se présentèrent (*Le Figaro.*)

Un congrès de femmes médecins. — Les femmes médecins se sont réunies à Bologne, du 11 au 15 avril, en un congrès international où 14 nations étaient représentées. Le principal sujet d'études était : « La Protection de l'enfance dans les différents pays. » Les séances, tenues dans la salle d'anatomie de l'Archigimnasio, ont remporté un grand succès. Des réceptions officielles ont été données au palais communal, à l'Archiginnasio et à la Casa del Fascio, par les autorités civiles, militaires et religieuses, sous le haut patronage de la reine.

A l'issue du Congrès, sur la proposition de Mme le docteur Tyrand-Dechaux, déléguée de la France, il a été décidé que la prochaine réunion de l'Association internationale des femmes médecins aurait lieu à Paris en 1929. (*Le Temps.*)

Croisade contre les rats. — En 1913, le congrès tenu à Paris, du *Royal Institute of Public Health* décidait de réunir à Copenhague, en août 1914, une conférence internationale pour étudier les meilleurs moyens de détruire les rats et d'entraver leur pullulation.

Cette conférence, empêchée par la guerre, va se réunir en France dans quelques jours. Elle s'ouvrira à Paris, pour se poursuivre et se terminer au Havre qui possède un service de dératisation non seulement appliqué aux navires, mais au port et aux entrepôts.

L'expression « hygiène sociale. » — Le mot Hygiène sociale qui a fait fortune est dû à M. Davrillé des Essards qui, croyons-nous, l'employa le premier le 17 juin 1883, dans la *Revue sociale.*

M. Henri Davrillé des Essards en parla à Léon Bourgeois, son voisin de table, lors du fameux banquet donné à l'Hôtel de Ville, pour la réception de l'Amiral Avellane et des officiers russes.

De là naquit l'alliance d'hygiène sociale, créée par Léon Bourgeois et Carnot. Et puis il y eut un ministère de l'hygiène sociale.

M. Henri Davrillé des Essards a donc été, dans l'espèce, un précurseur ! Il a, par une expression utile, lancé une idée utile.

Est-ce qu'une telle « invention » ne vaut pas d'être rappelée ? Il est au moins aussi intéressant de rechercher qui a inventé l'expression « hygiène sociale », que de rechercher qui a commis le crime du bois des Fées ou de la rue de Charenton. (*L'Animateur des temps nouveaux.*)

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine. — Professeur : M. (Fernand Bezançon). — Du mercredi 2 mai au mercredi 30 mai auront lieu, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, douze conférences sur les suppurations broncho-pulmonaires et infections putrides, par M. le professeur Bezançon, MM. C. Picot, chirurgien des hôpitaux, R. Moreau, Etienne Bernard, médecins des hôpitaux, André Jacquelin, R. Azoulay, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine, E. Etchegoin, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Programme des cours. — Mercredi 2 mai, M. le professeur Bezançon : Les éléments de diagnostic. Etude des crachats, de la courbe fébrile, etc. — Vendredi 4 mai, M. Etienne Bernard : Les vomiques des suppurations broncho-pulmonaires. — Lundi 7 mai, M. R. Azoulay : Les hémoptysies dans les suppurations pulmonaires. — Mercredi 9 mai, M. E. Etchegoin : La bactériologie des infections putrides du poumon. — Vendredi 11 mai, M. le professeur Bezançon : Les formes cliniques de la dilatation des bronches. — Lundi 14 mai, M. R. Azoulay : Le lipiodo-diagnostic. — Mercredi 16 mai, M. le professeur Bezançon : Le traitement de la dilatation des bronches. — Vendredi 18 mai, M. E. Bernard : L'amibiase pulmonaire. — Lundi 21 mai, M. André Jacquelin : Les abcès à pyogènes du poumon. — Mercredi 23 mai, M. R. Moreau : Les formes à rechutes et chroniques de la gangrène pulmonaire. — Vendredi 25 mai, M. le professeur Bezançon : Le traitement médical de la gangrène pulmonaire. — Mercredi 30 mai, M. G. Picot : Le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires.

Du 4 au 29 juin auront lieu, à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital St-Antoine, douze leçons sur la tuberculose pulmonaire, par M. le professeur Bezançon, MM. P. Braun, André Jacquelin, Robert Azoulay, Tribout.

Lundi 4 juin, M. le professeur Bezançon : Le problème de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 6 juin, M. P. Braun : La notion de contagion ; la tuberculose familiale. — Vendredi 8 juin,



M. le professeur Bezançon : La période préphtisique ; la notion de tramite. — Lundi 11 juin, M. André Jacquelin : Le facies tuberculeux et les renseignements donnés par la morphologie. — Mercredi 13 juin, M. R. Azoulay : Les hémoptysies des tuberculeux. — Vendredi 15 juin, M. F. Tribout : Le hile pulmonaire et les ombres broncho-vasculaires à l'état normal. — Lundi 18 juin, M. Destouches : Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 20 juin, M. le professeur F. Bezançon : Tuberculose pulmonaire et tuberculose externe. — Vendredi 22 juin, M. P. Braun : Les formes dites pneumoniques. — Lundi 25 juin, M. le professeur Bezançon : La chimiothérapie antituberculeuse. — Mercredi 27 juin, M. Braun : Les indications comparées du pneumothorax, de la phrénicotomie et de la thoracoplastie. — Vendredi 29 juin, M. le professeur Bezançon : La cure d'air et les stations de plaine et d'altitude.

Les leçons auront lieu à 10 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de la clinique, les cours sont libres.

Tous les matins à 9 h. 1/2. Enseignement des stagiaires, par MM. Weissmann, Netter, Pollet, Célice, Ceylat, chefs de clinique.

Les mardis, jeudis et samedis, à 10 h. 1/2, visites dans les salles, la visite du mardi étant réservée au service des tuberculeux. Le service est ouvert à tous les médecins français et étrangers, étudiants en médecine, qui désirent assister au cours.

Association médicale mutuelle des médecins de la Seine et de Seine-et-Oise. — La 40e assemblée générale qui vient d'avoir lieu a révélé l'état de plus en plus prospère des finances de cette belle œuvre de solidarité, ce qui a permis d'élever le taux de l'indemnité-maladie à 18 francs par jour pour une incapacité de travail temporaire ou définitive, soit une allocation annuelle et permanente de 6.570 francs. Cette indemnité est un droit.

Capital réservé : 2 millions 560.000 francs. Revenus annuels : 297.000 francs.

Conditions : être français, docteur en médecine, exercer dans la Seine ou la Seine-et-Oise au moment de l'admission, être âgé de moins de 50 ans, subir un examen médical, payer une cotisation de 12 francs par mois.

Confrères ! Venez à nous ! Vous assurer contre la maladie, c'est votre devoir envers vous-mêmes et envers les vôtres ! Il y va de votre dignité, de votre liberté, de votre intérêt.

Renseignements, statuts, service gratuit du journal, 116, rue de Rambuteau (1er). Téléphone Richelieu 95-13.

Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Metz.

Le traitement alloué est fixé à 30.000 fr. par an.

L'attribution d'une indemnité supplémentaire annuelle de 5,000 francs est envisagée pour assurer un emploi accessoire.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau), 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justificatifs ou références. L'exercice de la profession sera interdit.

Etats généraux du thermalisme et du climatisme. — C'est aux 9 et 10 mai que sont définitivement fixés les Etats généraux du thermalisme et du climatisme organisés par la Fédération thermale et climatique française. Ils se tiendront à Paris, salle des ingénieurs civils, 19, rue Blanche, sous la présidence de M. le Président de la République, de M. Poincaré et des Ministres dont relèvent les stations : Intérieur, Instruction publique, Hygiène, Travaux publics, Commerce, Guerre, etc.

Ces Etats généraux comporteront trois assemblées consacrées :

La première à l'exposé de la situation des stations thermales et climatiques ; la seconde au crédit thermal ; la troisième à la propagande.

Leur but et de rechercher les moyens de faciliter les agrandissements, réfections, perfectionnements, création de bureaux d'hygiène, etc., nécessaires à ces stations et de leur assurer en outre une publicité qui réponde à l'effort que font sur ce plan les stations étrangères de même ordre.

Il est à souhaiter que ce but soit atteint. La thérapeutique thermale et climatique prend une place chaque jour plus grande dans la pratique médicale, et l'hydrologie et la climatologie ont conquis rang officiel dans l'enseignement des facultés, comme en témoigne la création de trois nouvelles chaires à Paris, Montpellier et Lyon.

Il importe donc que les stations tant thermales que climatiques, soient aménagées de la façon la plus parfaite possible et aussi qu'une publicité intelligente et étendue fasse connaître dans les deux mondes la vertu de leurs eaux et l'excellence de leurs cures.

Tous les renseignements sur ces Etats Généraux sont donnés au secrétariat administratif de la Fédération thermale et climatique française 14, rue Vezelay, Paris-8e.

Nécrologie. — Dr Marc Landolt, décédé accidentellement. — Dr Gaston Privat, médecin major en retraite, décédé à Marseille.

MÉDECINE THERMALE

Oxalémie et eaux bicarbonatées

Par Maurice LOEPER.

L'oxalémie groupe tout un ensemble de manifestations nerveuses, articulaires, digestives et urinaires dont le substratum chimique constant est l'augmentation de l'acide oxalique dans le milieu sanguin. A l'instar de l'uricémie, de la cholestérinémie, elle est un axe autour duquel gravite, sinon une maladie, tout au moins un groupement morbide.

Son existence n'est pas niable. Les dosages, si délicats qu'ils soient, nous donnent parfois des chiffres dix fois supérieurs aux chiffres normaux. Et cet accroissement de l'acide oxalique dans le sang a la même valeur que l'augmentation universellement admise de l'acide urique ou de la cholestérine et n'est pas plus négligeable qu'elle.

L'individualité de l'oxalémie prête, certes, plus à discussion. J'avais, en 1912, à la demande même du Professeur Teissier, esquissé les grandes lignes de la maladie et les traités classiques, par la plume de Rathery, de Le Gendre, ont consacré chacun, depuis cette époque, un chapitre à part à l'oxalémie.

Cela ne veut pas dire que tous lui accordent la même signification nosologique. Les uns y voient une diathèse, d'autres un trouble passager et contingent du métabolisme, d'autres une intoxication intestinale, en un mot un accident et non une maladie.

Quoi qu'il en soit de son origine et de sa nature, l'oxalémie me paraît conditionner certains symptômes morbides définis. Elle a ses stigmates, ses petits et ses grands signes, et ses complications graves. Et, de ces signes ou complications, j'essayerai de montrer le processus véritable et la thérapeutique.

***

L'oxalémique est un être nerveux, irritable et fatigué, fréquemment dyspeptique et douloureux. De plus, comme l'a très bien vu Teissier, il est aussi un dysurique parce qu'il élimine, par l'urèthre, des cristaux oxaliques irritants.

Et il est, contrairement à l'uricémique, un hypotendu.

A un degré de plus, sa dyspepsie se manifeste par des malaises pénibles ou par des *douleurs tardives* ; les algies abdominales et les *cœlialgies* évoluent vers les *crises gastroentéralgiques* véritables : les douleurs rénales s'accompagnent d'hématuries, et les raideurs articulaires, de déformations des petites jointures. Quelquefois aussi, les selles contiennent du mucus et la *mucorrhée* apparaît.

Le caractère de ces accidents n'a, par lui-même, rien de spécifique et j'admets bien que la déminéralisation, l'alcalose et même la colibacillurie de M. Degeorge puissent les produire. Mais dans bien des cas que j'ai examinés, l'alcalose n'existait pas plus que la colibacillurie et l'oxalémie était notablement élevée.

Sur le fond commun et, somme toute, assez polymorphe de la maladie, apparaissent tout à coup des déterminations plus sévères : la lithiase rénale est trop connue pour que j'y insiste : la *lithiase intestinale oxalique* l'est moins ; elle n'est pas rare pourtant : j'ai décrit avec Béchamp ses accidents douloureux et ses chasses intestinales. Enfin, l'oxalémie *gastrique* est fréquente et variée ; elle peut revêtir comme je l'ai vu avec Binet la forme *douloureuse, érosive* et même *hémorragique* : des crises gastriques apparaissent brusquement comme s'il s'agissait d'un ulcus authentique et s'accompagnent d'hémorragies, où l'on retrouve de nombreux cristaux d'oxalate de chaux. Ces crises alternent parfois avec des débâcles de sable intestinal et se terminent fréquemment par des débâcles de sable urinaire.

Cela suffirait déjà à affirmer leur nature et leur origine. Il y a plus : l'oxalémie précède la crise et l'oxalurie la suit, comme si elle en était la débâcle libératrice. Et aussi, quand il s'agit de déterminations rénales ou articulaires, l'absorption de chocolat, de rhubarbe ou d'oseille reconstitue rapidement tout ou partie du syndrome douloureux que la suppression permet au contraire de faire, en quelques jours, disparaître.

Tout cela est presque classique et le substratum hématologique commun et constant n'est autre que l'élévation du taux de l'oxalémie de 1 centigr., chiffre normal, à 10, 12 et même 16 ou 18 centigr. M. Khoury aurait observé jusqu'à 60 centigr. D'autres auteurs, et particulièrement M. Guillaumin, restent très en dessous ; mais tous admettent des variations du même sens que celles indiquées par Béchamp, Binet, Tonnet et par moi, depuis près de 20 ans.

***

Alors même que l'on ne voudrait voir dans l'oxalémie qu'un accident, on ne pourrait nier que les symptômes par lesquels elle s'accuse ressemblent étrangement à ceux que déterminent chez l'animal l'injection d'oxalate de soude ou d'acide oxalique. Cette injection, Trémolières l'a faite avec Roger, et moi-même avec Esmonet. Elle provoque des réactions nerveuses, des débâcles intestinales, des mucorrhées, des précipitations rénales. L'acide oxalique, Marfori l'a démontré bien avant moi, *s'élimine* par *l'estomac et par l'intestin*. Il *s'élimine* aussi *par la bile*, au dire de Rabuteau ; il agit sur les muscles cardiaques, nous a dit Decottignies et fait de l'*hypotension* ; il se fixe sur les *extrémités osseuses* et les décalcifient. Enfin, il a une affection spéciale pour le *système nerveux* (Sarvonat), et se retrouve en plus grande quantité dans le cerveau que dans les muscles et la plupart des tissus.

Je rappelle d'ailleurs que j'ai constaté des cristaux oxaliques dans le plexus solaire et le nerf sciatique d'un diabétique et que Rodillon en a constaté dans le liquide céphalo-rachidien.

Il apparaît donc bien que l'oxalémie doit se traduire par des réactions douloureuses et des algies de tout ordre et par des troubles gastro-intestinaux, puisque l'acide oxalique se fixe sur le système nerveux et qu'il s'élimine par le tractus digestif.

Mais il faut encore signaler la fréquence, chez l'oxalémique, d'un certain degré d'*insuffisance hépatique*, insuffisance d'autant plus inquiétante que le foie est, de tous les organes, le principal destructeur de l'acide oxalique (Loeper, Sarvonat.)

J'ai tenu à préciser d'ores et déjà ces quelques points essentiels. Mais je me réserve d'y revenir tout à l'heure.

***

Dans leurs études sur l'oxalurie, Lecœur, Albahary et, plus anciennement encore, Golding Bird, n'avaient point hésité à considérer l'oxalurie comme une diathèse, au même titre que l'uricémie. J'ai moi-même opposé la *goutte oxalique* la goutte urique, et je n'hésite pas à affirmer que l'oxalémie peut avoir son origine dans un trouble intime du métabolisme des tissus.

Les substances qui y parviennent sont, comme le disait justement Lambling, impartiellement comburées et l'acide oxalique résulte de leur combustion à l'étouffée.

Et ces substances sont le glycocolle, probablement aussi les nucléo-protéides, les gélatines et l'acide urique, et parfois aussi les sucres. Il ne faut pas oublier, d'abord que la nucléine se transforme naturellement en alloxane acide parabanique et en acide urique et que ces substances évoluent naturellement aussi vers l'acide mésoxalique, vers l'acide oxalique et l'urée.

Il ne faut pas oublier ensuite que le sucre peut donner naissance à l'acide oxalique, parce que sa constitution chimique en est assez voisine, que l'acide sulfu-

rique effectue cette transformation *in vitro* et que l'acide oxalique a été pour cette raison appelé acide saccharin. Ces transformations expliquent déjà la naissance de l'acide oxalique dans les tissus. Elles expliquent aussi la formation d'acide oxalique alimentaire, car l'*alimentation* introduit chaque jour des gélatines, du glycocolle, des nucléo-protéides et des sucres.

Mais il y a plus : certains aliments introduisent l'*acide oxalique en nature* sous forme d'oxalate de soude et de potasse, tels la rhubarbe, l'oseille, le cacao, le chocolat, etc, et cet acide oxalique transformé peut pénétrer dans l'organisme et accroître l'oxalémie.

Ce ne sont pas encore les seules sources d'acide oxaligue alimentaire. Dans l'intestin, l'acide oxalique peut naître de la fermentation microbienne des résidus alimentaires eux-mêmes.

Quand on injecte sous la peau de l'homme du sucre, on ne produit pas d'oxalurie ; par contre, on en produit souvent quand on lui donne par voie buccale une grande quantité de sucre. Un fait inverse se produit parfois avec les gélatines qui ne fournissent pas autant d'acide oxalique par ingestion que par injection sous-cutanée.

La différence vient de ce que, dans l'intestin, les matériaux alimentaires subissent des transformations que les tissus ne peuvent réaliser. Et ces transformations sont d'origine microbienne.

L'*origine microbienne* de l'oxalémie mérite de plus en plus d'être prise en considération. Elle a pour elle les expériences *in vitro* de Ivanoff avec les levures, de Zopf avec les champignons, de Schiltenhelm avec le *Bacterium coli*, de de Sandro avec le *Bacillus diabeticus*, de Calmette, avec le *Mucor Rouxii*, de Raulin avec l'*Aspergillus*.

Dans ce milieu si abondamment parasité qu'est l'intestin, il n'est pas discutable que l'acide oxalique puisse naître des transformations microbiennes des résidus alimentaires. C'est d'ailleurs l'opinion de Piccinini et Lombardini et de Clarence Lieb.

L'acide oxalique introduit par les aliments est donc un acide de *constitution*, de *digestion* ou de *fermentation*.

A cette formation excessive ou à cet apport anormal s'oppose, bien entendu, la *destruction*. Cette destruction de l'acide oxalique est tout d'abord opérée par le *foie*, donc l'activité a été démontrée *in vitro* par Sarvonat et par moi-même. Elle l'est aussi par les divers *tissus*, muscles et tissu conjonctif, qui font du carbonate avec l'oxalate de chaux (Loeper, Schulmann et Tonnet.)

En résumé : absorption digestive, destruction hépatique, fixation nerveuse et élimination gastro-intestinale voilà les quatre points dominants de la pathogénie de l'oxalémie et de la détermination de ses accidents.

***

Je pose ces quatre points principaux, parce qu'ils suffisent à fixer les causes de l'amélioration des oxalimiques par les eaux bicarbonatées.

C'est un fait que l'on connaît peu ou que l'on connaît mal, mais un fait indéniable que la cure de Vichy ou de Vals améliore et guérit souvent les accidents de l'oxalémie et l'oxalémie elle-même.

Je regrette de ne pouvoir apporter de documents recueillis sur place, et des observations faites avec l'eau prise au griffon. Je ne rapporte guère que des cas de ville. Je les crois néanmoins d'un certain intérêt et mon désir serait que les médecins de ces stations alcalines mieux placés que moi pour de semblables recherches, vinssent, un jour prochain, les compléter ou les confirmer.

J'ai vu des rhumatisants oxaliques, des myalgiques, des cœlialgiques, même des lithiasiques intestinaux, guéris par la cure de Vichy. Je possède même deux observations d'hématémèses oxaliques qui ne se sont pas reproduites depuis huit à douze ans. Les unes furent guéries à Vichy même. Les autres furent améliorées ou guéries par la cure alcaline à domicile.

La parenté avec l'oxalémie des accidents qu'ils présentaient est affirmée par les dosage élevés d'acide oxalique sanguin que j'avais obtenus.

La preuve de l'efficacité de Vichy sur leur origine même est donnée par l'abaissement du taux de l'oxalémie parallèlement à l'amélioration et à la disparition des accidents.

Chez M. K..., hématémèse avec oxalémie, l'oxalémie baisse de 0.08 à 0,02. Chez Mme L..., rhumatisme, de 0,12 à 0.06. Chez Mme B..., de 0,09 à 0,02.

Le fait est là. Il faut maintenant l'expliquer.

Je prends comme exemple Vichy parce que c'est la mieux étudiée. Vichy est une *eau alcaline*. Comme tous les alcalins introduits par voie buccale, l'eau de Vichy précipite l'oxalate de chaux. Elle agit de façon exactement inverse de l'acidité chlorhydrique. Elle empêche la résorption de cet oxalate de chaux par la muqueuse digestive, alors que l'acide la facilite.

L'eau de Vichy excite les glandes de l'intestin, et leur fait produire un *excès de substance alcaline*. Cette hypothèse a été invoquée par M. Mathieu de Fossey pour expliquer le fait paradoxal d'une diminution, par la cure de Vichy, de l'alcalose sanguine, et d'un accroissement de l'alcalose intestinale. Elle a été encore invoquée récemment par Goiffon dans son étude sur l'oxalémie et l'alcalose. Elle est fort intéressante et elle explique mieux encore que l'alcalinité propre de l'eau la précipitation de l'oxalate dans l'intestin et la préservation de la muqueuse contre des résorptions excessives.

J'ai dit plus haut le rôle du foie dans la destruction de l'acide oxalique et la fréquence éminemment regrettable de l'insuffisance hépatique chez les oxalémiques.

Personne ne niera que l'eau de Vichy *agit sur le foie*, qu'elle accroît le coefficient azoturique, la résistance du foie aux infections, le pouvoir protéopexique de l'organe. Ce sont des faits que la clinique et l'expérimentation, entre les mains de Glénard, de M. de Fossey, de Binet et de moi-même, ont suffisamment démontrés.

Il est bien probable que cette excitation de la cellule hépatique accroît aussi son pouvoir destructeur ou transformateur vis-à-vis de l'acide oxalique, qui peut lui parvenir de l'intestin.

Vichy est peut-être une eau oxydante, catalytique ; elle est certainement une eau *zymosthénique*. Avec Mougeot, j'ai donné ce nom aux eaux qui excitent les ferments. Quand on met en contact de l'uréase, de l'amylase, avec certaines eaux minérales (et Vichy est du nombre, quoiqu'elle ne soit pas la plus active), on accroît la puissance de cette uréase ou de cette amylase et, sans doute aussi, d'autres ferments dont l'appréciation et la mesure sont plus délicates.

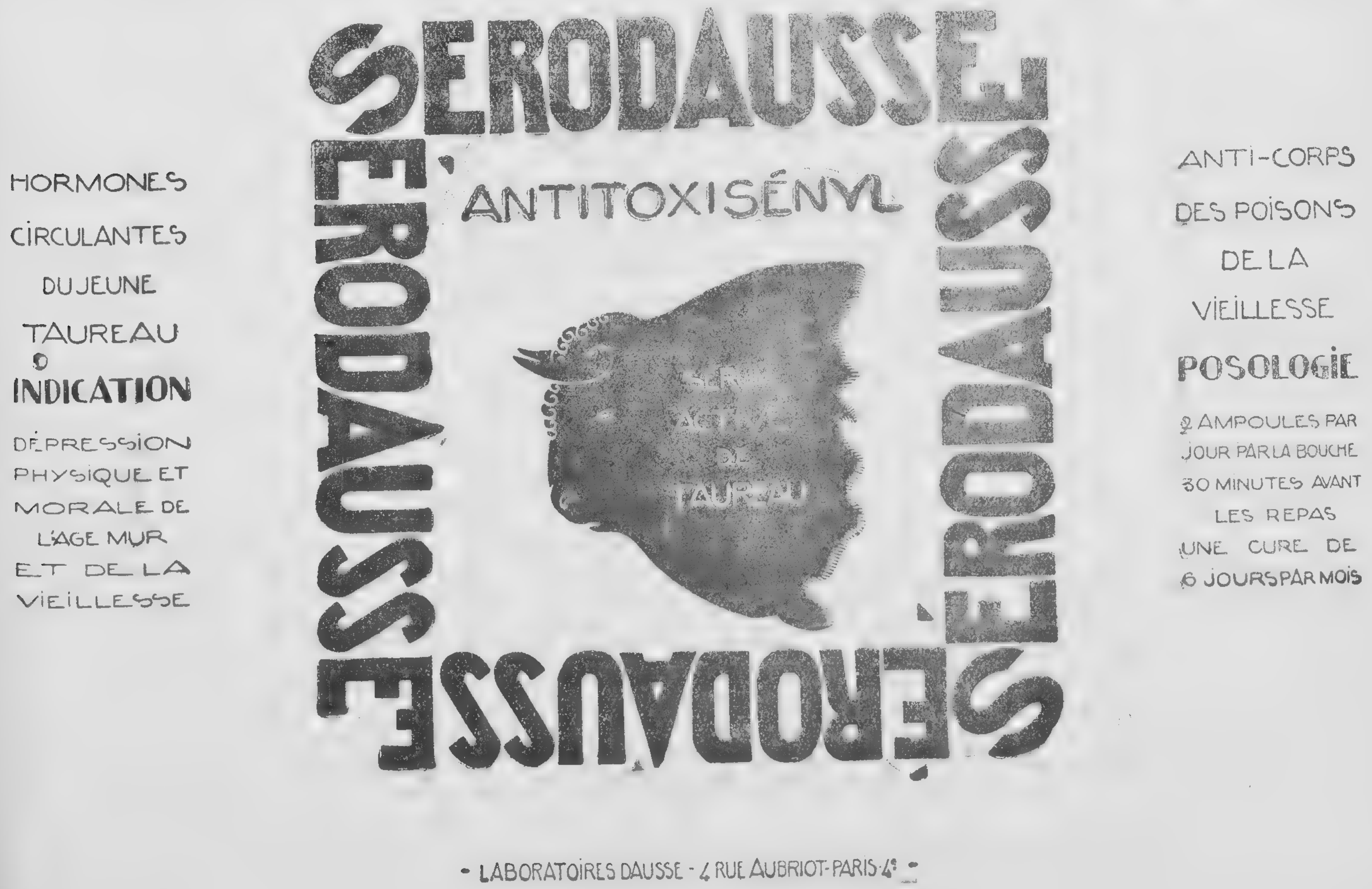
Il n'est pas discutable que ce pouvoir zymosthénique, pour reprendre le mot suggestif de M. Roger, s'exerce non seulement *in vitro* mais *in vivo*, qu'il favorise les différents processus d'oxydation, de transformation, de destruction des éléments cellulaires et qu'il permette des combustions plus parfaites des divers déchets de l'organisme.

Enfin, voici le dernier point intéressant, tout au moins en ce qui touche les réactions muqueuses et les douleurs : Vichy est une eau *réparatrice* et une eau *sédative*. Spécialement l'eau de Chomel. Non seulement parce qu'elle est chaude, et hyperthermale, mais aussi parce qu'elle est radioactive et qu'elle contient du bore.

Malgré des divergences assez sensibles, la plupart des examens pratiqués sur ces eaux, spécialement, tout récemment encore, par MM. Moureu et Lepape, concluent à la forte radioactivité des eaux de Chomel et aussi de Boussanges (mais Boussanges n'est pas utilisée en boisson), un peu moindre de l'Hôpital, et encore assez élevé des Célestins.

Et cette *radioactivité* est un facteur important d'analgésie dans une affection où les algies de tout ordre, musculaires, articulaires et autres sont si accentuées.


MUCILAGE
EVACUANT
INTESTINAL
normacol
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES NORGAN
P. ALEXANDRE PHARMACIEN 41, RUE DE ROME
RP


SÉRODAUSSE
SÉRODAUSSE
SÉRODAUSSE
SÉRODAUSSE
ANTITOXISÉNYL
HORMONES
CIRCULANTES
DU JEUNE
TAUREAU
INDICATION
DÉPRESSION
PHYSIQUE ET
MORALE DE
L'AGE MUR
ET DE LA
VIEILLESSE
ANTI-CORPS
DES POISONS
DE LA
VIEILLESSE
POSOLOGIE
2 AMPOULES PAR
JOUR PAR LA BOUCHE
30 MINUTES AVANT
LES REPAS
UNE CURE DE
6 JOURS PAR MOIS
LABORATOIRES DAUSSE - 4 RUE AUBRIOT - PARIS - 4e

J'ai nommé aussi le *Bore*, car je crois fermement, d'après les nombreuses études que j'ai déjà faites sur l'action du borate de soude et du bore organique dans les rhumatismes, l'hyperthyroïdie, les dyspepsies, que le bore est un agent sédatif important du système nerveux. Et cette radioactivité, et cette richesse en bore jouent également un rôle, et un rôle important, dans la réparation des lésions gastro-intestinales de l'oxalémie digestive.

J'ai avec intention laissé de côté, quel qu'en puisse être l'intérêt, les variations du p.H., de la réserve alcaline du sang, parce que leur étude ne permet encore aucune conclusion. Et aussi, la question de *phylaxie* des eaux minérales, si remarquablement mise en lumière par le Professeur Billard. Je suis bien convaincu que ce pouvoir prophylactique peut intervenir dans une affection telle que l'oxalémie, qui est d'ordre toxique autant que précipitant, car la toxicité de l'acide oxalique est plus grande que celle de l'acide urique pour le cœur, le muscle, le nerf, mais malheureusement aucune étude n'a été faite qui permette d'en donner la preuve convaincante.

Il y a à la cure de Vichy dans l'oxalémie une *contre-indication*. L'eau de Vichy alcalinise souvent les urines et cette alcalinisation, Schneider et d'autres l'ont démontré, facilite la précipitation dans le bassinet de l'oxalate de chaux. Vichy ne conviendra donc pas aux lithiasiques urinaires oxaliques ; tout au moins devra-t-elle être administrée avec prudence, surtout à ceux qui alcalinisent leurs urines aisément et immédiatement par des doses même assez faibles d'eaux alcalines.

***

Je conclus :

I. L'oxalémie résulte de l'augmentation dans le sang et dans l'organisme de l'acide oxalique.

L'acide oxalique a une origine endogène et exogène.

L'acide endogène naît dans les tissus sans doute du glycocolle et des nucléoprotéides, peut-être aussi des sucres. L'acide exogène vient de l'intestin.

L'acide exogène est introduit par les aliments. C'est un acide de constitution, de digestion, de fermentation.

Les aliments apportent l'acide oxalique en nature, ou l'acide oxalique en puissance. Ce dernier se forme souvent dans la transformation des sucres ou des gélatines par les microbes intestinaux.

L'acide oxalique résorbé dans l'intestin doit être détruit par le foie. Il peut s'éliminer par la bile, le gros intestin et même par l'estomac. Cette élimination par la muqueuse digestive s'oppose curieusement à l'absorption de l'oxalate par cette même muqueuse.

L'acide oxalique se fixe sur le système nerveux.

II. L'origine fréquemment intestinale de l'oxalémie, la destruction par le foie, l'élimination par le tractus digestif, la fixation sur le système nerveux, permettent de comprendre l'action favorable de la cure de Vichy.

L'eau de Vichy est alcaline et excite la sécrétion alcaline des glandes intestinales.

Elle diminue donc la résorption de l'oxalate formé dans l'intestin.

L'eau de Vichy excite le fonctionnement du foie : elle accroît donc la destruction de l'acide oxalique.

L'eau de Vichy jouit d'un pouvoir zymosthénique. Elle aide donc à la combustion complète des déchets dans les tissus.

L'eau de Vichy est réparatrice de la muqueuse digestive : elle favorise donc la guérison des altérations gastro-intestinales de l'oxalémie.

Enfin, elle est sédative, sans doute parce qu'elle est radioactive, peut être parce qu'elle est riche en bore. Elle aide donc à la disparition des algies et spécialement des cœlialgies des oxalémiques.

Telles sont les raisons pour lesquelles la cure de Vichy peut et doit être prescrite dans l'oxalémie. Elles sont à la fois, comme on a pu en juger, d'ordre clinique et biologique, et elles sont confirmées par l'expérience.

Le pouvoir peroxydolytique des Eaux minérales ; sa mesure traduite sous forme d'indice numérique.

Par A. MOUGEOT

En 1911, Roger Glénard mit en lumière un pouvoir jusqu'alors insoupçonné des E. M. de Vichy, c'est leur forte action décomposante sur l'eau oxygénée. Le fait eut de suite un vaste retentissement parmi les hydrologues, il souleva un grand intérêt et suscita de nombreuses recherches analogues aussi bien en France (Salignat et Foucaud, Billard et Mougeot) qu'en Roumanie, en Allemagne, en Italie, en Espagne, etc... Les expérimentateurs employèrent la technique de Glénard et confirmèrent sa découverte.

Il résulte de ces travaux que le fait de décomposer avec une puissance et une rapidité toutes spéciales l'eau oxygénée constitue une propriété que possèdent un très grand nombre et une très grande variété d'E. M.

Roger Glénard (1) la nomma « *pouvoir catalytique* » et ne l'étudiant que dans les Eaux de Vichy, il en fit le sujet de sa thèse de Médecine (Paris, 1911, Travail du Laboratoire de physiologie de la Sorbonne).

Son expression est encore couramment employée et c'est sous le titre de « Poder Catalitico de las Aguas Minerales » que Pelayo Poch Aguila consacrait à cette question un très important rapport riche de recherches personnelles au II[e] Congrès national espagnol d'hydrologie médicale tenu à Madrid en mars 1924.

Tout en proclamant le grand mérite de notre collègue et ami Roger Glénard, nous oserons dire que son expression de pouvoir catalytique employé en ce qui concerne exclusivement la dissociation de l'eau oxygénée ne nous paraît pas à l'abri de la critique, pas plus que sa manière de mesurer le phénomène.

On dit qu'une substance exerce une action catalytique lorsqu'elle accélère une réaction chimique sans entrer en combinaison avec les corps initiaux, intermédiaires, ou terminaux, et qu'elle agit par sa seule présence sans manifester d'affinités chimiques. Les exemples en abondent dans les notions de chimie élémentaire : mousse de platine, tournure de cuivre, bioxyde de manganèse.

Mais, c'est une *propriété* bien plutôt *dynamique* que matérielle et les exemples les plus nets d'action catalytique me paraissent se trouver dans le rôle de la chaleur pour la plupart des réactions ; dans le rôle de la lumière sur le mélange de chlore et d'hydrogène, sur la fonction chlorophylienne. Il en résulte que les fonctions catalytiques sont innombrables, et que parler de l'action catalytique d'une E. M., c'est rester dans le vague si l'on ne précise pas en même temps la réaction sur laquelle l'E. M. exerce un pouvoir accélérateur.

Aussi, lorsque avec MM. Loeper et Auberlot, nous étudions leur rôle activant sur les transformations diastasiques, nous assistons à des phénomènes d'ordre catalytique que nous appelons zymosthéniques pour les mieux préciser.

Par quoi remplacer le terme d'action « catalytique » pour désigner le fait découvert par Glénard ?

Dès 1912, avec Billard, j'avais étudié cette propriété sous le nom d'*action « peroxydasique »* ; mais ce terme a l'inconvénient de paraître préjuger de la présence d'un ferment oxydant, peroxydase ou catalase, dans l'E. M. Nous verrons qu'il n'en est rien.

Mais, avec le recul du temps et quelque sens d'auto-critique, nous déclarerons sans ambage que notre expression de « pouvoir peroxydasique » a autant cessé de nous satisfaire pour la raison déjà dite à l'instant, que l'appellation pouvoir « catalytique » de Glénard.

Aussi avons-nous avec, M. Loeper et Auberlot, adopté (*Progrès médical*, 16 avril 1927) l'expression de « *fonction peroxydolytique* », qui, à notre humble avis, exprime bien ce dont il s'agit ; il indique une action de lyse, de dissociation, et précise en même temps que la fonction agit sur un peroxyde : le peroxyde d'hydrogène dans le cas envisagé. Ce terme de lyse est d'ailleurs familier aux médecins : bactériolyse, hémolyse, ferments amylolytiques, protéolytiques, etc.

(1) R. GLÉNARD. — *Soc. biologie*, Paris, 1911, C. R., t. LXX, p. 218. *Soc. hydrologie médicale de Paris* 1912. Discussion : Salignat, Foucaud Rapport de Frenkel.

* * *

Le *principe* est fort simple, sur lequel est fondée l'étude de ce pouvoir. On mélange en proportion connue de l'eau minérale et du peroxyde d'hydrogène, autrement dit de l'eau oxygénée de concentration déterminée, on titre le peroxyde aussitôt le mélange effectué et de nouveau après un laps de temps connu.

La déperdition en peroxyde qu'éprouve le mélange mesure le phénomène de dissociation. Il est ainsi facile d'établir une courbe en fonction du temps (Billard et Mougeot).

Le procédé pratique de titrage du peroxyde, tel que Glénard l'a mis en œuvre dès le début, doit aussi être conservé. Il consiste dans l'emploi d'une solution de permanganate de potasse à 1/1000 dans l'eau distillée (1). On met dans une capsule de porcelaine ou un verre à précipité cinq cc. du mélange E. M. et eau oxygénée ; on y ajoute un nombre fixe de gouttes d'acide sulfurique, ou mieux cinq c.c. SO^4H^2 étendu à 1/10 d'eau distillée, c'est-à-dire cinq cc. d'un mélange de 9 parties d'eau et d'une partie (en volumes) de SO^4H^2. Enfin, ayant placé la solution titrée de permanganate dans une burette de Mohr, on la laisse tomber goutte à goutte (2) jusqu'au début de coloration rose violet.

Roger Glénard a eu le mérite en même temps qu'il mettait en lumière la fonction peroxydolytique des E. M., de préciser une méthode en quelque sorte « standard » qui sert à établir « *l'indice catalytique de Glénard* ».

Cette méthode, adoptée aussitôt par Giurgea en Roumanie, par Neuberg, par Fresenius et Grünhub en Allemagne, par Diaz de Rada et Palancar, par Pelayo Poch Aguila en Espagne, et d'autres encore, consiste à placer dans l'étuve à 37° un mélange de 50 cc. d'eau minérale et 5 cc. de peroxyde d'hydrogène pur étendu à 1/10 avec de l'eau distillée. L'indice est exprimé par le nombre de cc. de solution 1/1000 de permanganate qui correspond à la proportion de peroxyde disparue en deux heures.

Nous avons suivi cette technique lors de nos premières recherches avec G. Billard, exposées à la *Société de biologie*, 29 juin 1912, 7 et 14 juin 1913, *Société d'hydrologie médicale de Paris*, 1er décembre 1913.

A la réflexion, nous la jugeons passible de reproches et digne d'amélioration. La méthode Glénard comporte un premier et grave inconvénient, c'est l'emploi de l'étuve, car la température de 37° vient précisément ajouter son action peroxydolytique à celle de l'eau minérale et c'est incontestablement une erreur que d'attribuer à cette dernière influence seule une déperdition en peroxyde qui est, en réalité, la somme de deux facteurs : la chaleur de l'étuve, et la présence de l'eau minérale. Nous n'hésiterons pas à dire que « l'indice de R. Glénard » englobe indistinctement l'activité de ces deux facteurs, et ne mesure pas la part qui revient exclusivement à l'eau minérale.

L'eau oxygénée restant relativement stable jusqu'à 20°c, il faut donc opérer à la température du laboratoire.

Un deuxième reproche : l'indice de Glénard est établi sans tenir compte d'un flacon témoin qui servirait et doit servir à mesurer la dissociation spontanée du peroxyde en présence de l'eau distillée ou d'une eau témoin, dans les mêmes conditions de dilution, de température et de durée.

C'est pourquoi nous établissons dorénavant *notre indice d'activité peroxydolytique* des E. M. dans les conditions suivantes :

50 cc. d'eau à étudier.

5 cc. de peroxyde, d'hydrogène Poulenc ou de perhydrol étendu à 1/10e avec de l'eau distillée.

On laisse à la température du laboratoire, et on titre au permanganate deux fois au moins : 1° aussitôt le mélange effectué et 2° après deux heures de contact.

Supposons que les flacons T, T', T'' soient préparés avec de l'eau distillée, les flacons S, S' avec de l'eau de Seine ; les flacons; P avec de l'eau de Pougues ; les flacons R avec de l'eau de Royat les flacons V avec de l'eau de Vichy.

On notera en cc. de solution 1/1000 de permanganate la quantité de peroxyde disparue, c'est-à-dire en soustrayant du nombre de cc. lus au premier titrage le nombre lu au deuxième titrage. *Pour établir l'indice peroxydolytique, on divisera la quantité disparue dans le flacon d'eau minérale par la quantité disparue dans le flacon témoin d'eau distillée.*

L'indice est donc un quotient, et ainsi obtenu, il exprime exactement la fonction spéciale à l'eau minérale, indépendamment de l'instabilité spontanée de l'eau oxygénée, et de la température du mélange pourvu que la durée de contact dans une expérience donnée soit la même pour tous les flacons et que tous les mélanges soient opérés et laissés à la température du laboratoire. Ainsi les indices conservent une valeur comparative, quels que soient les lieux où ils sont obtenus ; il ne s'agira que d'établir la durée optimum du contact.

* * *

Employant notre méthode personnelle de mesure, nous avons établi, avec Aubertot, pour les eaux minérales suivantes, embouteillées, les indices peroxydolytiques suivants (par rapport à un témoin à l'eau distillée) :

La Roche-Posay (Lucine)	1
Vittel (Hépar)	1
Contrexéville (Pavillon)	1
Saint-Christau (Arceaux)	1.9
Eau de Seine du robinet	3.0
Le Mont-Dore (Madeleine)	3.0
Royat (César)	4.0
La Bouboule (Choussy)	5.0
Pougues (Saint-Léger)	6.0
Châtel-Guyon (Gubler)	6.1
Saint-Nectaire (Parc)	7.5
Vichy (Célestins)	8.0
Royat (Saint-Mart)	8.6
Vichy (Grande-Grille)	11.6

(Au bout de vingt-quatre heures à la T° du laboratoire de biologie expérimentale de M. Gautrelet).

Nous avons poursuivi avec Aubertot, selon la même technique et sur des eaux plus variées, nos déterminations d'indices peroxydolytiques, et toujours à la T° de notre laboratoire à Royat.

Pour chaque eau, le premier chiffre est le résultat d'un mélange de deux heures, le second chiffre correspond à vingt-quatre heures et le troisième à quarante-huit heures de contact ; l'eau témoin étant celle de l'alimentation de Royat en eau potable ordinaire.

Royat César	fraîche	1.2	1.7	13.2
— Saint-Mart	—	2.3	8.7	16.4
— Eugénie	—	5.8	14.5	7.9
— Saint-Victor	—	5.7	14.5	8.1
— Velléda	—	1.6	2.2	2.3
La Roche-Posay	vieille	1.5	4.0	5.2
Decize (S. Aré)	—	0.8	10.0	8.1
Vichy (Grande-Grille)	—	22.0	5.2	9.1
Saint-Nectaire (Parc)	—	9.0	5.9	8.0
Pougues Saint-Léger	—	3.5	0.5	2.6
Châtel-Guyon Gubler	—	2.0	2.4	3.1
La Bourboule (Ch.-P.)	—	0.3	2.4	14.1
Vals (Saint-Jean	—	1.6	1.5	2.3

Que valent les indices relevés après deux heures de contact entre le peroxyde d'hydrogène et l'E. M. ? Nous n'hésitons pas à les reconnaître sans valeur et voici pourquoi. Après une durée aussi courte, les quantités de peroxyde disparues qui servent de numérateur (E. M.), et de dénominateur (Témoin) pour établir, l'indice sont en vérité minimes, si bien qu'à une faible erreur de dosage correspond une erreur proportionnellement grande de l'indice.

Nous ne ferons état que des chiffres recueillis au bout de vingt-quatre heures au moins. Cette durée suffit si la T° du laboratoire atteint 20°, et on fera une moyenne, entre les résultats de trois flacons d'une même eau minérale et ceux de trois témoins.

Si la T° ambiante, n'est que de 15° à 19°, on prendra la moyenne entre les chiffres déterminés au bout de vingt-quatre heures et de quarante-huit heures ou entre plusieurs flacons de la même E. M. au bout de quarante-huit heures. Il y a lieu d'agir ainsi pour la liste précédente ce qui donne :

Royat (S. César) = 7.5.
(S. Saint-Mart) = 12.5.
(S. Eugénie) = 12.2.
— (S. Saint-Victor) = 12.3.
— (S. Velléda) = 2.2.
La Roche-Posay = 4.6.
Decize (S. Aré) = 9.0.
Vichy (Grande-Grille) = 7.3.
Saint-Nectaire (Parc) = 7.0.

---

(1) V. Henri. — Mesure du pouvoir catalytique des métaux colloïdaux, *C. R. Soc. Biologie*, 1906, p. 1010.

(2) L'acide sulfurique n'intervient que pour dissoudre le précipité de bioxyde de manganèse à l'état de sel incolore, et ainsi permettre d'apprécier le moment exact où le permanganate arrive en excès après avoir saturé tout le peroxyde présent.

Pougues (Saint-Léger) = 1.6.
Châtel-Guyon (Gubler) = 2.3.
La Bourboule (C-P.) = 8.3.
Vals (Saint-Jean) = 1.9.

***

Nous voici armés d'une définition du phénomène, d'une méthode perfectionnée de mesure, il reste à étudier les faits et leur interprétation.

C'est une propriété assez générale des E. M. que le pouvoir peroxydolytique, cependant elle n'est pas constante. Dans nos recherches sur des E. embouteillées, les sulfatées calciques froides comme Contrexéville, Vittel ; les hypominéralisées froides comme Evian ; les oligo-métalliques comme La Roche-Posay et Saint-Christau n'ont pas donné une peroxydolyse supérieure à celle de l'eau distillée, elle fut nettement inférieure à celle de l'eau de Seine.

Les eaux de Vichy embouteillées auraient, d'après Glénard, perdu leur pouvoir peroxydolytique. Nous avons toujours dans de multiples expériences et dès celles de 1912 avec Billard, trouvé que les eaux de Royat et d'ailleurs l'avaient conservé et à peu près intégralement. Cependant on le voit baisser fortement si une eau bicarbonatée mixte est abandonnée à l'air, perd son gaz CO^2 libre, flocule, précipite certains électrolytes et les expulse en quelque sorte par sédimentation.

Trois explications ont été avancées au sujet de la dissociation du peroxyde d'hydrogène par les E. M. Elles visent à en trouver la cause :

1° Dans des peroxydases que contiendraient les E. M. ;

2° Dans l'état colloïdal des éléments minéralisateurs et, en particulier de l'hydrate de fer ;

3° Tout simplement dans les électrolytes sans invoquer leur état colloïdal.

Nous envisagerons donc tour à tour les arguments invoqués en faveur de chacune de ces trois théories.

A. Les eaux de trois sources de Vichy que j'ai examinées à ce point de vue, dit R. Glénard, m'ont donné *les réactions colorées de la présence d'oxydases*, et ont catalysé l'eau oxygénée ; donc leur pouvoir catalytique est dû à leur fonction peroxydasique. Voilà l'argument que, à dessein, nous résumons sous une forme beaucoup plus syllogistique que ne l'emploie notre ami Glénard, dont les recherches ont posé le problème. En somme, la question préalable est de savoir si toutes les E. M. qui détruisent l'eau oxygénée donnent les réactions positives de la présence de peroxydases. Rappelons que les ferments oxydants doivent être distingués selon trois catégories bien tranchées :

a) Les catalases qui décomposent brusquement l'eau oxygénée en quelques secondes avec mise en liberté de bulles macroscopiques d'oxygène dépourvu de pouvoir oxydant plus élevé que l'oxygène asthmosphérique ;

b) Les oxydases directes de Bourquelot qui sont capables de fixer sur des corps « accepteurs » l'oxygène de l'air, alors que ces mêmes corps ne s'oxyderaient que très lentement sans la présence du ferment ;

c) Les oxydases indirectes de Bourquelot ou peroxydases qui sont incapables de fixer l'oxygène sur les corps « accepteurs », sauf en présence d'un peroxyde comme l'eau oxygénée.

En présence d'une peroxydase comme il s'en trouve dans le sang :

a) La teinture de gaïac vire au bleu ;

b) La phénol-phtaléiene réduite par le zinc à T° d'ebullition (réactif de Meyer) vire au rouge ;

c) L'aldéhyde salicylique vire au jaune ;

d) La teinture de benzydine vire au gris bleu ; telles sont les quatre indicateurs de la présence de peroxydases qu'a utilisées Glénard. Mais il est juste de rappeler qu'avant lui, l'illustre méconnu Garrigou, et aussi Heen et Michel avaient donné en faveur de la présence d'oxydases dans certaines E. M. des arguments que Rodoligo, au IX° Congrès hydrologique italien de 1908, considère comme probants.

Cependant avec les réactifs indiqués, les sources de l'Hôpital, Grande-Grille, Chomel et Mesdames (Vichy), l'eau étant prise à l'émergence et essayée à la T° de 37°C, ne donnent aucune réaction colorée en l'absence d'eau oxygénée ; elles ne contiennent donc rien qui puisse mériter le nom d'oxydase directe ou de corps pourvu d'une fonction comparable. Par contre, en présence d'eau oxygénée, Mesdames surtout et aussi l'Hôpital et un peu moins la Grande-Grille donnent des réactions positives (négatives pour Chomel). « Donc, ajoute Glénard, certaines E. de Vichy contiennent des peroxydases, et l'on peut sans crainte affirmer qu'il s'agit de peroxydases à base de fer. C'est l'état particulier colloïdal dans lequel se trouve le fer à l'émergence qui crée à la fois leur pouvoir catalytique sur l'eau oxygénée et leurs propriétés colorantes peroxydasiques (1). »

On peut tout d'abord critiquer les termes de cette conclusion formelle ; et d'accord avec de nombreux auteurs, dont Frenkel, nous pensons que l'on doit réserver le terme de « peroxydase » aux seuls ferments d'origine cellulaire. Il valait mieux s'en tenir aux termes suivants « les réactions colorées positives montre dans les trois sources ci-dessus la présence d'un corps doué d'une fonction peroxydasique et ce corps est l'hydrate de fer à l'état colloïdal. »

Mougeot et Aubertot (*La Médecine*, 1926) ont repris l'étude comparative des réactions des peroxydases et du pouvoir peroxydolytique dans de nombreuses E. M. embouteillées : non seulement Vichy (Grande-Grille et Célestins), mais encore Pougues, Châtel-Guyon (Gubler) Saint-Nectaire (Parc), R oyat (Saint-Mart et César), La Bourboule (Choussy), Le Mont-Dore (Madeleine), La Roche-Posay, Saint-Christau (Arceaux), Decize (Saint-Aré), Vittel, Contrexéville, comparativement avec l'eau de Seine et l'eau distillée. Toutes les réactions colorées ont été négatives, sauf avec l'aldéhyde salicylique, aussi bien sans présence qu'avec présence d'eau oxygénée. Donc il n'y a qu'une présomption discutable en faveur de la présence dans ces E d'un corps à fonction oxydasique et peroxydasique. Considérant d'autre part, que l'indice peroxydolytique déterminé dans ces E. n'a nullement été en parallèle à ces réactions (attendu que la dissociation de l'eau oxygénée est pratiquement nulle dans La Roche-Posay, Vittel, Contrexéville, Saint-Christau où les réactions sont pourtant faiblement positives), nos résultats personnels nous amènent à conclure que « *la présence douteuse encore de corps à fonction oxydasique et peroxydasique dans les eaux minérales ne peuvent rendre compte de leur pouvoir peroxydolytique.* »

D'accord en cela avec L. Tixier, dont les expériences sont pleinement confirmées par celles de Sartory, nous dirons que les E. M. ne donnent pas de réactions réellement positives de la présence de ferments oxydants, à la seule exception de la source Marie-Christine (hydroxydase) du Breuil (Puy-de-Dôme).

B. Le pouvoir peroxydolytique n'est pas, comme l'a pensé Roger Glénard au début de ses travaux sur la question, lié à l'*état colloïdal des matières minéralisatrices* dans les eaux minérales ; il paraît en être assez largement indépendant, comme le soutenaient dès le début, MM. Salignat et Foucaud dans les objections élevées à propos des premières communications de Glénard.

C. *Il doit être rapporté en très grande partie, sinon en totalité, aux électrolytes.*

Pour Glénard, il est surtout le fait de l'hydrate de fer colloïdal ; pour Frenkel, qui a fait des expériences précises de contrôle, si le fer agit c'est à l'état de précipité et il s'exprime ainsi : « la catalyse est conditionnée par le contact de l'eau oxygénée en milieu bicarbonaté sodique avec de l'hydrate ferrique *précipité*. » L'influence de l'ion fer va être précisée bientôt.

Le bicarbonate de soude est aussi un dissociateur puissant de l'eau oxygénée (Frenkel) confirmé par Pelayo Aguila) et dans cette décomposition par les bicarbonates alcalins, il se forme pour Kazanecki. (*J. Russe phys. Chem. Soc.*, 1914, XLVI, p. 1110 ; *J. Chem. Soc.*, 1916, II, p. 334), des composés intermédiaires instables, tels que $CO^3K^2\ 2H^2O$; $CO^3Na\ 1\ 1/2\ H^2O$; $1/5\ CO^3Mg\ H^2O$.

Le bicarbonate de chaux est inactif ou paralysant ; (l'ion chlorhydrique, l'ion sulfurique sont nettement paralysants, d'après les expériences précises de Frenkel.)

Sur le rôle du fer dans la peroxydolyse, les données sont infiniment moins claires, moins précises. Frenkel (1913) conclut de ses expériences qu'un sel ferrique, par exemple le perchlorure, employé seul, ne décompose pas H^2O^2 ; qu'ajouté à une eau bicarbonatée sodique, il accélère la dissociation de H^2O^2 ; que l'état dans lequel se trouve le fer au moment de son addition n'influe pas sur le résultat. « En un mot, *le fer ne fait rien* ; le bicarbonate de soude seul fait beaucoup; le bicarbonate de soude est paralysé par les ions calcium, magnésium, sodium, chlore, sulfurique, et peut être par d'autres ions dont l'étude doit être poursuivie. Le fer guérit cette paralysie. » von Bertalan (*Zschr Phys. Chem.*, 1920, t. XC, p. 328) admet la catalyse par le fer, affirme que la décomposition de H^2O^2 par le cation fer est une réaction de premier ordre, que la marche de la catalyse est la même en présence d'ions soit ferreux, soit ferriques, et les constantes restent identiques.

von Bohnson (*J. Phys. Chem.*, 1921, T. XXV) dit que la vitesse spécifique de cette réaction décroît, quand on opère avec

(1) On le voit, une peroxydase seule est capable, parmi ces ferments de décomposer le peroxyde avec mise en liberté d'une molécule d'oxygène particulièrement actif que le ferment fixe sur l'accepteur.

des sels ferriques, au fur et à mesure que la réaction a lieu, due à l'hydrolyse du catalysateur, et ni l'*hydroxyde ferrique colloïdal ni les sels basiques ne possèdent de pouvoir catalysateur.*

C. S. Mummery (*J. Soc. Chem.*, 1913, t. XXXII, p. 889) a étudié l'action des sulfates ferreux et ferriques sur l'eau oxygénée dans diverses conditions ; les résultats obtenus justifient la conclusion que les sels ferreux décomposent catalytiquement le peroxyde d'hydrogène en l'absence de substances oxydables. Par ailleurs J. Duclaux (*Bull. Soc. Chim. Fr.*, 1922, XXXI, p. 965) a étudié toutes les particularités que présente la catalyse due aux sels ferriques, et admet la formation d'un complexe intermédiaire qu'il n'a pu isoler ; probablement un peroxyde dû à la combinaison des HO^2 de l'eau oxygénée avec des ions ferriques, par exemple : Fe $(HO^2)3$. Cet ion complexe se détruirait aussitôt en donnant de l'oxygène libre, de l'eau et des ions ferreux qui passeraient aussitôt à l'état ferrique en présence d'un excès de peroxyde d'hydrogène.

Dans les expériences de Pélayo Poch Aguila, une solution N /8 de sulfate ferreux détruit l'eau oxygénée. Une solution N /5 de sulfate ferrique ne la détruit que bien plus lentement. L'auteur considère comme évident que le sulfate ferrique s'hydrolyse, et qu'il se forme de l'hydroxyde colloïdal dans la solution, que cet hydroxyde ne présente pas de propriétés oxydantes. Il en conclut : « Si l'hydroxyde colloïdal ferrique produit la catalyse, c'est en faible proportion. C'est l'oxydation des ions ferreux qui amènent la peroxydolyse totale dans les eaux minérales ferrugineuses. »

Poch Aguila a aussi expérimenté sur les sels manganeux et les silicates. Les premiers passent (SO^4Mn N /10) à l'état manganique en présence du peroxyde d'hydrogène qui est ainsi dissocié. Le silicate de soude (N /2) s'hydrolyse et il se forme de la silice colloïdale et celle-ci agit comme catalysateur.

Nous n'avions pas à insister sur le pouvoir peroxydolytique des eaux minérales, si l'on considère que ce pouvoir ne paraît pas, dans l'état actuel de la science hydrologique, influer notablement sur leurs propriétés biologiques.

Aussi bien, pour l'immense majorité des auteurs, le pouvoir peroxydolytique repose sur la présence de fer sans que l'état colloïdal de cet ion intervienne. Et si l'on est encore loin de connaître de façon certaine sous quelle forme se trouve l'ion Fe dans les E. M., il est permis de conclure comme Baudisch et Davidson dans un tout récent et très important travail (*Arch. Int. Med.*, oct. 1927, p. 496). « Le fer contenu sous un arrangement moléculaire spécial donne à certaines eaux un fort pouvoir catalytique. Celles de Saratoga (U. S. A.) par exemple, jouissent à un haut degré de ce pouvoir qui dépend de leur teneur en ions ferreux et qui disparaît en présence de l'oxygène. »

D. *Ne doit-on pas invoquer la réaction potentielle du milieu*, autrement dit la concentration en ions hydrogène (en abrégé le pH) ?

Nous connaissons le pH d'un grand nombre de nos sources françaises, grâce aux déterminations de Glénard et Gruzewska, Billard, Mougeot et Aubertot, Desgrez et Lescœur, Sérane, etc. Or, dans nos E. M. tant que leur concentration en ions H n'a pas été très diminuée par éventation, la réaction ionique ne me paraît pas pouvoir intervenir. Leurs pH s'étagent de 6.2 à 7.3 . Or, des chercheurs étrangers Rudolf Schenk, F. Vorlander et W. Dux, (*Zschr. Allgem. Chem.*, 1914, XXVII, p. 291) ; Gosta Phragmen (*Med. Vetemskaps Akad. Nobel Inst.*, 1919, V, 1, et *Chem. Abstr.*, 1921, III, 86) ont dtéteminé la courbe de dissociation en fonctions du pH, le maximum se montre au pH optimum = 11,8. Or, c'est là une concentration que l'on ne rencontre jamais dans aucune E. M. étudiée jusqu'ici.

Par contre, dans les E. bicarbonatées éventées, et plus encore après ébullition, la concentration en ions H diminue beaucoup ; il se développe une haute alcalinité ; le pH passe aux environs de 10 et 12. Alors la réaction intervient comme le démontrent bien nos expériences avec Aubertot. Voici les indices peroxydolytiques que nous avons trouvés sur les E. de Royat après une ébullition d'une fraction de minute (qui suffit à modifier considérablement le pH) en regard des indices concernant les mêmes E. non bouillies :

Source St-Victor :	44.0	(au lieu de	14.5)	au bout de 24 heures ;
— Saint-Mart :	26.7	—	8.7	—
— César :	41.0	—	10.7	—
— Eugénie :	45.0	—	14.5	—
— Velleda :	27.0	—	2.2	—

On ne peut contester que l'alcalinisation du milieu indépendamment de la présence de l'ion Fe ne provoque une forte lyse du peroxyde.

Ainsi se confirment les assertions de R. Glenard : les E. de Vichy perdent leur pouvoir catalytique par embouteillage et le recouvrent par ébullition. Mais nous interprétons les faits un peu différemment et disons que les E. M. bicarbonatées que nous avons plus spécialement étudiées conservent leur pouvoir peroxydolytique si embouteillées avec leurs gaz, le perdent par précipitation, et sédimentation de certains de leurs électrolytes ; en possèdent un nouveau si bouillies. Mais le pouvoir peroxydolytique original est fonction d'électrolytes, tandis le pouvoir lytique créé par ébullition est fonction de la réaction ionique du milieu ; ce sont donc deux phénomènes différents par leur cause, quoique semblables dans leur effet.

***

Certains trouveront que nous avons accordé un trop long développement à la question de la peroxydolyse par les E. M. et nous leur accorderons très volontiers que ce pouvoir n'importe guère en ce qui concerne leurs proprietés biologiques et thérapeutiques. Il s'agit là d'un processus assez purement chimique..

Mais chemin faisant nous avons eu l'occasion de montrer quel retentissement la découverte de Roger Glenard avait eu et continue à avoir dans les pays étrangers. Tous ces travaux n'ont pas ajouté grand'chose à ce que nous avaient appris les publications princeps de Glénard, leur discussion par Salignat et Foucaud, les expériences ultérieures de Frenkel, de Billard et Mougeot. Cependant l'intérêt qu'ont montré ensuite les chercheurs étrangers pour cette question m'ont engagé à en faire une révision en y ajoutant une modeste contribution personnelle.

Orateurs et chanteurs à St-Honoré

Par le Dr DU PASQUIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Lauréat de l'Académie de médecine.

Quiconque a tant soit peu étudié la fonction de la parole ou du chant, cherché à pénétrer le mécanisme encore obscur et discuté des modulations si variées de la voix humaine, est vite convaincu de l'infinie complexité de la fonction vocale et partant de son extrême fragilité.

En effet, cette fonction est, dans son ensemble, sensible aux moindres modifications survenant sous des influences diverses à l'un quelconque des organes qui concourent à la production ou à l'émission du son. Le larynx peut être troublé dans la souplesse ou la vigueur de ses muscles ; sa muqueuse peut être altérée, congestionnée, enflammée ; autant de causes de troubles de la voix. Les cavités de résonnance, le pharynx, les fosses nasales, les sinus de la face, sont également sujettes à la congestion, à l'inflammation, aux poussées catarrhales aiguës, subaiguës ou chroniques. Le moindre trouble broncho-pulmonaire affecte le souffle du chanteur, diminue sa puissance, et le met en état d'infériorité par la diminution qu'il provoque dans la force d'expiration si nécessaire au chant.

Il suffit d'un rien pour que la voix perde son timbre normal, pour que la parole ou le chant devienne une fatigue et risque même de provoquer, par le surmenage, des troubles sérieux et durables.

Que dire des maladies de la voix, des phonopathies (Castex) où la fonction vocale est troubleé par elle-même ? où la voix est altérée dans son timbre, dans sa solidité, dans son intensité, dans son étendue, dans sa netteté, sans que souvent le plus léger signe physique soit perceptible à l'examen le plus minutieux.

L'intégrité absolue des organes qui concourent à la formation de la voix est donc nécessaire chez les orateurs et les chanteurs. Un des leurs, Melchissédec a écrit : « Tout élève de chant ou de diction doit avoir des poumons, un larynx, un pharynx, un nez et une bouche en bon état ». Quiconque s'adonne à l'art du chant doit donc surveiller minutieusment sa santé et il est bien connu que dans les confréries de chanteurs italiens du XVIIIe siècle, qui portèrent l'art du chant à un point de perfection difficilement égalé depuis, les élèves

étaient soumis à une discipline sévère et à une hygiène rigoureuse.

Le chanteur, l'orateur doit donc soigner sa voix s'il veut lui conserver toutes ses qualités et ne pas hésiter à traiter dès le début les troubles qu'il commence à percevoir, et qui peuvent si facilement s'aggraver.

Les cures thermales sont parmi les meilleurs moyens de lutter contre ces troubles fonctionnels légers, parfois à peine appréciables et qui cependant constituent une gêne pour le présent et une menace pour l'avenir. En effet, la cure thermale, judicieusement choisie a, au point de vue local un effet des plus favorables sur l'état des organes respiratoires, poumons, bronches, larynx, pharynx et fosses nasales qui concourent à la fonction vocale ; et d'autre part elle a sur l'ensemble de l'organisme une action précieuse de reconstitution générale et de sédation nerveuse.

Parmi les cures spécialisées pour la voix, Saint-Honoré (Nièvre) tient une place à part entre les eaux arsenicales de la Bourboule et du Mont-Dore et les eaux sulfureuses des Pyrénées ou des Alpes, grâce à son heureuse composition à la fois sulfureuse et arsenicale. Ses eaux rentrent dans la catégorie des sulfureuses sédatives, d'action très douce, ne provoquant pas de réactions congestives violentes, et facilement tolérées par les muqueuses les plus excitables. L'altitude moyenne (300 mètres), la régularité du climat, la pureté de l'atmosphère, le voisinage de profondes forêts, en font une station de repos particulièrement favorable aux nerveux surmenés.

La technique de la cure y est spécialement appropriée au traitement des organes respiratoires et vocaux.

Les pulvérisations détergent et assainissent le pharynx et les fosses nasales.

L'inhalation sèche, purement gazeuse, sans eau vaporisée, brumifiée ou poudroyée, atteint les voies respiratoires dans toute leur hauteur, depuis le fond des alvéoles pulmonaires jusqu'à l'orifice des narines, et constitue à la fois un traitement local et un traitement interne à cause de l'absorption par les poumons des gaz émanés des sources, H^2 S. en particulier.

L'eau en boisson joue également son rôle, l'hydrogène sulfuré qu'elle contient s'éliminant à travers la muqueuse respiratoire.

Enfin une pratique adjuvante des plus utiles est constituée par la douche de pieds, à la fois percutante et hyperthermale, qui, provoquant une violente dérivation sanguine sur les membres inférieurs contribue puissamment à décongestionner les organes respiratoires.

Sur le terrain spécial qui nous occupe, les principales indications de la cure de Saint-Honoré résident dans l'état des organes vocaux, trachée et larynx, et des caisses de résonnance, pharynx, fosses nasales, sinus de la face.

Le catarrhe, l'hypersécrétion muqueuse quelle que soit sa localisation est une des principales indications de Saint-Honoré. C'est dire que toutes les trachéites, laryngites, pharyngites, rhinites, sinusites catarrhales ou purulentes, seront justiciables de la cure salfo--arsenicale. Les « chats », les « graillonnements », les enrouements des chanteurs disparaîtront rapidement par la cure thermale. Les nodules vocaux seront souvent améliorés mais ne s'effaceront pas toujours complètement. Toutes les irritations, toutes les inflammations chroniques des voies respiratoires obtiendront de bons résultats.

Mais à côté de ces cas précis facilement appréciables, il est toute une série de simples troubles fonctionnels, légers mais cependant gênants, qui pourront être améliorés à Saint-Honoré. La fatigue, l'affaiblissement de la voix, en particulier, le timbre voilé, la raucité tireront grand avantage d'un traitement thermal judicieusement dirigé. Il semble que la muqueuse respiratoire, modifiée par la cure dans sa circulation, dans sa sensibilité, dans ses sécrétions, soit comme tonifiée, rénovée, assainie et acquière une résistance nouvelle. Cela est si vrai qu'un des principaux résultats de la cure c'est une diminution de la fragilité, de la vulnérabilité de cette muqueuse, qui est moins sujette que précédemment aux irritations, aux inflammations aux poussées congestives.

Je pourrais citer, parmi bien d'autres, l'observation d'une jeune fille de 24 ans, Mlle B. sujette chaque hiver au moindre froid à des poussées fréquentes de laryngite légère, caractérisées simplement par un peu d'enrouement, qui la gênaient beaucoup pour chanter et la forçaient depuis quelques années à s'interrompre de chanter régulièrement plusieurs fois par hiver ; malgré les traitements assidus et successifs de divers spécialistes, c'était une fragilité désespérante de la muqueuse laryngée. Après une première saison à Saint-Honoré, l'hiver se passa sans enrouement et la malade put chanter régulièrement sans interruption. Une seconde saison consolida son état et l'amélioration ne s'est pas démentie depuis plusieurs années.

Le traitement thermal doit, bien entendu être accompagné du repos de la voix, aucun travail vocal n'est autorisé pendant la cure et les chanteurs doivent s'abstenir de tout exercice qui, congestionnant les cordes vocales pourrait entraver les résultats. Quelques jours de repos après la cure sont encore nécessaires pour permettre aux organes de terminer leurs réactions et de reprendre leur état normal.

Tout ce qui précède s'applique à tous les professionnels de la voix parlée ou chantée, c'est-à-dire à tous ceux qui usent jusqu'aux limites fonctionnelles extrêmes de cet organe si fragile qu'est la voix. Magistrats, avocats, professeurs, prédicateurs, boursiers, artistes lyriques ou dramatiques trouveront dans les cures thermales le meilleur moyen d'entretenir l'intégrité de leur voix et de combattre les troubles qui viendraient altérer ses qualités, et menacer sa durée ou même son existence.

Séquelles respiratoires de la grippe et cures thermales sulfurées,

Par le Docteur **Henri PELON** (de Luchon).
Lauréat de l'Académie de Médecine.

La grippe, qui sévit chaque hiver avec une intensité et une gravité variables, laisse toujours après elle une fragilité très accusée de l'arbre respiratoire, fragilité souvent rebelle aux médications usuelles, mais cédant au contraire rapidement et sûrement à l'action des eaux thermales sulfurées.

Rhino pharyngite avec ou sans propagation à la trompe et à la caisse, laryngite, trachéo-bronchite humide, suites éloignées de congestion pulmonaire, de pneumonie ou de broncho-pneumonie, reliquats de pleurésie, telles sont les séquelles grippales les plus fréquentes ayant un bénéfice indiscutable à retirer d'une cure thermale sulfurée.

L'heureuse action de celle-ci, ainsi que l'ont bien précisé MM. Flurin, Lamarque et Liacre (1), est due à deux faits essentiels qui sont : 1° l'élimination du soufre par la muqueuse respiratoire, quel que soit son mode d'introduction dans l'organisme ; 2° le rôle trophique du soufre dans la réparation des cellules mucipares de cette muqueuse.

Sous l'influence de la cure sulfurée, la muqueuse respiratoire voit sa circulation locale se régulariser (ancienne action substitutive), son épithélium se rénover, toutes ses cellules enfin se régénérer dans une vitalité nouvelle.

Il faut noter en second lieu un effet sédatif, à localisation respiratoire très spéciale, qui, dû surtout à la thermalité des eaux, à leurs émanations radio-actives, ainsi qu'aux gaz rares des vapeurs inhalées ou humées, se traduit cliniquement par une diminution très nette de la toux, et un apaisement remarquable de la sensation si pénible d'ardeur et d'irritation de la muqueuse aérienne supérieure.

(1) Flurin, Lamarque et Liacre. — Les cures sulfurées. Rapport présenté au XIe Congrès International d'Hydrologie, Bruxelles, 1925.

La troisième grande action de la cure sulfurée est une action anticatarrhale, se manifestant tout d'abord par une augmentation passagère des sécrétions rhino-pharyngées ou bronchiques, mais aboutissant bientôt à leur diminution progressive et à leur tarissement.

Sous l'influence du traitement sulfuré, l'appareil respiratoire, relevant d'une atteinte de grippe, se libère d'une fragilité et d'une débilité à peu près inévitables sans cela, en même temps que l'état général, toujours atteint lui aussi dans sa résistance, reprend une force et une vigueur nouvelles.

La grippe laisse en effet après elle un fâcheux état d'asthénie et d'anémie qui disparaît habituellement au cours d'une saison aux eaux thermales sulfurées dont l'action générale peut cliniquement se résumer ainsi : régénération sanguine, amélioration de la nutrition générale. Au bout de quelques jours de traitement, on note une augmentation très nette de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine (Marcel Labbé) (1), un accroissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine, et aussi une augmentation du nombre des globules rouges, conséquence de l'action excito-globulaire de la médication sulfurée, bien étudiée par MM. Loeper, Vahram et Berthomieux (2).

Comme la cure thermale est faite habituellement à une station sulfurée de montagne, le climat d'altitude ajoute ses bienfaisants effets à ceux de l'eau minérale et devient à son tour un facteur de régénération sanguine, de par ses éléments constitutifs (atmosphère, radiations astrales, écorce terrestre) précisés par le Professeur Pech. de Montpellier (3) et au premier rang desquels se placent la fraîcheur, la pureté et la sécheresse de l'atmosphère.

L'accélération des échanges organiques a pour première et heureuse conséquence une sensation d'euphorie et de remontement : le facies est meilleur, l'appétit accru ; les fonctions digestives sont activées, les tensions artérielles régularisées avec abaissement habituel de la minima et augmentation de la tension différentielle, témoignant ainsi de l'action cardio-tonique de la cure sulfureuse qui, en dernière analyse, aide puissamment l'organisme à se libérer des lourdes séquelles, respiratoires et générales, de la grippe.

Le traitement du catarrhe tubaire à Luchon

Par le Dr Pierre SALLES (de Luchon)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Le traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache par les vapeurs sulfurées représente une des spécialités principales de la cure thermale de Luchon. Ses indications précises, sa technique relativement simple, ses résultats thérapeutiques particulièrement remarquables, en font un sujet toujours d'actualité. C'est en 1885 que Gourraud eut le premier l'idée d'amener au contact de la muqueuse tubaire les gaz sulfurés, Son idée fut immédiatement reprise par de Lavarenne et depuis, les insufflations tubo-tympaniques sont devenues pratique courante à tel effet que le nombre des malades venus à Luchon traiter leur surdité n'a fait que croitre chaque année.

Le catarrhe tubaire est une affection extrêmement fréquente et répandue, bénigne « quoad vitam » si bien qu'on la néglige souvent, dangereuse « quoad fonctionem » car les récidives conduisent fatalement à une surdité progressive. La trompe d'Eustache est en effet revêtue d'une muqueuse en tous points semblable à la muqueuse pharyngée avec laquelle elle se continue sans interruption. Les infections du cavum ont donc tendance à faire étape là avant d'atteindre l'oreille moyenne et ceci d'autant mieux que les îlots lymphoïdes y sont encore nombreux chez l'enfant et persistent parfois aussi chez l'adulte. Cette complication revêt l'aspect aigu, subaigu ou chronique.

Du catarrhe aigu nous n'avons guère à parler, car il n'entre pas dans notre cadre. Mais il ne faut pas oublier qu'une atteinte aiguë, si fugace et si légère qu'elle ait été, ne disparaît guère sans laisser de trace, et c'est le premier signe avertisseur qui doit souvent faire craindre pour plus tard le catarrhe chronique et l'otite adhésive.

Le catarrhe tubaire subaigu récidivant mérite une étude plus attentive. C'est surtout chez l'enfant et l'adolescent qu'on l'observe mais il est loin d'être exceptionnel chez l'adulte. Il s'agit le plus souvent de sujets porteurs d'une infection chronique du rhino-pharynx par suite d'une malformation anatomique de la cloison, des cornets, ou par suite d'un développement exagéré du tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer. Au début de l'hiver, à la suite d'un coryza banal, le malade se plaint de troubles fonctionnels du côté d'une oreille : surdité variable, sensation d'oreille bouchée autophonie (le malade entend sa voix résonner dans l'oreille d'une façon spéciale), parfois bourdonnements. Sous l'influence du catarhe de la muqueuse, la trompe se bouche, l'air ne pénètre plus dans la caisse du tympan, le tympan est lui-même refoulé par la pression atmosphérique et souvent un épanchement séreux apparaît alors dans la caisse. Ces accidents guérissent spontanément, mais rarement d'une façon totale et définitive ; il faut toujours craindre d'abord les récidives et ensuite la sclérose progressive aboutissant à la surdité.

Bien entendu, en pareil cas, la première indication est de pratiquer les interventions chirurgicales (ablation de cornets, curettage de végétations, etc.) qui rétablissent de façon satisfaisante la respiration nasale. Les insufflations d'air simple sont un procédé à employer d'urgence dès que les phénomènes inflammatoires se sont atténués. Mais l'on conçoit sans peine que ce procédé purement mécanique reste sans effet pour modifier l'état de la muqueuse et éviter les récidives ultérieures. C'est ici que le traitement thermal prend au contraire toute sa valeur. Tel malade ayant eu une ou plusieurs poussées de catarrhe subaigu qui ont déjà altéré légèrement la fonction auditive est le malade type répondant à l'indication précise de la cure sulfurée. Comment cette cure va-t-elle être appliquée ?

Le point de départ de la complication auriculaire étant au niveau du rhino-pharynx, il est bien entendu que les techniques habituelles qui auront pour but de nettoyer et de décongestionner cette région trouveront leur application : nous voulons parler des humages de vapeur sulfureuse, des gargarismes, des pulvérisations, etc. Le humage en particulier présente le grand avantage de permettre la pénétration des vapeurs dans tous les recoins du cavum et jusqu'à l'entrée du pavillon tubaire, et il est même désirable de s'en tenir à cette thérapeutique les deux ou trois premiers jours de la cure. Vient ensuite la partie essentielle du traitement, c'est-à-dire l'insufflation tubo-tympanique des vapeurs sulfurées. La réalisation de ce traitement est extrêmement facile et simple à Luchon par suite de la nature spéciale des eaux qui, se décomposant naturellement à l'air libre, émettent spontanément une grande quantité de vapeurs chaudes. L'appareillage est uniquement constitué par un serpentin de verre dans lequel on fait descendre un courant continu d'eau de l'une des sources destinées à cette usage. A la partie inférieure du serpentin est adaptée une grosse soufflerie analogue à celle du thermocautère qui permet d'envoyer de l'air à la pression que l'on désire. Cet air cheminant en sens inverse de l'eau se charge de toutes les vapeurs qui se dégagent en route. Un simple tube de caoutchouc reliant la partie supérieure du serpentin à la sonde d'Itard sert de conducteur à cet air qui franchissant la sonde préalablement mise en place suivant la technique classique du cathétérisme arrive jusqu'à la trompe d'Eustache et par elle à l'oreille moyenne. L'insufflation est pratiquée autant que possible après le humage ; elle est répétée chaque jour pour arriver au total d'une vingtaine de séances. Fréquemment, au reste, il est utile d'interrompre la série pendant vingt-

(1) Société de Biologie, 1904.
(2) Société médicale des Hôpitaux, 1925.
(3) Pech. — Applications des acquisitions de la physique moderne à la Climatologie. (*Presse thermale et climatique*, nov. 1927).

quatre, quarante-huit heures, ceci suivant les réactions individuelles, les symptômes fonctionnels et les modifications des bruits transmis de la trompe par le tube otoscope.

D'une manière générale cette application du soufre *loco dolenti* produit un assèchement du catarrhe tubaire comme le humage diminue le catarrhe rhinopharyngé. A l'action mécanique du cathétérisme s'ajoutent les modifications tissulaires de la muqueuse et cette amélioration locale se traduit par une amélioration des signes fonctionnels : disparition des bourdonnements et surtout augmentation rapide et l'acuité auditive. Ce résultat est souvent durable et les malades, s'ils ne sont pas absolument à l'abri de récidives ultérieures en voient l'échéance retardée du fait de la transformation de leur muqueuse rhino-pharyngo-tubaire devenue plus saine et plus solide.

Le catarrhe chronique est souvent le terme ultime de poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës au niveau de trompe d'Eustache, mais il est fréquemment aussi chronique d'emblée. La maladie s'installe sournoisement, progressivement, et c'est la découverte fortuite d'une baisse de l'audition ou l'apparition de bourdonnements à timbre grave qui vont provoquer l'examen. La surdité, parfois unilatérale, parfois bilatérale revêt les caractères habituels de la surdité de transmission : 1° diminution de la perception aérienne du diapason ut² ; 2° diminution de la perception des sons graves avec audition normale des sons aigus ; 3° augmentation de l'intensité et de la durée de perception osseuse du diapason mise en lumière par les deux épreuves de Schwabach et de Rinne ; 4° latéralisation du côté atteint de la perception du diapason appliqué sur le vertex ou épreuve de Weber. Le tympan qui après une poussée de catarrhe subaigu est simplement déprimé va présenter ici assez rapidement une altération de son aspect. Il devient terne avec des zones épaissies blanchâtres et parfois des infiltrations calcaires. Cet aspect, joint à l'immobilité de la membrane reflète la sclérose qui envahit de proche en proche l'oreille moyenne.

Cette forme relève encore de la méthode des insufflations tubotympaniques sulfurées, mais nous ne saurions trop insister sur l'intérêt qu'il y a pour les malades à recourir à ce traitement le plus tôt possible. A l'égard de la lésion tubaire initiale, le soufre remplit le même rôle que nous signalions au sujet du catarrhe subaigu : rétablissement de la perméabilité, décongestion, diminution des sécrétions. A l'égard des premières atteintes de la sclérose peut-on espérer une action élective fibrolytique du soufre ? Nous ne sommes pas éloignés de le penser si nous rapprochons de ces faits l'action souvent remarquable d'assouplissement que l'eau sulfureuse est capable d'exercer dans un ordre de faits plus facilement contrôlables au niveau des cicatrices fibreuses cutanées. Nombre d'améliorations ou seulement de stabilisations des troubles fonctionnels par ce traitement sont peut-être dues à la fois à ces deux modes d'action.

A la période d'otite adhésive confirmée, lorsque la sclérose a immobilisé définitivement tympan et osselets, que la surdité date déjà de plusieurs années, nul traitement ne peut prétendre à modifier activement un état définitif et le traitement local crénothérapique ne peut avoir pour but que d'atteindre la portion juxta-pharyngienne de la trompe où peut persister un état catarrhal, ou bien encore de modifier parfois heureusement un symptôme fonctionnel aussi désagréable que le bourdonnement.

La conclusion naturelle de cette courte étude nous paraît être la suivante. C'est que le catarrhe tubaire subaigu à poussées, le catarrhe chronique, surtout à son début, relèvent de façon élective de la méthode des insufflations sulfurées tubo-tympaniques telles qu'elles sont pratiquées couramment à Luchon. C'est en outre que toute atteinte même en apparence légère, ne doit pas être négligée et mérite d'être traitée si l'on veut sauvegarder l'avenir de l'audition. C'est enfin que cette méthode judicieusement appliquée et surtout appliquée en temps utile donne des résultats qu'aucune autre méthode ne peut lui disputer pour le moment.

Les eaux de Châtel-Guyon sont-elles spasmogènes ?

Par **J. BAUMANN**.

Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Les expériences de Laborde, d'ailleurs en contradiction avec celles plus récentes de Fleig, ont longtemps servi de base pour établir les indications de la cure de Châtel-Guyon, et pendant longtemps on s'est plu à considérer ces eaux comme ayant un pouvoir spasmogène ou plutôt excitant de la motricité de la musculature lisse, d'où la formule classique : « les spasmodiques à Plombières, les atones à Châtel-Guyon ».

Or, journellement, nous observons des malades qui présentent les syndromes classiques de spasme colique et qui retirent de leur cure un bénéfice indéniable, parfois même aussi complet qu'on pouvait le souhaiter. Journellement, nous en observons d'autres qui présentent des zones spasmées en alternance avec des zones atones et, comme nous l'avons démontré avec Faroy, tout état colitique présente d'abord une phase inflammatoire et spasmodique qui peu à peu régresse et à laquelle succède un état atonique, simple reflet d'un organe fatigué et amoindri par des lésions dont l'évolution a été lente et longue.

Il semble donc que l'on ait donné à cet élément une place trop importante dans la pathogénie de certains troubles fonctionnnels du gros intestin et en particulier de certaines formes de constipation, pour laisser au second plan l'élément causal, c'est-à-dire l'état inflammatoire ou colitique, qui conditionne ou crée ces troubles fonctionnels moteurs ou secrétoires qui seuls devraient retenir notre attention.

Le spasme chez le colitique n'est en somme que l'exagération d'un réflexe de défense physiologique et on peut ajouter que plus la lésion est légère et superficielle plus ces réflexes auront tendance à s'exagérer. C'est le cas pour la colite muco-membraneuse qui exprime le degré le plus faible d'une colite muqueuse et qui donne lieu à des réactions névropathiques beaucoup plus accusées que celles qui peuvent être provoquées par des lésions graves.

A vrai dire, cet état spasmodique s'exagère un peu au début de la cure de Châtel-Guyon, mais cela tient à ce que la colite est réactivée et qu'une *crise de cure* survient vers le huitième jour, le spasme augmente lui aussi, mais au fur et à mesure que la colite s'atténue sous l'influence du traitement thermothérapique et d'une cure interne prudente et progressive, on observe parallèlement la régression de l'état spasmodique et des troubles névropathiques qui l'accompagnent.

Il en est de même pour les constipations secondaires dues à des lésions du tube digestif, estomac, vésicule biliaire, etc. ou à des lésions localisées du côlon : appendicite, hémorrhoïdes, etc. Là encore ce spasme est secondaire, l'élément principal étant la lésion qui seule, ici encore, doit attirer notre attention. Sous l'influence d'un traitement approprié et judicieux, ces formes de constipation cèdent parfaitement à Châtel Guyon, sans que le spasme en subisse une influence quelconque.

Il est, dira-t-on, des spasmes essentiels, cela est exact, mais ils sont très rares. Ils sont d'ordre névropathique et relèvent incontestablement d'une lésion du système nerveux. Ils sont en général défavorablement influencés par la cure mais peut-on en conclure que c'est par exagération du spasme ?

Ne peut on invoquer de préférence une action directe sur un système nerveux déficient et particulièrement susceptible à la moindre excitation. Il semble qu'il en soit ainsi, car certaines plexalgies consécutives à des colites graves, à des appendicites ou à des typhlo-colites chroniques sont de leur côté exagérées au début de la cure. De même qu'il survient une réactivation des réactions in-

flammatoires, il est logique d'admettre que le même phénomène se produit sur une lésion névritique.

Là, encore, on ne peut invoquer un processus spasmogène mais seulement une irritation surajoutée ou provoquée d'un organe lésé. Il est de toute évidence qu'un traitement sédatif est ici de choix et que le pouvoir analgésique d'une eau radio-active comme celle de Plombières rendra ici plus de service que l'action stimulante des eaux de Châtel-Guyon.

L'étude des formes atoniques, des insuffisances de la musculature lisse du tractus digestif, doit nous donner à ce sujet des renseignements intéressants, car il est indéniable que les grands atones retirent de la cure des améliorations rapides.

Les radioscopies en séries que j'ai pu faire au cours du traitement ne permettent pas d'affirmer que l'action des eaux s'exerce particulièrement sur le péristaltisme gastro-intestinal, ni sur sa motricité. Même avec de fortes doses d'eau on ne peut constater de modifications spéciales du dynamisme intestinal. Si ce dynamisme s'améliore, c'est peu à peu et sans réactions violentes. Il nous paraît beaucoup plus justifié d'admettre que les eaux de Châtel-Guyon agissent davantage sur les sécrétions gastro-hépato-intestinales et procurent de ce fait une assimilation plus complète. Il nous paraît plus justifié encore d'admettre que certains éléments minéraux de ces eaux, peut-être le magnésium, ont une action élective sur le métabolisme musculaire et activent spécialement sa nutrition.

Comme je l'ai écrit, l'année dernière, Châtel-Guyon *fait du muscle* et chaque année nous entendons des malades qui l'année précédente étaient de grands déprimés musculaires, nous dire être capables d'efforts qui auraient été impossibles avant la cure de Châtel-Guyon. C'est un fait encore facile à observer chez de grands atones digestifs qui présentent des dislocations verticales de l'estomac et des allongements coliques faussement dénommés ptoses. Par un traitement excessivement lent et prolongé, par un régime quantitatif qui doit s'adapter au pouvoir musculaire de leur estomac on arrive à faire engraisser ces malades et à les faire sortir de leurs cercles vicieux. Ce n'est pas par stimulation du péristaltisme ni par incitation quotidienne de la motricité que l'on arrive à ce résultat, mais uniquement par une meilleure assimilation et peut-être aussi par action directe sur la nutrition du muscle.

Nous sommes encore ici dans le domaine des hypothèses mais la formule Châtel-Guyon = atonie nous paraît encore beaucoup plus hypothétique. Elle ne répond à rien de ce que nous avons coutume d'observer. Fleig d'ailleurs, dans de récentes expériences, avait pu constater qu'un segment d'intestin, plongé dans une solution isotonique de chlorure de sodium, s'animait de mouvements péristaltiques très accentués, le même segment plongé dans l'eau de Châtel-Guyon, ramené à l'isotonie, subissait un arrêt immédiat du péristaltisme, qui régressait dès qu'on replongeait le segment dans la solution première. Cette expérience nous paraît répondre davantage à la réalité et à la clinique.

Les eaux de Châtel-Guyon ne sont nullement spasmogènes, elles ne paraissent avoir sur le péristaltisme qu'une action fort limitée. Par contre, il nous paraît que leur actions sur les sécrétions et sur la nutrition du muscle est beaucoup plus intéressante à étudier et à retenir. D'autres avant moi ont du reste défendu cette thèse et Pessez pendant longtemps a insisté sur le pouvoir reminéralisateur des eaux de Châtel-Guyon et leur action sur tout l'organisme. Peut-être voulait-il, lui aussi, arriver à supprimer cette légende de l'atonie et du spasme.

Les indications de Brides-les-Bains dans les affections hépatiques

Par le Dr Yves KERMORGANT
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

La source thermale de Brides est douée d'une action spécifique sur le foie et sur la fonction biliaire grâce à la présence dans cette eau de sulfates de soude et de magnésie (1).

Prise au griffon, cette eau est facilement absorbée et séjourne peu de temps dans l'estomac. La température de l'eau, son degré de minéralisation, comparable à celui des milieux organiques, son action sur la muqueuse stomacale, provoquent le franchissement rapide du pylore (2).

La traversée duodénale est plus longue, le mode d'action de l'eau y est double. Le sulfate de soude contenu dans l'eau thermale exerce une action directe sur la muqueuse duodénale. Cette action de contact détermine un réflexe musculaire et un réflexe sécrétoire hépatique, biliaire et pancréatique qui seul nous intéresse ici.

L'eau minérale agit comme certains cholagogues introduits à la sonde dans le duodénum et provoque une hypersécrétion et un afflux de bile dans l'intestin.

Le second mode d'action du sulfate de soude thermal sur la cellule hépatique est tout aussi intéressant : les travaux d'un certain nombre d'expérimentateurs ont montré que les sels introduits dans le duodénum provoquaient un courant d'osmose allant du milieu intestinal vers le milieu organique ou inversement, suivant le degré de minéralisation des solutions dans lesquelles ces sels étaient en suspension. Une fois absorbés, ces sels modifient la concentration minérale du sérum et agissent directement sur la cellule hépatique (3).

Il est permis de supposer pour l'eau de Brides un mécanisme d'osmose rendue encore plus aisée par l'état physico-chimique des sels en suspension dans l'eau. L'action de ces sels absorbés par voie sanguine sur la cellule hépatique est des plus vraisemblables.

L'expérience clinique thermale montre que, à certaines doses, l'eau de Brides a une action inhibitrice sur la sécrétion hépatique, alors que son action duodénale de contact et le réflexe musculaire que celle-ci provoque, existe toujours. Ce pouvoir inhibiteur est lié au degré de concentration minérale du sérum et par cela même à l'action du sulfate de soude sanguin.

Il existe, en effet, pour tout malade, une dose d'ingestion d'eau, en deçà de laquelle la sécrétion et l'excrétion biliaire sont exagérées, et au delà de laquelle la fonction biliaire est diminuée ou suspendue. On observe une courbe parallèle dans l'élimination urinaire. En deçà de cette dose, le malade a ses deux ou trois selles caractéristiques par jour. Au delà de cette dose, sa diurèse diminue, le malade devient un constipé avec selles dures ou présente de l'hypersécrétion muqueuse par irritation intestinale sans sécrétion hépatique (4).

(1) La source Hybord est une eau peu minéralisée (5 gr. 71 par litre) assez riche en acide carbonique, alcaline, sulfatée sodique et magnésienne, contenant également en petites proportions du chlorure de sodium et de calcium et dont la température au griffon est de + 35°.

(2) L'addition de sels ou d'une préparation officinale quelconque à l'eau thermale détruit son état d'équilibre physico-chimique et transforme cette eau vivante « en une préparation officinale contenant du sulfate de soude en solution concentrée ». L'organisme dilue cette solution saline par hypersécrétion gastrique, afin de ramener la minéralisation du liquide à une teneur en sel permettant l'ouverture et le passage du pylore. Cette action régulatrice stomacale se traduit par une sensation de lourdeur et d'indigestion observée fréquemment chez les malades additionnant leur eau thermale d'un produit quelconque.

(3) Nous laisserons de côté ici l'action des sels de soude sur le mécanisme régulateur de l'équlibre humoral et nous nous bornerons à rappeler les expériences réalisées sur l'animal, mettant en évidence l'action du sulfate de soude injecté par voie veineuse ou même sous-cutanée.

(4) L'erreur consiste en pareil cas à augmenter la dose d'eau sulfatée : cette méthode provoque la selle par spasme colique et non par fonctionnement hépatique. Il suffit au contraire de donner au malade une eau peu minéralisée (source froide de Brides, par exemple) pour faire réapparaître le flux biliaire.

Pour schématiser notre pensée, le foie du sujet en cure thermale subit une double action, l'une réflexe ascendante à point de départ duodénal, l'autre indirecte humorale et sanguine, capable d'inhiber la première.

La technique d'administration de l'eau devra, à notre avis, être dominée par ce double phénomène et consister en doses correctement réglées d'eau sulfatée et d'eau peu minéralisée maintenant l'équilibre humoral et permettant à l'eau sulfatée d'avoir son maximum d'effet.

Cette action spécifique de la source Hybord existe, de nombreux tests cliniques en apportent la démonstration : l'examen macroscopique des selles, leur aspect pâteux, leur couleur verdâtre, leur odeur sulfhydrique caractéristique. L'examen microscopique, en autres renseignements, montre la modification progressive et le retour à la normale de la formule bactérienne. Enfin les médecins exerçant à Brides ont de tout temps signalé les modifications urinaires survenues pendant la cure, la diurèse (1), l'abaissement du taux de l'urobiline, de l'indican, de l'indol, du scatol, l'augmentation du rapport azoturique, du soufre total, du soufre complètement oxydé. La source Hybord a donc un rôle excito-moteur sur le tube digestif et excito-sécrétoire et excrétoire sur les glandes digestives ; la diurèse qu'elle provoque réalise en outre un drainage humoral de toutes les enclaves cellulaires.

L'emploi de la source Hybord est donc indiqué dans un grand nombre d'affections hépatiques.

Chez l'adulte.

Dans les cas de *précirrhose*, chez les sujets éthyliques avérés ou inconscients, comme on l'observe si fréquemment dans certaines classes sociales à la suite de la mode et de l'abus des boissons alcooliques américaines. De même les sujets atteints de *réaction hépatique légère* après *injection* d'origine canaliculaire ou intestinale, ou les convalescents d'*ictère* chez lesquels on désire rétablir le plus vite possible un fonctionnement hépatique normal. Dans tous ces cas la cure provoque une hypersecrétion biliaire et un réveil dans les sécrétions de la cellule hépatique.

Le caractère alcalin de l'eau thermale, sa faible minéralisation, permettent de traiter avec succès la *lithiase biliaire* et en particulier les malades atteints de *cholécystite*. Le but poursuivi n'est pas de dissoudre les calculs, ni de remplacer l'intervention chirurgicale nécessaire, mais de réaliser un lavage continu des canaux biliaires et d'améliorer la valeur fonctionnelle du foie altéré par la subinfection chronique concomitante.

A côté de ces cas où domine l'altération de la cellule par intoxication ou infection une des principales indication des Brides est constituée par l'*insuffisance de fonctionnement de la cellule hépatique*. Pour certains, cette insuffisance se traduit par une diminution de la fonction biliaire avec *constipation* d'origine hépatique. Pour d'autres, il s'agit d'un *trouble profond dans l'assimilation avec insuffisance pancréatique* connexe. Pour d'autres, encore l'insuffisance hépatique se caractérise par quelques signes cliniques ou urinaires attirant l'attention sur le mauvais fonctionnement hépatique et par l'apparition d'éruptions cutanées ou de prurit. Dans ces cas l'action de la cure est double agissant à la fois sur la glande hépatique et la flore bactérienne intestinale, réalisant d'autre part une *médication de choc*.

Les *diabétiques obèses*, florides seront à double titre justiciables de Brides : il en est de même de certains ictères hémolytiques.

L'emploi de la source Hybord est donc indiqué chaque fois qu'il faut stimuler le fonctionnement du foie en tenant compte de cette *supériorité* de Brides *de ne pas constiper le malade*.

La technique de cure et le mode d'action de l'eau sont différentes dans les cas de *pléthore abdominale* avec hypertension portale et la spécialisation de cette station dans *la cure des obésités* est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'insister.

(1) Dans ce cas, au rôle du mécanisme régulateur de la concentration du sérum se surajoute l'action du calcium.

Dans ces cas, il s'agit de réaliser rapidement la décongestion de tout le territoire porte : la « saignée séreuse » de Landouzy, avant de chercher à modifier le système des échanges nutritifs du sujet et avant de réveiller l'activité glandulaire.

En pathologie infantile.

On recommandera la cure de Brides chez les *acétonémiques* et on observera rapidement l'espacement, la diminution et la disparition des accidents et cette améliorationse prolongera encore l'hiver suivant la cure. Les enfants mal surveillés au point de vue alimentaire et intestinal, constipés, au teint pâle, à l'haleine fétide, ayant une langue saburrale, dont l'examen montre un gros foie, et qui ont des poussées fébriles liées à leurs troubles intestinaux sont justiciables de Brides et de la cure associée de Salins-Moutiers.

L'administration de la cure thermale dans ces cas cliniques très différents n'est possible que grâce à la douceur de l'action thérapeutique de la source Hybord et à la possibilité d'un véritable dosage de cette eau. Il est possible d'adapter la technique de cure à chaque cas clinique déterminé. On peut étendre la gamme des indications de Brides dans les affections hépatiques depuis l'énergique traitement du sujet atteint de pléthore abdominale avec obésité jusqu'à la cure particulièrement délicate du malade atteint de cholécystite, ou hypersensibilisé à la médication sulfatée sodique (cures antérieures ou traitement homéopathique).

Les cardiaques peuvent-ils aller au Mont-Dore ?

Par J. GALUP.
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Cette question n'implique pas, on le pense bien, un dessein d'étendre les indications du Mont-Dore, en y incorporant les maladies de cœur autonomes. Les états respiratoires chroniques ou récidivants, et en particulier ceux de tendance congestive au spasmodique, qui constituent, à l'heure actuelle, ces indications, suffisent amplement à l'activité de la station.

Ce n'est point, cependant, qu'à l'époque, où la thérapeutique thermale limitait moins qu'aujourd'hui son champ d'action, certains médecins mont-doriens n'aient signalé un effet favorable de leur cure hydro-minérale sur des cardiopathies indépendantes de tout état respiratoire. Signalons, par exemple, a cet égard, des observations de Michel Bertrand (1) en 1823, de Boudant (2) en 1877, d'Emond (3) en 1905, concernant des états cardiaques d'origine rhumatismale ou de faux asthmes cardiaques. Les conclusions thérapeutiques de ces auteurs étaient-elles fondées ? Nous n'en saurions discuter avec fruit, aujourd'hui que le Mont-Dore ne traite plus cette catégorie d'affections.

Par contre, parmi les chroniques respiratoires, — seuls justiciables, de nos jours, de la cure mont-dorienne, — certains peuvent présenter un état pathologique du cœur.

Il s'agit parfois de simple coïncidence. Ainsi Boudant a-t-il eu à traiter un cas d'asthme, chez un sujet présentant une persistance du trou de Botal ; nous-même, plusieurs cas d'asthme également, chez des insuffisants mitraux. Ce sont là cas d'espèce.

Plus souvent on est en présence de troubles cardio-viscéraux de la petite circulation, — complications fréquentes à une période avancée de leur évolution, de l'emphysème pulmo-

(1) M. BERTRAND. — Recherches sur les propriétés physiques, chimiques et médicinales du Mont-d'Or (Thibaud-Landriot, édit., Clermont, Ferrand, 1823).

(2) BOUDANT. — Les eaux minérales du Mont-Dore (Baillière, édit., Paris, 1877).

(3) EMOND. — Le Mont-Dore et ses eaux minérales (Baillière, édit. Paris, 1905).

naire, des scléroses pulmonaire et bronchique, des congestions chroniques des bases, ces états étant ou non, par surcroît, intriqués d'asthme. Ou encore il s'agit du développement parallèle, sans doute sous l'effet de mêmes causes générales, de sclérose pulmonaire et bronchique, d'une part, et, d'autre part, d'hypertension de la grande circulation, avec ou sans lésions du cœur gauche, de l'aorte, des artères périphériques et des reins. Dans le premier cas, on a, traduisant la dilatation hypertrophique des cavités droites, (du ventricule seul dans un premier stade, plus tard, en outre, de l'oreillette), le syndrome clinique d'insuffisance cardiaque droite, bien étudié, en particulier, par Pierre Merklen. Dans le second cas, il y a presssion artérielle exagérée, accompagnée ou non d'un syndrome d'insuffisance cardiaque gauche, de signes d'aortite, d'artério-sclérose périphérique, d'imperméabilité rénale. Enfin, surtout s'agissant de sujets d'un cert in âge, insuffisance droite et insuffisance gauche peuvent se trouver associées et réalisent alors un syndrome plus complexe, celui des hypertendus à gros foie dur, bien décrit par Castaigne et Heitz, puis par Lutembacher.

Ces diverses manifestations cardiaques chez des chroniques respiratoires doivent-elles les empêcher d'aller au Mont-Dore ? L'affirmative est une opinion assez répandue, et que certaines stations concurrentes ne se font pas faute, parfois, de contribuer à accréditer. Est-elle médicalement justifiée ?

Elle se fonde essentiellement sur le fait que les sources médicamenteuses du Mont-Dore jaillissent à 1.050 mètres audessus du niveau de la mer ; qu'il s'agit, par conséquent, suivant la définition de Landouzy, d'une « cure thermale d'altitude ». Nous devons donc considérer séparément les effets sur les manifestations cardio-vasculaires précitées : 1° de l'altitude ; 2° de la cure thermale.

Effet de l'altitude. — Que l'altitude puisse être défavorable aux cardiaques, le fait n'est pas douteux. Elle peut provoquer chez eux des troubles plus ou moins graves de l'adaptation. A-t-on affaire à des mitraux bien compensés, ces troubles sont d'ordinaire peu accusés et se réduisent à des palpitations, de l'anhélation, voire de l'essoufflement. Mais, si la musculature cardiaque est atteinte et par suite le pouvoir circulatoire affaibli, que ce soit ou non, d'ailleurs, par le fait d'une lésion valvulaire primitive, une exagération des troubles cardio-viscéraux est à craindre, pouvant se terminer par de l'asystolie. S'agit-il enfin d'hypertendus ou d'aortiques, il peut succéder aux simples malaises, ou bien encore apparaître subitement, la nuit de préférence, une oppression paroxystique aboutissant à l'œdème aigu du poumon, avec expectoration albumineuse et raptus hémorrhagique ; la mort même peut être la conséquence de ces accidents. Dans ces divers cas, il y a eu dilatation lente ou soudaine des cavités cardiaques et élévation de la pression dans la petite circulation, sous l'influence de l'accélération des battements du cœur, que provoquent la raréfaction de l'air et l'anoxémie.

Tout cela est vrai. Seulement, ces incidents d'adaptation, ou ces accidents graves, à partir de quelle altitude sont-ils à redouter ? — Au-dessus de 1.000 ou 1.200 mètres, déclare Vaquez (1). Et Lalesque (2) précise que, dans nos régions au moins, « c'est à partir de 1.200 mètres environ que l'atmosphère se présente avec des caractères suffisamment tranchés pour que de leur ensemble naisse un climat particulier : le climat d'altitude ». Nous pourrions multiplier les citations sur ce point particulier : toutes concordent. Avec sa cote de 1.050 mètres, le Mont-Dore demeure donc à la limite et même, peut-on dire, un peu au-dessous de l'altitude, qui commence, d'après les auteurs, à pouvoir être défavorable aux cardiaques.

En fait, nous n'avons personnellement le souvenir d'aucun incident tant soit peu notable, ni, à plus forte raison, d'aucun accident grave survenus chez des cardiaques en séjour au Mont-Dore et n'y effectuant aucune cure. Et, cependant, nous avons été maintes fois consulté préventivement par des sujets de cette catégorie, accompagnant des baigneurs ou appartenant à cette population flottante, qui vient travailler dans les villes d'eaux pendant la saison thermale seulement. Par contre, nous pourrions, entre autres, citer parmi ces derniers telle cardiopathe qui a fini par mourir d'asystolie et tel grand hypertendu qui a fini par faire une hémiplégie, mais, tous deux, en dehors de leur séjour au Mont-Dore, chaque année répété.

Incapable de nuire aux cardiaques par une trop forte altitude, le Mont-Dore, au contraire, leur serait plutôt favorable par d'autres qualités, propres au climat de basse et moyenne montagne : légèreté de l'air, rareté des poussières et, malgré les apparences en ce qui concerne cette station, défaut d'humidité, en raison de la constitution du terrain, formé, sous la couche d'humus, par un sous-sol imperméable, et de la déclivité des parois et du centre de la vallée, qui assure aux eaux un écoulement rapide. Quant aux promenades, certaines ont été aménagées pour permettre aux sujets qui peuvent la supporter les éléments d'une véritable cure d'Œrtel.

Effets de la cure thermale. — Les effets de la cure du Mont-Dore sur les troubles cardiaques ou cardio-vasculaires présentés par certains respiratoires chroniques n'ont pas échappé à l'investigation de divers cliniciens de la station.

En ce qui concerne l'insuffisance cardiaque droite, Percepied, avec sa grande expérience clinique, a parfaitement précisé à notre avis, les résultats qu'on peut attendre de la cure (1) : « Par l'entrave qu'il apporte à la circulation pulmonaire, écrit-il, l'emphysème, lorsqu'il a atteint un certain développement, ne tarde pas à avoir sur le cœur un retentissement, qui se traduit par de la gêne d'abord, par une véritable cardiopathie ensuite. A cette seconde période, le myocarde a faibli, et l'état ne permet aucune cure thermale. Mais à la première, alors que tout se borne à une gêne circulatoire modérée, caractérisée par une cyanose légère, de l'injection des conjonctives, un très léger œdème des bases des poumons et une augmentation de la dyspnée d'effort, on peut légitimement espérer, en améliorant l'état bronchitique, rendre plus facile la circulation pulmonaire et dégager le cœur droit. C'est ce que l'expérience permet fréquemment de constater. Aussi, dans ces conditions, tant que le muscle cardiaque est bon, ne doit-on pas hésiter à conseiller une cure aux eaux du Mont-Dore. La cure sera douce ; bien conduite, elle apportera un soulagement notable. »

Quant à l'hypertension artérielle, elle a été bien étudiée dans des mémoires récents de nos confrères Schlemmer (2) et Robert (3). Sans entrer dans le détail des recherches de ces auteurs, nous nous contenterons, au point de vue qui, ici, nous intéresse, d'en signaler cette conclusion générale, que nous avons, de notre côté vérifiée : c'est que la cure mont-dorienne est hypotensive. Cette propriété lui est d'ailleurs commune avec beaucoup d'autres cures thermales. Au surplus, cette action hypotensive n'est souvent que passagère et ne dépasse que peu ou prou la durée de la cure. Enfin, nette dans les hypertensions modérées, elle est peu prononcée ou fait défaut dans les grandes hypertensions, en général accompagnées de lésions du cœur gauche, de l'aorte, des artères périphériques et des reins.

Mais il y a plus, dans ce dernier cas, ainsi que le fait remarquer fort justement Schlemmer : le traitement mont-dorien doit être alors nettement proscrit, car il est fréquemment « suivi d'une aggravation de l'hypertension, alors même que celle-ci se serait atténuée au Mont-Dore même ».

En résumé, parfaitement compatible avec une insuffisance cardiaque droite modérée et avec une hypertension artérielle modérée et consistant alors uniquement dans des pratiques thermales douces, (boisson, séances d'aspiration, grands bains

(1) Vaquez. — Maladies du cœur. *In* : « Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique », de Gilbert et Carnot, t. XXIII.

(2) Lalesque. — Climatothérapie. *In* : « Bibliothèque de thérapeutique » de Gilbert et Carnot, t. VIII.

(1) Percepied. — Traitement hydrominéral des emphysémateux bronchitiques (*Revue médic. du Mont-Dore*, n° 5, mai 1914).

(2) A. Schlemmer. — L'hypertension artérielle au Mont-Dore (*Soc. d'hydrol. médic. de Paris*, séance du 16 avril 1923 ; *Annales*, t. LXIV, p. 360-368).

(3) Robert. — Sur les variations de la tension et de la vibrance artérielles pendant la cure mont-dorienne (*Soc. d'hydrol. médic. de Paris* séance du 6 déc. 1926 ; *Annales*, t. LXVIII, p. 23-29.)

tempérés, auxquels on a ajouté depuis quelques années des aéro-bains), la cure mont-dorienne est formellement contre-indiquée, quand ces troubles cardio-vasculaires ont atteint un degré élevé.

Dans ce cas, le seul traitement hydro-minéral qui puisse convenir consiste dans les bains carbo-gazeux, de Royat en particulier.

Les demi-bains hyperthermaux du Mont-Dore, qui sont des bains d'eau native, pris au griffon même des sources, constituent bien, il est vrai, par la proportion élevée d'acide carbonique qu'ils contiennent, une variété particulière de bains carbo-gazeux. Mais, en raison de leur température, qui dépasse 40° et qui détermine de brusques changements dans l'équilibre circulatoire, ils ne sauraient convenir à des respiratoires chroniques, présentant des troubles cardiaques, ou ne doivent, à tout le moins, être utilisés chez eux qu'avec la plus extrême prudence. Les quelques incidents ou accidents que nous avons enregistrés, surtout au début de notre carrière, chez de tels malades, ont toujours été du fait de ces bains.

Enfin, il peut y avoir avantage à faire suivre à ces malades une double cure, à Royat d'abord, puis au Mont-Dore.

La « Réaction de cure » à Bagnoles-del'Orne

Par le docteur **Pierre PESNEL**, de Bagnoles-de-l'Orne.

Bien que la plupart des eaux thermales, comme l'eau de Bagnoles-de-l'Orne, soient d'une innocuité absolue lorsque le traitement est approprié à l'état des malades, il n'en est pas moins vrai que vers le 4e ou 5e jour de la cure les malades subissent une réaction dite « réaction de cure » plus ou moins violente, plus ou moins ressentie.

En général, les sujets vigoureux dont l'état physique est excellent s'aperçoivent à peine de l'action de l'eau, mais il n'en est pas de même pour les sujets débilités, les convalescents, les malades atteints d'affections organiques.

C'est que les éléments radio-actifs de l'eau ont une action considérable sur l'organisme. Il est démontré actuellement que « le principe énergétique », le « dynamisme », le « potentiel », le « dieu » des sources thermales, la puissance des sources « César » n'est autre que l'existence dans les eaux thermales de l'émanation du radium ou radon et de ses dérivés.

L'émanation du radium et ses dérivés, dégagent au cours de leurs désintégrations successives la formidable quantité d'énergie qu'elles recèlent (atomes d'hélium positifs, électrons négatifs, rayons X dépassant toutes les vitesses connues). Cette énergie libérée dans le milieu ambiant c'est-à-dire dans la propre substance de l'organisme provoque des phénomènes cinétiques, lumineux et calorifiques dont le résultat est d'activer l'oxygénation et par le fait même la désintoxication de la cellule. Cette énergie stimule les phénomènes de vitalité glandulaire, spécialement des glandes à sécrétion interne facilite la nutrition et détermine l'élimination des poisons absorbés ou élaborés par l'organisme.

Ce choc excitateur de la cellule ne va pas sans déterminer une réaction.

Chez les débilités, les émanations radioactives de l'eau peuvent donner dès le premier contact un coup de massue que traduisent le sentiment d'angoisse, les bourdonnements d'oreilles, les vertiges et l'évanouissement. C'est l'exception. Ces malades sont trop affaiblis pour faire une cure, il y a lieu de les renvoyer.

Le premier bain donne, en général, aux débilités une sensation de bien-être inaccoutumé avec ampliation du système respiratoire, détente nerveuse, euphorie ; le malade sort du bain à regret. Mais bientôt, une sensation de fatigue, de vide cérébral, de légers vertiges avec accélération des battements cardiaques, oppression précordiale, bouffées de chaleur, sueurs froides obligent le malade à chercher un appui. Au bout de quelques minutes de chaise-longue tous ces phénomènes disparaissent. Le malade va à son hôtel, s'endort profondément. Pendant toute la journée il est somnolent, fatigué, ses membres sont rompus.

Au second bain, tous ces phénomènes s'accentuent accompagnés souvent de crises de larmes ou de crises de nerfs.

Il est temps de modifier le traitement, de le suspendre ou de le faire cesser.

La tension artérielle est dans ce cas un excellent guide. Si, à l'arrivée, la tension est faible il y a lieu de diriger la cure avec beaucoup de prudence. Les bains courts, frais, avec douches écossaises, permettent souvent de remonter et de maintenir la tension. Si, malgré les précautions prises, la tension diminue, la suspension de la cure ou sa suppression s'imposent.

Cette énergie de l'émanation du radium libérée dans l'organisme qui excite les cellules, qui les stimule, qui les oblige à accomplir leurs fonctions (ne va pas sans leur donner un « shock.) Ce choc, ce coup de fouet, n'est autre que la « réaction de cure ».

Mais alors, pourquoi cette réaction de cure se fait-elle principalement sentir vers le 4e ou 5e jour chez la plupart des malades.?

Il semble y avoir là un phénomène d'accumulation de l'émanation dans l'organisme. L'émanation du radium subit la loi des quatre jours. (Quatre jours, c'est le temps que met un peu plus de la moitié de l'émanation du radium à se désintégrer, à s'annihiler, à disparaître.) Or, l'émanation du premier bain n'est pas encore entièrement disparue quand l'organisme emmagasine l'émanation du 4e bain. C'est donc vers ce moment-là que théoriquement le shock sur la cellule est le plus puissant. Pratiquement, c'est à ce moment-là que la réaction de cure se fait spécialement sentir.

Comment se manifeste la réaction de cure ?

L'intensité de la réaction semble être inversement proportionnelle à la résistance du sujet.

Nous avons vu que le contact avec l'eau radio-active pouvait déterminer sur les organismes débilités des scènes bruyantes de réaction.

Les mêmes phénomènes d'excitation cellulaire se produisent sur les sujets vigoureux ; mais là, nous avons affaire à des cellules organiques suffisamment résistantes pour ne pas être trop incommodées par le choc des émanations de radium. Aussi, sur les sujets *normaux* qui présentent une tension artérielle normale, la réaction de cure passe-t-elle presque inaperçue. N'empêche que vers le 4e ou 5e jour du traitement un état de dépression générale fait dire au malade que les eaux le rendent paresseux intellectuellement et physiquement. Combien de malades viennent à Bagnoles-de-l'Orne dans l'intention de continuer une œuvre intellectuelle entreprise, de mettre à jour des travaux de bureau et qui passent la moitié de la cure sans avoir écrit une page, sans avoir ouvert un livre de comptes.

Combien de temps dure la réaction de cure ?

Si la réaction de cure semble avoir son maximum d'intensité vers le 4e ou 5e jour elle n'en continue pas moins à se faire sentir dans les jours suivants.

Il semble qu'il y ait corrélation entre le temps nécessaire au nettoyage, à l'épuration organique et la persistance de la réaction de cure.

C'est, en effet, vers le 4e ou 5e jour que le malade constate une diurèse plus abondante. C'est à ce moment-là que l'analyse des urines permet de constater l'expulsion des déchets et des poisons organiques : cellules granuleuses ou épithéliales, hématies, globules de pus, leucocytes, acide oxalique, mucine etc.

En général, vers le 10e ou 11e bain apparaissent les premiers signes de l'amélioration. L'état de paresse physique et intellectuelle cesse, remplacé par un besoin d'ac-

tivité. Une sensation de bien-être et d'euphorie envahit l'organisme. Il y a quelque chose de changé. Physiologiquement, en effet, il y a quelque chose de changé : l'examen des urines ne décèle plus ou décèle peu d'éléments anormaux.

La cellule organique reçoit pendant tout le reste de la cure son excitation par le bain radio-actif ; mais, comme l'élimination des déchets est accomplie, cette excitation n'a d'autre effet que de déterminer un surcroit de fonctionnement normal. C'est ce qui semble expliquer la suractivité habituelle ressentie chez les malades après une dizaine de jours de traitement.

Mais si les émanations radio-actives ont pour effet de stimuler la cellule saine ou momentanément encombrée de déchets, elle stimule également la cellule anormale qu'est la cellule cancéreuse. C'est pour cette raison que les cancers peuvent se réveiller dans les stations thermales. En tout cas, ils évoluent plus rapidement là qu'ailleurs.

D'autre part, comme nous l'avons vu chez les débilités, les surmenés, le « shock » des émanations radio-actives peut déterminer un affaiblissement organique qui finirait par épuiser les tuberculeux sans bénéfice aucun pour l'affection elle-même, car il semble bien que les émanations radio-actives n'aient pas d'influence destructive sur le bacille de Koch, (les rayons γ pénétrants étant seulement dans la proportion de 4,8 % de l'ensemble de l'énergie dégagée.)

Aussi pas de cancéreux, pas de tuberculeux à Bagnoles-de-l'Orne.

L'émanation du radium active la fonction cellulaire, facilite l'élimination des déchets et des poisons. Pendant la réaction de cure, il y a de ce fait une activité plus grande des organes qui président à la circulation sanguine et à l'élimination urinaire. Le cœur et le rein se trouvent ainsi mis en cause.

On sait que les effets physiologiques de l'eau de Bagnoles se traduisent pendant tout le temps du bain et environ 1/2 heure après par la constriction des vaisseaux superficiels et par la poussée sanguine vers les organes centraux.

A cette congestion passive le cœur doit donc faire face par un surcroît de travail.

Ajoutons à cela que, vers le 4e et 5e jour, les poisons sont expulsés par les cellules organiques et rejetés dans le torrent circulatoire. La composition du sang se trouve un peu changée par l'apport de ces déchets et poisons ; en sorte que, le cœur, dont le rythme est variable selon la composition du liquide qui touche ses parois, accélère ses pulsations.

Les battements du cœur sont effectivement plus répétés pendant la cure principalement du 5e au 11e jour du traitement.

Le rein, qui est l'organe d'élimination par excellence du système circulatoire, congestionné comme le cœur pendant le bain, laisse filtrer d'avantage d'urine pour la double raison de la congestion passive et de l'augmentation de la vitesse du sang poussé par les battements multipliés du cœur ; de la diurèse plus abondante.

Cette activation fonctionnelle du rein se traduit objectivement par des tiraillements, des lourdeurs et même des douleurs sourdes au niveau des lombes.

Les veines et les artères n'étant que des conduites d'amenés et de refoulement du sang subissent peu la réaction de cure proprement dite. Mais, il est un organe sur lequel cette réaction se manifeste avec une grande intensité c'est le foie.

Le foie est le principal des organes centraux qui emmagasine le sang chassé par la contraction des vaisseaux superficiels pendant le bain. Il y a donc congestion passive du foie comme il y a congestion passive du cœur et du rein.

Le foie est augmenté légèrement de volume pendant tout le temps que l'organisme se trouve sous l'influence de l'excitation de l'émanation radio-active de l'eau. Une demi-heure après le bain, le sang revient en place dans les vaisseaux superficiels. Le foie se trouve de ce fait décongestionné.

Mais si on a affaire à un malade dont le système hépatique est déjà anormalement congestionné, le déséquilibre se produit immédiatement. La poussée sanguine déterminée par le bain a pour effet d'encombrer, dans chaque lobule hépatique, la veine sus-hépatique et ses capillaires, de comprimer violemment la cellule hépatique qui s'allonge et s'aplatit. Les canalicules biliaires atrésiés par les vaisseaux gorgés de sang évacuent difficilement la bile, et l'ictère par rétention se constitue. Les sclérotiques et le visage présentent une teinte jaunâtre, les urines diminuent en quantité, l'acide urique et les urates augmentent, le taux de l'urée est abaissé, les selles sont décolorées etc.

Bref, il y a lieu de supprimer le traitement balnéaire et d'instituer un traitement approprié.

Il est à remarquer que ces cas de congestion hépatique se manifestent surtout après l'ingestion d'eau de Bagnoles-de-l'Orne. Le fait de la chute d'une certaine quantité d'eau tiède dans un estomac à jeun et le fait du voisinage rapproché de l'estomac et du foie permettant aux émanations radio-actives de toucher, à travers une mince paroi, les cellules hépatiques, peuvent expliquer cette particularité.

En tout cas, l'ictère apparaît généralement au moment où la congestion des organes centraux est le plus intense, au moment où l'émanation du radium agit le plus sur l'organisme *c'est-à-dire au moment* de la réaction de cure.

Comme on le voit : la réaction de cure n'est en réalité que la réaction de l'organisme livré à l'influene de l'émanation du radium et de ses dérivés.

Les Paludéens aux Eaux.

L'Eau de Choussy.

Par le Dr **Robert PIERRET** (de la Bourboule).

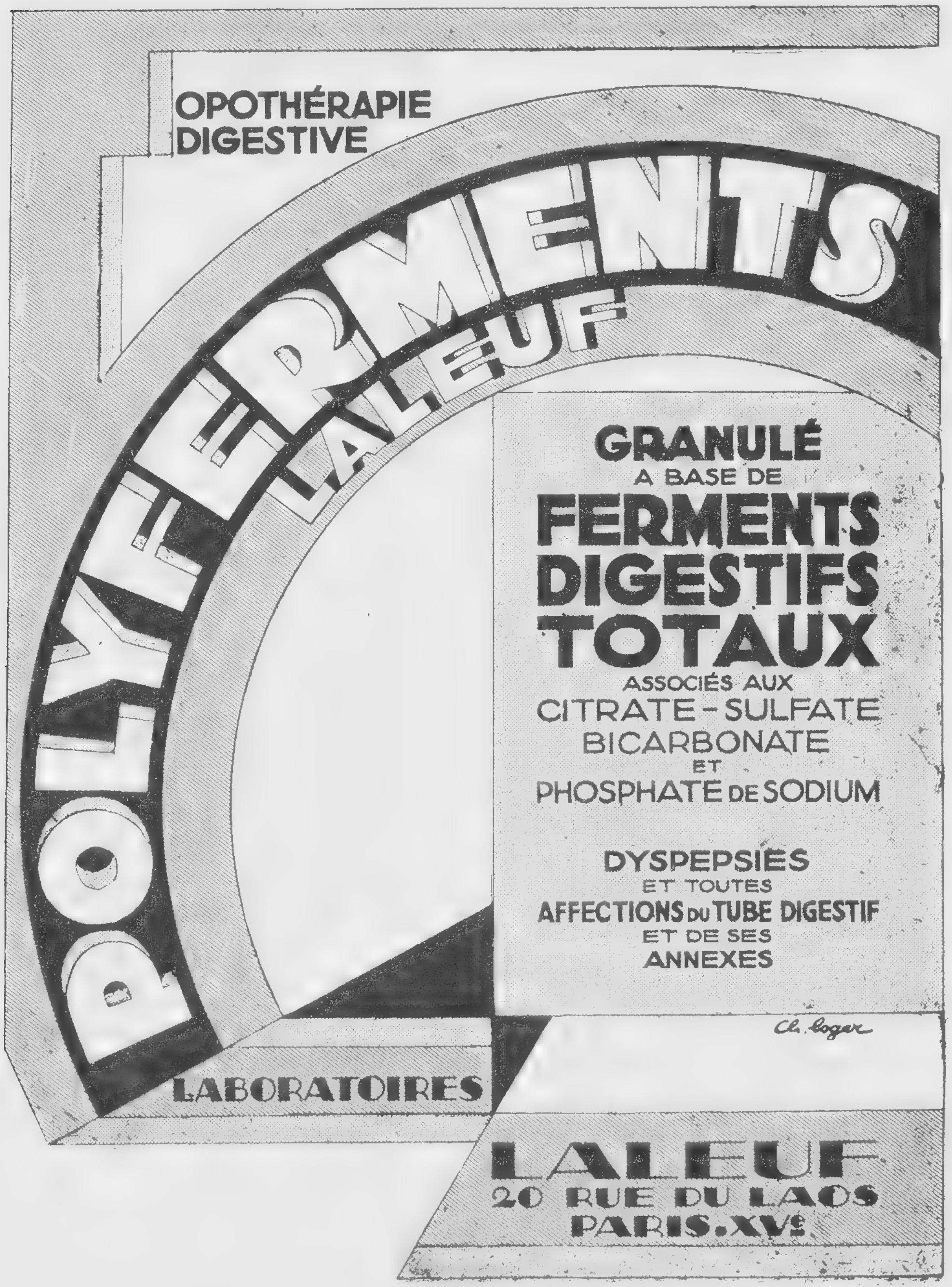
Même en France, il peut arriver à tout le monde de devenir paludéen, avec un peu de chance on peut même le devenir pas très loin de Paris.

Il se trouve encore un léger paludisme endémique dans certains marais de la Vendée et des Landes, dans les marécages de la côte au sud de Cette, dans les environs de Saint-Raphaël et de Fréjus, dans les marais de Saint-Gond et dans l'Aube, dans les Dombes au nord-est de Lyon. Ce pays est un des plus beaux exemples de ce que l'assèchement peut faire sur la malaria et aussi de ce que le marécage n'est pas une condition suffisante pour l'éclosion de l'endémie palustre.

En effet, il y a quelque soixante ans, les Dombes, situées dans l'Ain, étaient un pays purement marécageux, infesté de paludisme qui se communiquait jusqu'aux environs de Lyon où existaient des parties basses et humides, comblées depuis longtemps. Cette extension était très marquée, à telle enseigne que dans la lignée des Teissier de Lyon, Benedict puis Joseph, il était classique d'enseigner que dans les hôpitaux et même la clientèle de Lyon il fallait rechercher trois infections chroniques : la tuberculose, la syphilis et le paludisme, avant d'asseoir un diagnostic. Nous avons connu nous-même les dernières années de ces temps, mais à l'heure actuelle, bien que le paludisme existe encore dans les Dombes, ce n'est plus qu'à l'état sporadique et sans extension à Lyon.

Ce mot sporadique ne correspond pas, pour nous, à la réalité des faits, il suppose que tous les gens pour lesquels le diagnostic de paludisme n'est pas fait en sont exempts ; rien n'est plus faux. Le cas sporadique ne représente que l'explosion clinique chez un paludéen parmi d'autres qui peuvent rester inconnus.

Un individu qui a été paludéen reste paludéen toute sa vie, de même qu'un tuberculeux. Ronald Ross a publié une belle


OPOTHÉRAPIE
DIGESTIVE
POLYFERMENTS
LALEUF
GRANULÉ
A BASE DE
FERMENTS
DIGESTIFS
TOTAUX
ASSOCIÉS AUX
CITRATE - SULFATE
BICARBONATE
ET
PHOSPHATE DE SODIUM
DYSPEPSIES
ET TOUTES
AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
ET DE SES
ANNEXES
LABORATOIRES
LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS. XVe

observation d'une crise palustre subite après quelque quinze ans d'interruption des signes cliniques. Mais le tout pour le médecin, et aussi pour le malade, est de déterminer si le paludisme vit malgré vous ou si c'est l'individu qui vit malgré le paludisme ; c'est ce dernier but que doit atteindre l'hygiéniste.

Il a été atteint dans les Dombes en asséchant les marais, et les champs, en expropriant les habitants qui étaient tous dans la région impaludée, dans un état de santé inférieur, la population était pauvre et très clairsemée. On prit les mesures habituelles de culture, d'immigration et tout cela aboutit à une augmentation énorme de la densité humaine et animale et à la création de la richesse.

Le résultat lointain est assez curieux, puisqu'une fois le paludisme à peu près disparu et le souvenir des temps anciens perdu, on a recréé les étangs, le paludisme clinique est revenu mais dans d'infimes proportions en comparaison avec autrefois ; cela ne tient pas à ce que les étangs sont poissonneux mais bien à la richesse de la population qui lui permet de résister indemne à la maladie palustre, tangible pour le médecin.

Ajoutons que les causes occasionnelles de l'accès pernicieux ne sont pas toutes connues, les influences cosmiques, climatiques ou géologiques dont nous nous occupons dans nos stations thermales jouent un rôle certain. Nous avons observé un chasseur qui avait contracté un paludisme à *plasmodium vivax* dans les marais de l'Aube ; resté vingt ans sans avoir d'accès, il se croyait guéri ; un beau jour il va chasser dans les Dombes et sans autre cause occasionnelle, ni fatigue, ni refroidissement, il refait dès le preimer jour de son arrivée un accès typique palustre ; cette expérience s'étant renouvelée trois fois on comprend que ce disciple de Nemrod a renoncé aux Dombes, mais il semble bien qu'il y ait là un phénomène étiologique d'ordre probablement tellurique que nous éclairerons peut-être un jour.

Mais si la Terre, l'Eau, le Ciel, le Soleil sont des éléments, d'appréciation, dont il nous paraît difficile de se départir dans l'étude de la pathologie, il y a d'autres facteurs que nous pouvons appeler aussi des éléments, ce sont les éléments parasitaires, ceux qui nous intéressent aujourd'hui.

On nous enseigne qu'il y a plusieurs parasites responsables du paludisme qui n'est pas, comme on pourrait le croire, une infection par le marais mais par un *plasmodium vivax, malariæ, præcox* ou encore *falciparum*, dont les ancêtres se trouvant à l'étroit dans une femelle d'*anopheles maculipennis*, émigrent vers le torrent circulatoire d'un mammifère, en l'espèce le seul qui nous semble digne d'intérêt : l'homme.

Le *vivax* donne naissance à la fièvre tierce, ainsi nommée parce que le malade a des accès un jour sur deux, elle est dite bénigne.

Le *plasmodium malariæ* donne naissance à la fièvre quarte, toujours parce que l'accès de fièvre se produit un jour sur trois.

Le paludisme *præcox* ou *falciparum* donne naissance à la tierce maligne laquelle, comme son nom l'indique, est une maladie grave.

Nous ne discuterions pas de la pluralité ou de l'unicité de ces germes si nous ne pouvions donner deux exemples peu connus, l'un en faveur de la pluralité, l'autre de l'unicité.

Il existe, dans les parages de Madagascar dit-on, une Ile qui s'appelle l'île Maurice, où l'Angleterre a introduit le paludisme avec sa suprématie et le *Pyretophorus costalis Loew* en 1865 ou 1866. Ce paludisme à vivax, généralisé à presque toute la population, était devenu peu à peu si bénin que leur guérison clinique était la règle avec de petites doses de quinine et un court séjour à la montagne. Or survient en 1914 la guerre mondiale.

Les jeunes gens mauriciens, engagés volontaires, auxquels Albion refusait dit-on de combattre dans l'Armée française et même sur le front français dans l'Armée anglaise, furent envoyés combattre pour les puits de pétrole de Mésopotamie, quelques-uns d'entre eux revinrent couverts de gloire et possédés du paludisme à præcox. Ils réintroduisirent un nouveau paludisme en 1917 (à soixante ans de distance du premier) dans leur île où l'on vit l'explosion d'une épidémie grave d'un paludisme inconnu, surajouté au premier, que l'on baptisa fièvre de Mésopotamie en signe de reconnaissance.

Remarquons ici que cette fièvre de Mésopotamie peut être assimilée à la fièvre de Macédoine des auteurs français, laquelle ayant été importée en France par les rapatriés de Salonique, n'a créé aucune épidémie dans notre Pays, même dans les localités à anophèles ; par contre en Russie, sans aucun retour de Macédoine ni de Mésopotamie, on vit des épidémies palustres d'une gravité exceptionnelle.

Cette forme nouvelle du paludisme mauricien était certainement des plus graves et c'est à elle que nous devons les cas les plus accusés et même parfois alarmants qui ont été observés à La Bourboule en 1919, 1920 et 1921.

Malgré un état cachectique, il ne faut pas désespérer des résultats d'une cure Bourboulienne même si tous les traitements médicaux précédents ont fait faillite. Sous l'influence de l'arsenic thermal, du repos, de l'altitude, de l'hydrothérapie, on voit céder peu à peu les symptômes fonctionnels parmi lesquels la dyspnée joue un grand rôle comme il est naturel ; les symptômes physiques, pâleur, maigreur, suivent une évolution parallèle que nous avons pu suivre en particulier chez une jeune fille de 17 ans arrivée en brancards et repartie par ses propres moyens au bout d'un mois et demi de cure bourboulienne.

Si nous avons introduit cet exemple concret dans un exposé tout théorique c'est qu'il nous paraît bien constituer une observation en faveur de la dualité des parasites des deux tierces.

Mais, d'un autre côté, si la population palustre saisonnière de La Bourboule est infiniment moins nombreuse qu'après la guerre, il nous est arrivé de revoir des clients, étiquetés à falciparum il y a huit ou dix ans à Salonique, à Lyon et par nous à La Bourboule, montrer à des examens récents que leurs parasites avaient pris la forme vivax.

Cette constatation n'est pas nouvelle puisque Laveran l'avait déjà faite, de même Billet et d'autres auteurs. Il est donc probable que l'opinion de Laveran présente une part de vérité quand il dit que les transmutations d'un type dans l'autre ne sont que des questions de climat. Il est probable que les conditions ambiantes matérielles jouent aussi un rôle ; notre exemple vient donc ici, contrairement au premier, à l'appui de la théorie d'unicité des tierces.

Fait curieux, nous avons revu d'autres mauriciens ces dernières années, nous avons eu des nouvelles de la jeune fille (maintenant mariée et mère de famille) dont nous avons mentionné l'observation plus haut ; il paraîtrait que la fièvre de Mésopotamie n'est presque plus qu'un mauvais souvenir et que le paludisme de l'île tend de nouveau à diminuer, mais il nous manque ici la vérification hématologique. De même il manque, tout au moins à notre connaissance, l'expérience inverse. Nous ne le souhaitons pas mais il serait intéressant de voir un *plasmodium vivax* primitif se transformer en *præcox* sous l'influence d'évènements adverses ou encore un paludisme *vivax* secondaire bénéficier, si l'on peut dire, d'un rajeunissement de même sens.

***

Les considérations générales qui précèdent paraissent être loin du sujet qui nous occupe à savoir, du traitement du paludisme à La Bourboule par l'eau de Choussy ; elles tendent à démontrer que le médecin en France ne peut se désintéresser du paludisme, soit que le malade n'ait jamais quitté le pays, soit surtout qu'il s'agisse de coloniaux ou d'anciens coloniaux. On peut en effet considérer deux sortes de paludisme :

a) Le paludisme évolutif, clinique, à grosse rate, à accès fébriles plus ou moins fréquents, compliqué de symptômes anémiques surtout ; c'est une infection.

b) Le paludisme chronique où les accès de fièvre restent dans l'ombre du tableau morbide, les signes anémiques sont peu marqués, la rate moyennement grosse, mais où le foie est plus atteint ; le paludéen devient un bilieux, c'est presque une diathèse.

Nous reviendrons sur ce dernier type une autre fois, car en ce qui concerne les cures thermales, il ne relève de La

Bourboule que si l'infestation palustre, elle-même, a besoin d'être traitée après une cure sérieuse des éléments hépatiques.

C'est donc surtout le premier cas qui nous intéresse, celui du paludéen vrai, évolutif, à accès ; ces malades ne nous viennent plus guère que d'Algérie ou du Maroc, d'Egypte ou de Syrie.

Dans ce type palustre, la seule station thermale indiquée, pouvons-nous dire, est La Bourboule. C'est le seul type d'infection fébrile en évolution que nous puissions conseiller d'envoyer dans une station thermale et climatique.

La Bourboule réunit en effet toutes les conditions indispensables à un traitement anti-palustre actif.

1° Un médicament thermal spécifique actif : l'arsenic. ;

2° Des moyens de traitements hydrothérapeutiques toniques (bains chlorurés, arsenicaux, radio-actifs ; douches) ;

3° Une cure d'air et d'altitude ;

4° L'absence d'anophèles.

Le médicament thermal spécifique : l'arsenic. — La quinine n'est malheureusement pas tout dans le paludisme secondaire, et l'arsenic, surtout sous forme organique, joue un grand rôle thérapeutique.

Fait curieux l'arsenic bourboulien. éminemment actif, l'est d'une façon très comparable au point de vue pharmacologique à l'arsenic organique, il s'assimile très facilement et il est beaucoup mieux toléré, en boisson, sous cette forme, que sous la forme magistrale. Il s'agit très certainement sur l'infection parasitaire elle-même, comme nous avons pu le constater par des examens de sang en série.

Enfin, *in vitro*, on peut constater que l'Eau de Choussy est toxique pour les protozoaires.

Rappelons au point de vue pharmacodynamique que l'eau de La Bourboule contient 28 milligrammes d'arséniate (?) de soude au litre. On y trouve également une proportion de bicarbonate de soude sensiblement égale à celle de Vichy-Célestins, lequel joue un rôle de fixation certain pour l'arsenic.

Traitements hydrothérapiques. — On utilise surtout le bain, la douche, parfois les douches-massages. Le bain de La Bourboule est hautement tonique, il est même excitant, il ne faut pas en abuser chez les nerveux ,il agit puissamment sur les réactions générales de l'organisme, d'une façon plus forte et plus durable que la douche, sinon aussi énergique.

Il faut se méfier de la douche percutante ou froide, on utilise la douche tiède ou chaude selon les cas. On pourra dans un but d'appréciation des résultats de la cure thermale, donner à la fin de la saison une douche froide qui ramène presque sûrement l'accès si le traitement a été insuffisant ou de trop courte durée.

Les cures d'air et d'altitude. — Elles ne doivent se faire à La Bourboule même que la nuit ; le jour, elles doivent avoir lieu sur le plateau plus froid de Charlannes et de préférence au Golf qui est plus isolé, davantage soumis à l'action des vents qui tonifient l'organisme, cette cure demande à être surveillée et graduée très étroitement.

En effet cette action climatothérapique est extrêmement puissante chez le paludéen, on risque la rechute ou des localisations congestives : respiratoires, digestives, ou même articulaires, si l'on veut aller trop vite. Cette cure, utile et même indispensable, doit être prolongée au delà de la cure thermale, pendant quinze jours ou trois semaines : le paludéen à La Bourboule n'est pas un curiste de trois, mais de six à huit semaines.

Absence d'anophèles. — C'est au professeur Guiart, de Lyon, que l'on doit des recherches sur la faune des moustiques dans le Puy-de-Dôme; elles furent faites au moment où il s'est agi de créer des centres de traitement pour les paludéens rapatriés d'Orient (La Bourboule en a reçu alors plusieurs milliers), elles montrèrent non seulement l'absence d'anophèles mais encore la rareté des moustiques à La Bourboule. Ces constatations plaident à elles seules en faveur de la valeur climatique de cette station.

D'autre part, il n'est nul besoin d'insister sur l'importance qu'il y a pour une station recevant des paludéens à ce que l'index anophélique soit zéro, afin d'éviter d'une façon certaine les contaminations.

***

Résultats thérapeutiques.

Ces résultats sont de plusieurs ordres :

a) Sur l'état général ,

b) Sur les symptômes fonctionnels,

c) Sur les symptômes physiques et hématologiques.

L'état général. — On constate une augmentation constante de poids ; elle décrit une courbe très spéciale proportionnellement plus rapide dans les trois ou quatre premiers jours, probablement par suite d'une fixation d'eau plus grande. Puis survient une courte période stationnaire de quelques jours, puis la courbe reprend son ascension régulière correspondant à environ 350 à 500 grammes par semaine.

La deuxième période stationnaire, de cette courbe est probablement due à l'augmentation de la diurèse et au début de contraction et de congestion des organes abdominaux. *Le paludeén est un homme maigre à gros ventre.* Sous l'influence de la boisson bourboulienne, le métabolisme des hydrates de carbone est amélioré, l'hypertrophie hépatosplénique diminue avec rapidité et l'on voit parfois des malades qui malgré la perte de poids consécutive à cette rétraction du foie et de la rate arrivent à obtenir un gain en poids d'un kilogr. par semaine et quelquefois plus. Dans la réduction de l'hypertrophie hépatique interviennent aussi le bicarbonate de soude et le sulfate de soude de l'eau minérale.

Nous pensons également que la radioactivité thermale calme l'excitabilité du système nerveux végétatif, souvent constatée chez les paludéens amaigris et hypotrophiques, mais elle agit aussi, croyons-nous sur la formule sanguine.

Nous n'insisterons pas sur les progrès dans l'état général, le retour des forces, l'amélioration du teint particulier au paludéen, qui ne sont que des corollaires de l'augmentation de poids et des améliorations hématologiques.

Les symptômes fonctionnels. — Ceux qui frappent sont surtout la dyspnée, l'asthénie, l'hypothermie, la faiblesse de la tension artérielle, les crampes musculaires, la migraine, les digestions difficiles. On a beaucoup épilogué sur leur pathogénie : insuffisance surrénale, intoxication, assimilation défectueuse, en réalité la plus grande partie de ces symptômes revient à l'anémie car on les retrouve au complet dans les anémies accentuées et non palustres. Tous ces symptômes s'améliorent très rapidement sous l'influence de la cure bourboulienne, en fonction de l'augmentation du nombre de globules rouges et de leur valeur.

Parmi les symptômes fonctionnels nous ferons une place à part à la fièvre. Les accès peuvent continuer pendant la première huitaine tout en devenant irréguliers ; les frissons, la chaleur, deviennent moins intenses, pourtant il n'est pas rare d'observer vers le dixième ou douzième jour un grand frisson, un accès de fièvre marqué qui annonce le plus souvent la fin de la période fébrile et que nous avons assimilé dans un travail précédent à une véritable réaction de Herxheimer.

Les symptômes physiques et hématologiques. — Les symptômes physiques sont de deux catégories : les symptômes organiques, souffles vasculaires et splénomégalie surtout, d'une part, et d'autre part, la formule sanguine. Les souffles disparaissent avec l'anémie et le retour à une hydrémie et à une tonicité vasculaires normales.

La splénomégalie et d'autant plus longue à se modifier que l'infection palustre date de plus longtemps et que les accès ont été plus fréquents et plus graves. On note une diminution constante mais la rate reste souvent encore grosse après une première cure, spécialement chez l'enfant, ce qui parait paradoxal à première vue.

La formule sanguine concerne d'une part le parasite et d'autre part le parasité. En fait les modifications de ces deux facteurs sont inverses ; le point intéressant est que le nombre des globules se retrouve presque toujours au taux normal à

la fin d'une cure, aussi bien en ce qui concerne les globules blancs que les globules rouges, quel que soit le taux initial.

La Bourboule, station de montagne, arsenicale, bicarbonatée, chlorurée, légèrement ferrugineuse, radioactive, est la seule station possédant de par ses eaux une action véritablement anti-parasitaire en sus de son action sur l'état général. Loin de nous la pensée de préconiser l'envoi aux eaux arsenicales d'Auvergne de tous les paludéens ; au début de cet article nous avons spécifié que, nous avions en vue surtout ceux dont le paludisme n'était pas cliniquement éteint, ceux dont l'infection n'avait pas encore eu le temps de créer la diathèse. De même qu'il y a des syndromes parasyphilitiques et paratuberculeux, il y a des syndromes parapalustres. Ces derniers commandent des cures médicamenteuses et thermales infiniment variées, selon l'appareil le plus atteint dans l'organisme, tandis que l'infection palustre vraie, que ce soit chez l'adulte ou que ce soit chez l'enfant (où l'on peut espérer une récupération *ad integrum*) ne relève véritablement que d'une seule station thermale : la nôtre.

Quelques aperçus historiques et cliniques sur l'action des cures hydrominérales dans le traitement de la stérilité féminine

Par le Dr A. PIATOT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Du point de vue de l'action des cures hydrominérales dans le traitement de la stérilité, on peut concevoir cette dernière comme la conséquence de troubles d'ordre endocrinien (aménorrhée, dysménorrhée) ; infectieux (métrites, salpingites, périmétro-salpingites) et diathésique (congestion utérine, déviations, vaginisme) qui, chez la femme, s'opposent à la conception ou qui entravent le développement normal de la grossesse. Les femmes qui sont justiciables des ressources de la crénothérapie sont celles qu'avec DALCHÉ on peut qualifier d'infécondes plutôt que de stériles, « car nous sommes évidemment sans pouvoir vis-à-vis de la stérilité vraie d'une femme anatomiquement et physiologiquement impropre à la conception. » (POUGET).

Historique. — BONNARD et PERCEPIED, dans la *Gaule thermale* ont constaté, d'après des ex-votos trouvés près de certaines sources (*Aix-les-Bains, Aix-en-Provence, Bourbon-Lancy, Bourbonne-les-Bains, Néris, Royat, Saint-Honoré, Vichy, Ydes*), que la guérison de la stérilité devait être au nombre des faveurs qu'on venait solliciter de leurs divinités protectrices.

D'après le témoignage d'Aubery (1) cité par RÉROLLE (2), Catherine de Médicis vint en 1542, à Bourbon-Lancy y chercher un remède contre la stérilité « La réputation de ces eaux sur ce point est des plus anciennes. » Catherine de Médicis, envoyée par son médecin FERNEL, vit cesser la stérilité dont elle était affligée depuis dix ans. Elles ne durent donc pas être étrangères à la naissance de François II. » Louise de Lorraine, Reine de France, femme de Henri III y séjourna deux mois et demi. J'ai trouvé dans les documents inédits sur l'Histoire de France (Comte Baguenault de Puchesse, tomes VII et VIII, Autographes de la Bibliothèque Nationale, fonds français n° 3387, f° 28 et 3521, folio 118 V°), plusieurs lettres de Catherine de Médicis. « Le roy cet porte bien ; aussi fest sa mère et sa femme qui, partit d'avant-yer pour aller au beyn de Bourbonnensis ; le roy l'a conduyte jeusques-yà Montergi ». (Novembre 1580).

— « Le roy et la reyne ne furent jamais si sains qu'ils sont : si plaisait à Dyeu, *les ramener avec un enfant au ventre de la Reyne*, ce serait pour nous reconforter de tous nos maux 6 sept. 1583). Henri III écrivait à Villeroy : « J'ai commencé à boyre des eaux aujourd'huy, qui me donnent extrême apétyt. Je me porte fort bien ; ma fame aussi qui boit il y a cinq jours desjà : nous baignerons demain et boyrons aussi. » (Juillet 1583).

En 1586, Henri III et Louise de Lorraine vinrent encore y faire une saison, infructueuse comme les précédentes ; car, malgré les eaux et les bains, le Dauphin tant désiré n'arriva point.

(1) AUBERY. — Traité des bains de Bourbon-Lancy, Paris, Perrier. 1604, 8 p. 231 et 340.
(2) RÉROLLE. — Notice sur les eaux de Bourbon-Lancy (Louis Perrin, Lyon, 1849).

MOUTEAU (1), intendant des eaux de Bourbon-Lancy sous Louis XIV, consigne plusieurs observations : « La Présidente de Chevrière, de Grenoble, y reçut satisfaction de la maternité. Deux autres cas après 17 ou 18 ans de mariage. »

BANC (2) nous dit : « Une dame des plus illustres de Paris vint à Bourbon-Lancy en 1596, âgée de 27 ans ayant une hydropisie de la matrice, le visage bouffi, des douleurs de tête ; elle était inféconde. En 18 ou 20 jours, relâchement des eaux entre les tuniques de la matrice et l'année suivante, elle revint entièrement guérie et eut un beau garçon. »

BERNARD-LANGLOIS, page 219 écrit : « Je ne dis rien de la vertu des eaux de Bourbon-Lancy contre la stérilité ; quantité de dames s'en sont assez bien trouvées pour en rendre témoignage. Une dame de Moulins stérile y devint grosse. »

Forges-les-Eaux a une spécialisation formelle à titre de médication tonique et fortifiante. On leur a attribué les succès dans la stérilité et cette réputation remonte au séjour célèbre que fit la Reine Anne d'Autriche à Forges en 1633 et à la naissance de Louis XIV (3).

Chaque année, dit Pétrequin (4), une foule de dames viennent de tous les côtés de la France et même de l'étranger chercher dans les eaux minérales de Plombières un remède pour combattre des engorgements et même des inflammations chroniques du vagin, de l'utérus et des ovaires.

Saint-Sauveur a des eaux que les anciens appelaient : « imprégnadères ou engrosseuses ». Les résultats qu'on y obtient sont indiscutables et inexplicables dans l'état actuel de nos connaissances en matière d'hydrologie (Macrez) (5).

« La spécialisation gynécologique des eaux sulfurées n'est pas nouvelle ; l'histoire nous apprend que Marguerite de Navarre, Catherine de Médicis, la Reine Hortense, des princesses de la famille d'Orléans et d'autres encore vinrent chercher à Cauterets l'espoir d'une progéniture désirée ; les anciens auteurs vantaient les eaux de cette station contre « l'ulcère de la matrice ou les pertes blanches causées par la faiblesse de cet organe. » Au XVe siècle, les Eaux-Bonnes guérirent une affection utérine chez la femme de Roger V, comte de Foix. Dès 1470, on considérait les Eaux-Bonnes comme souveraines contre la stérilité ; Marca écrivait, en 1650, que ces eaux étaient indiquées pour les « coliques, intestins, matrice, paralysie, goutte froide et stérilité ». Marguerite d'Anjou, sœur de François Ier, y vint plusieurs fois ainsi que sa fille Catherine de Navarre ; Marguerite de Valois y fit aussi une cure, de même que Mlle de Fosseuse, la belle maîtresse d'Henri IV » (6).

Pratiques hydrominérales utilisées. — Trois grands groupes de stations hydrominérales répondent aux indications du traitement de la stérilité : 1° les *chlorurées sodiques fortes* ; 2° *certaines sulfureuses* ; 3° les eaux *faiblement minéralisées*, encore appelées *indéterminées*.

I. ***Eaux chlorurées sodiques fortes***. — Nous possédons en France, trois merveilleuses stations de ce groupe : Salies-de-Béarn, Biarritz et Besançon. Les eaux de Salies-de-Béarn contiennent beaucoup de chlorures, près de 250 gr. par litre : chlorure de sodium, de potassium, de calcium, de magnésium, de lithium, et une quinzaine de grammes des mêmes métaux à l'état de sulfate du magnésium, à l'état de bromure, au taux d'un demi gramme par litre ; enfin, de l'iodure de sodium, à la dose de cinq centigrammes, de l'aluminium, du fer, du silicate de soude et diverses matières organiques. L'effet de bains si fortement salés se corrige par l'emploi des eaux-mères qui, obtenues par évaporation de l'eau minérale et précipitation du chlorure sodique, constituent essentiellement une solution d'iodures et de bromures. Les eaux mères de Salies contiennent par litre, environ trois cents grammes de chlorures dont deux cent cinquante grammes de chlorure de magnésium, dix grammes de bromure de magnésium, un gramme d'iodure de magnésium.

Mais, tandis que certaines eaux mères ne sont qu'une sorte de solution salée plus concentrée, à Salies-de-Béarn et à Biarritz, « le chlorure de magnésium l'emporte au point de former presque les deux tiers des substances dissoutes ; ces eaux-mères jouissent d'une action sédative indéniable, due, bien plus à cette richesse en chlorure de magnésium (F. Gallard) qu'aux 8 ou 10 grammes de bromure qu'elles renferment » (Albert Robin). Les

(1) MOUTEAU. — *Archives* 1655.
(2) BANC. — Paris, 1605, in-8.
(3) Max DURAND-FARDEL. — Traité des eaux minérales.
(4) PÉTREQUIN. — *Annales de gynécologie*, 1842.
(5) MACREZ. — Hydrologie clinique (*Expansion scientifique*, 1924).
(6) Rapport au Congrès d'hydrologie de Bruxelles, 12 octobre 1925 (Flurin, Liacre, Lamarque).

propriétés sédatives de ces eaux mères magnésiennes, contrastant du reste avec les propriétés stimulantes de leurs eaux originelles, permettent d'atténuer les réactions générales et locales et de les adapter aux nécessités des indications fournies par chaque malade.

Les eaux chlorurées fortes, étant très concentrées, contribuent à la résorption des infiltrations inflammatoires, exercent une stimulation marquée sur la peau et agissent par voie réflexe sur le système nerveux de la plupart des organes et, en particulier sur celui de l'appareil circulatoire. L'excitation de toute la surface cutanée va se répercuter sur le système nerveux central, et, par son intermédiaire, sur le système nerveux végétatif.

On note des mouvements fluxionnaires des organes pelviens qui croissent avec la concentration des bains : emménagogues, stimulants de la vitalité des organes, réapparition des douleurs et des écoulements, relèvement de la circulation et de la nutrition locales, activité imprimée à l'état général et aux organes génitaux ; résorption des exsudats. On commencera par les bains de faible concentration 1 à 3 % (Keller), à Rheinfelden, Bourbon-Lancy, Baden-Baden, Bourbon-l'Archambault, Wiesbaden, Rennes-les-Bains, Saint-Nectaire, la Motte-les-Bains, Bourbonne-les-Bains, Kissingen, Santenay. On augmente graduellement le degré de la salure en prenant les réactions locales comme guide principal. La cure n'agit pas sur la nutrition comme sur l'état local et l'activité des bains est en raison directe de la concentration.

On donnera des bains chlorurés sodiques à 6 % aux malades qui ont tendance à maigrir, à éliminer un excès d'acide urique, chez lesquelles il n'y a pas lieu d'augmenter ni les échanges azotés, ni les oxydations (Balaruc, Kreusnach, Hombourg, Wilbad, Cheltenham-Soden, Salies (Haute-Garonne), Nauheim, Bex, Salins-du-Jura, et Reichenhall.

Les bains à 12 % seront ordonnés aux malades dont les oxydations n'ont pas besoin d'être accrues, mais dont les échanges azotés sont à relever ; aux malades atteintes d'hyperplasie conjonctive péri-utérine où l'action fondante s'allie à l'action sédative, sauf chez les uricémiques.

Enfin, les bains à 25 % et au-dessus s'adresseront aux malades à nutrition languissante et à oxydation retardée, chez lesquelles il convient d'accélérer les mutations azotées,

Indications des cures. — 1° Aménorrhéiques, utérines lymphatiques, anémiques, hypothyroïdiennes pour obtenir une résolution active, sans mouvement fluxionnaire trop vif du côté des organes du petit bassin (Salies, Biarritz, et Besançon) ; 2° la congestion utérine, suite de subinvolution post-partum, avec utérus gros, mou et saignant, sera améliorée par le bain non salé ; l'œdème péri-utérin et interstitiel se résorbe ; la fibre utérine se ressaisit ; l'ovaire déréglé est réprimé. De même, les hémorragies intercalaires. Ces dystrophies utéro-ovariennes, avec utérus congestionné, douloureux et saignant entraînent la stérilité. L'action décongestionnante des bains permet une meilleure circulation ; l'action excitante finit de mûrir un appareil génital resté adolescent (Vignes) ;

3° Leucorrhéiques : l'effet décongestionnant du chlorure de sodium, l'effet cicatrisant du magnésium, expliquent les succès obtenus dans les leucorrhées par métrites cervicales. Cet effet d'ailleurs s'obtient aux eaux sulfureuses, type Saint-Sauveur, et aux eaux faiblement minéralisées, thermales, et radio-actives, type Evaux, Néris, Plombières et comme l'indique Macrez (de Saint-Sauveur), on obtient des trois genres de stations le même pourcentage de bons résultats ;

4° Reliquats de salpingite refroidie et non réchauffable : disparition des œdèmes pelviens, amélioration de la circulation locale, résorption des exsudats, assouplissement des trompes et, dans quelques cas, rétablissement de leur perméabilité. La tuberculose annexielle est améliorée par la cure chlorurée sodique, associée à l'héliothérapie. On s'abstiendra de leur emploi quand l'infection locale n'est pas éteinte et aussi chez les nerveuses les dyspeptiques, les entéritiques et les palpitantes.

II. ***Eaux sulfureuses***. — Luchon, Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur, contiennent des centigrammes de sulfure de sodium. Saint-Sauveur contient un peu plus de 2 centigr. de sulfure de sodium par litre, autant que Cauterets, trois fois moins que Luchon, deux fois plus que les Eaux-Bonnes et les Eaux-Chaudes.

Pour agir sur l'organisme, le soufre doit être : soit à l'état métalloïdique, soit à l'état d'hydrogène sulfuré, soit à l'état de sulfure alcalin. Les eaux sulfurées s'emploient en bains tièdes et pénètrent l'organisme principalement par voie pulmonaire. Certaines, telles Luchon, ont une radio-activité marquée et une richesse en azote qui expliquent leur sédation (A. Robin).

La cure sulfurée a une triple action : 1° antiseptique et anticatarrhale ; 2° excito-motrice (Caulet), emménagogue et hémostatique ; 3° remontement et stimulation de l'organisme.

En tête des eaux sulfurées à spécialisation gynécologique sédative se place la source des Dames de Saint-Sauveur. Les bains, qui constituent l'unique mode d'emploi de cette source déterminent, dès le début du traitement, une sédation manifeste. Les causes de cette sédation sont difficiles à préciser, qu'elle soit attribuable à l'eau, qu'elle soit due à l'état hygrométrique et à la situation abritée de la station, cette action est nette, d'après Caulet.

A côté de Saint-Sauveur, se range la station des Eaux Chaudes, dont les sources sont essentiellement sédatives. .

Certaines sources de Cauterets ont depuis longtemps fait leurs preuves dans le traitement des maladies des femmes : les sources sédatives du Rocher, du Petit Saint-Sauveur, s'adressent aux malades surexcitables qui souffrent ; d'autres, plus toniques, doivent être réservées aux femmes atones, molles, lymphatiques. D'après Duhourcau, les effets douloureux utérins, l'hydrorrhée thermale, se produiraient moins à Cauterets qu'à Saint-Sauveur.

Les sources douces de Luchon, dégageant peu d'hydrogène, sulfuré, contenant des sulfites, et des hyposulfites, véritables émulsions de soufre (sources Ferras et Blanche) conviennent essentiellement aux affections gynécologiques.

C'est également une source blanchissante d'Ax, la source Fontan, qui doit être réservée aux maladies des femmes : elle est un excellent tonique des catarrhes utérins.

Action sur la circulation utérine avec hydrorrhée thermale ; modification des sécrétions muqueuses du col ; augmentation d'abord, puis diminution considérable, changement de consistance des mucosités. D'où amélioration de certains catarrhes et d'ectropions (Vignes). Bonnamour, de plus, invoque l'action antiseptique du soufre pour expliquer cette amélioration des métrites cervicales.

Principales indications. — 1° L'action exercée sur la tonicité de l'utérus, du vagin et des annexes par les eaux sulfurées nous donne la clef d'un certain nombre des indications que peuvent remplir ces stations (subinvolutions, congestions passives et métrorragies torpides).

Des principales stations sulfureuses citons : 1° *les sulfurées sodiques* : Saint-Sauveur, Petit-Saint-Sauveur et Bois-de-Cautertes, Eaux chaudes, Olette, Saint-Honoré-les-Bains, le Vernet, Aix, Uriage ; 2° *les sulfurées calciques* : Gréoulx, Cambo, Pierrefonds ; 3° *les stations étrangères* : Aix-la-Chapelle, Baden Autriche), Schinzach (Suisse), Acqui (Italie).

Alb. Robin et Dalché opposent les eaux sulfurées excitantes (Cauterets, Luchon, Barzun), aux eaux sédatives (Saint-Sauveur, Petit-Saint-Sauveur, de Cauterets, Gréoulx, Saint-Gervais ; les premières agissent sur le terrain, la nutrition, l'insuffisance des réactions organiques ; les secondes, dans les cas où toute excitation doit être évitée, chez les névropathes ou quand l'affection interne est trop excitable.

III. ***Eaux radioactives***. — 1° Faiblement minéralisées, hyperthermales très anciennement connues (Evaux, Plombières, Santenay, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnoles-de-l'Orne) ; 2° Eaux à composition chimique intéressante et radio-actives (Luchon, Royat, La Bourboule). Ces eaux s'utilisent en injections, en bains d'eau courante, avec ou sans douches sous-marines, avec ou sans injection vaginale hyperthermale, en bains de boue comme à Saint-Amand, en inhalations dans les émanatoires, comme à Bourbon-Lancy et à Colombières-sur-Orb. Evaux, Plombières, Luxeuil, Santenay (Gasser), améliorent la dysménorrhée, la leucorrhée, la congestion utérine, les infiltrations péri-utérines et péri-salpingiennes. Plombières et Néris améliorent les prurits génitaux. Evaux agit sur l'aménorrhée de la puberté retardée, l'aménorrhée nerveuse et donne des résultats dans la cure de la stérilité et de l'insuffisance ovarienne. Bagnoles-de-l'Orne, Bourbon-Lancy et Royat sont indiquées en cas de suites de phlébites. Enfin, Bourbon-Lancy et Royat donnent de bons résultats dans le goitre exophtalmique et dans les accidents qu'il détermine sur l'appareil utéro-ovarien.

Les eaux indéterminées jouissent d'une grande et ancienne faveur dans le traitement de nombre d'affections gynécologiques en raison de leurs propriétés sédatives, locale et générale qu'elles doivent à leur radioactivité et à leur abondante teneur en azote (A. Robin). Elles s'appliquent à tous ces cas où il y a de vives réactions, un état névropathique associé à une affection utérine facilement congestive. Bagnoles-de-l'Orne conviendra aux utérines avec péri-phlébites. Plombières aux entéritiques : Ussat, Luxeuil, Campagne, Evaux, Néris, Bourbon-Lancy en France, Gastein (en Autriche), Schlangenbad (en Nassau) s'adresseront

aux utérines proprement dites. Ussat, qui est très sédative (Garrigou) est indiquée chez les femmes atteintes de métrites avec hémorragies. Néris, hyposthénisante, comme Ussat, est légèrement résolutive, parfois excitante (de Ranse). Luxeuil, avec ses sources salines commence par stimuler l'appareil utéro-ovarien, provoque le gonflement de l'abdomen, réveille les douleurs hypogastriques, iléo-lombaires, irradiées : augmente les flux muqueux et sanguin, stimule en même temps l'organisme tout entier, le système nerveux compris. Mais, après cette poussée passagère, tout s'apaise jusqu'au 20e ou 30e bain. Alors réapparaissent les phénomènes du début indiquant la nécessité de cesser le traitement. Donc : action légèrement stimulante au début, puis sédative, enfin définitivement excitante. Les sources ferrugineuses, avec leur excitation plus marquée, conviennent aux déprimées et aux anémiques et sont contre-indiquées chez les nerveuses. *Evaux* avec son action excito-motrice et congestionnante sur l'appareil génital est le triomphe de l'aménorrhée. Au groupe des indéterminées se rattachent les sulfatées calciques faibles (Bagnères-de-Bigorre, avec ses eaux ferrugineuses, sulfureuses, laxatives, sédatives), Aulus, Bath, Loeche, pour les névropathes, et les eaux des Vosges pour les utérines graveleuses, goutteuses ou atteintes de troubles veineux. (A. Robin).

Les bains tièdes et la douche tiède dont Beni-Barde disait « qu'elle apaise l'excitation nerveuse, anéantit les spasmes musculaires, dissipe l'hyperesthésie du derme et détermine dans l'économie un calme inexprimable » sont les pratiques hydrominérales employées comme moyen thérapeutique. D'après Labadie-Lagrave, elles atténueraient la congestion chronique de l'utérus.

La *douche sous-marine*, que la station de Bourbon-Lancy possède depuis plus d'un siècle et que beaucoup d'autres stations ont adoptée depuis, permet de donner toutes les variétés de douches préconisées en gynécologie : la douche périgastrique (de Richelot et Derecq), si stimulante et vaso-motrice ; la douche périnéale à faible pression et prolongée qui agit sur le vaginisme et le prurit vulvaire ; la douche thoracique qui diminue le flux des organes du petit bassin et s'adresse aux métrorragies vaginales ; la douche lombaire qui convient aux ménorrheiques, la douche hypogastrique à petite pression et longtemps prolongée qui agit sur le vaginisme et le prurit vulvaire ; la douche des pieds ou de la partie interne des cuisses (Beni-Barde) qui est emménagogue. La douche vaginale ascendante chaude convient aux malades endoloríes avec insuffisance ovarienne et laxité ligamentaire. On conçoit l'importance d'applications du traitement de la douche localisée. Si en hydrothérapie, ces pratiques sont hautement recommandées, on peut cependant dire d'elles, avec le proverbe que « la manière de les donner vaut mieux que ce qu'on donne ». En crénothérapie, de plus, dans les mêmes conditions de température, de pression, de durée, d'application, vient s'ajouter l'effet indéniable de l'eau minérale avec ses propriétés particulières à chaque source ou à chaque station.

Indications. — Nous retiendrons *dans les causes endocriniennes ; la petite insuffisance ovarienne* avec les syndromes qui peuvent l'accompagner : *aménorrhée et dysménorrhée.* Dans les *causes infectieuses, l'endo-cervicite, la salpingite catarrhale et les réactions légères du péritoine péri-utéro-salpingo-ovarien ; dans les causes diathésiques, la congestion uterine, les déviations de l'utérus et le vaginisme.*

Dans l'aménorrhée, Salins, conviendra aux lymphatiques ; Luxeuil aux atones à circulation ralentie ; Saint-Sauveur aux anémiques spasmodiques, nerveuses subjectives ; Néris aux nerveuses objectives ; Bussang, Orezza, La Bourboule aux anémiques ; Brides aux obèses. En cas de circulation défectueuse, Bagnoles-de l'Orne, Bourbon-Lancy et Royat.

Si l'aménorrhée est de cause générale, on prescrira aux chlorotiques : Bussang, Forges-les-Eaux, La Bauche, Spa, Saint-Moritz, Schwalbach, Pyrmont, Franzensbad. Aux chloro-anémiques avec un fonds de lymphatisme et d'hypothyroïdie : Bourbonne-les-Bains, Balaruc, Salins-du-Jura, Salies-de-Béarn, Biarritz et Salins-Moutiers. Aux chlorotiques avec leucorrhée : pour les nerveuses, Saint-Sauveur ; pour les arthritiques, Cauterêts et Saint-Honoré ; pour les rhumatisantes, Luchon ; pour les lymphatiques et les syphilitiques, Uriage. Aux dyspeptiques, la cure sédative de Plombières ou celle de Forges-les-Eaux qui est bien tolérée par les dyspeptiques déprimées. Aux syphilitiques, Uriage, Aix-la-Chapelle, Luchon, Barèges ou Aulus. Aux obèses : Brides, Châtel-Guyon, Kissingen, Hombourg, Marienbad.

Si l'aménorrhée est de cause locale et tient à l'infantilisme utérin, on recommandera des cures stimulantes, les bains de boues, les eaux sulfureuses (Barèges) ou certaines eaux indéterminées (Evaux) qui jouit d'une réputation méritée. En cas de subinvolution utérine, Cauterets, Saint-Sauveur, Dax, Saint-Amand, Barbotan, Balaruc seront choisies. (Macé de Lépinay) (1).

Dans la dysménorrhée, les stations de choix seront Néris ou Plombières. Mais si des souffrances prolongées et répétées, des pertes profuses ont débilité l'organisme, les malades iront à Luxeuil, dont certaines sources ferro-manganésiennes sont toniques et reconstituantes. Au contraire, en présence de femmes plus affaiblies, au système génital hyposthénique et endoloiri, avec tendances aménorrhéiques, nous songerons à Bagnères-de-Bigorre ou à Saint-Sauveur, qui les remonteront sans produire des phénomènes trop actifs d'excitation. Les eaux chlorurées sodiques de Biarritz ou de Salies-de-Béarn, de Salins-du-Jura, efficaces aussi dans divers de ces cas, demandent à être surveillées de très près. Si la nerveuse est très anémiée ou chlorotique, nous aurons recours à Royat, Bussang, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, possédant une action sur l'insuffisance des glandes endocrines dont l'association avec la névropathie est fréquente. Si le terrain névropathique est prédominant, les eaux sédatives de Plombières, Luxeuil, Néris seront les stations de choix. On aura recours aux bains tièdes prolongés, aux injections vaginales tièdes, aux lavements chauds, aux bains de siège tièdes, tels qu'on les donne à Luxeuil ou à Néris.

Si la dysménorrhée coexiste avec des règles peu abondantes, les douches chaudes sur les jambes et les pieds, sur la partie interne des cuisses, les bains chauds, les bains de siège à eau courante tiède et tempérée trouveront leurs indications. Les eaux sulfureuses de Saint-Sauveur, Cauterets, Luchon, Uriage, ou Saint-Honoré rendront, avec les eaux sédatives les plus grands services. Des signes de lymphatisme ou d'hérédité syphilitique feront recommander Uriage. Si la patiente est en même temps une chlorotique, elle s'adressera avec fruit aux eaux ferrugineuses du Bussang et de Forges. Si le lymphatisme est prédominant, c'est aux chlorurées sodiques que ces malades trouveront la médication appropriée (Bourbonne-les-Bains, Salins-Moutiers, Salins-du-Jura, Salies-du-Béarn, Biarritz, Balaruc). (Macé de Lépinay).

Par leur action antiseptique, anticatarrhale, les eaux sulfurées liquéfient et tarissent les sécrétions glandulaires. Chez les névropathes, on aura recours aux eaux les plus douces, Saint-Sauveur, Saint-Honoré ; chez les herpétiques, Saint-Sauveur, Cauterets, Luchon, Ax, Eaux-Chaudes, Molitg, La Preste, seront indiquées ; dans les foremes torpides, les sulfurées fortes ou les chlorurées sulfurées, Uriage, Gréoulx pourront être utilisées (2)

Annexites. — Le traitement thermal peut suffire à guérir des salpingites, même anciennes et invétérées. Il procure assez souvent une insensibilité à peu près complète, permet à la malade de reprendre sa vie et ses occupations habituelles, et il lui restitue parfois ses fonctions de reproduction. « Dans l'immense majorité des cas, les malades peuvent être traitées et guéries autrement que par l'intervention, laquelle restera toujours en gynécologie, et surtout chez la femme en âge d'être fécondée, l'*ultima ratio* à laquelle on ne devra recourir qu'après l'échec des autres méthodes de traitement. » (Pierra) (3).

Chez une série de malades atteintes de lésions annexielles chroniques avec pelvipéritonite plastique et soignées à la Mouillère-Besançon, les résultats ont été remarquables. L'infiltration pelvienne a disparu, les douleurs ont cessé complètement ; deux de ces malades sont devenues enceintes, et la grossesse a évolué jusqu'à terme sans le moindre incident.

Congestion pelvienne. — En cas de rétroflexion ancienne, prolongée, la gymnastique, le massage sont utiles, sinon pour guérir, du moins pour maintenir l'équilibre. On y joindra les cures thermales de Luxeuil, Plombières, Néris, qui contribueront à décongestionner l'utérus, (Siredey). et à combattre le relâchement des ligaments qui accompagne toujours la congestion utérine, (Pierra).

Les cures hydro-minérales de Luxeuil et de Saint-Sauveur seront indiquées ; la première, dans les lésions récentes et non compliquées de deplacements trop accentués des organes pelviens ; Saint-Sauveur, si les lésions sont plus anciennes ou torpides. Sur ces gros utérus flasques, la balnéation isolée resterait à peu près sans effet sans les grandes irrigations chaudes et prolongées (une demi-heure), et, accessoirement, les bains de siège à eau courante tiède. On peut légitimement rechercher la résolution des exsudats dans l'emploi raisonné de certaines cures hydro-minérales : Luxeuil, Néris, Plombières, quand la poussée aiguë remonte seulement à quelques mois ou quelques semaines — et l'on sera, na-

(1) Macé de Lépinay. — Hydrologie clinique, 1924.
(2) Macrez. — Etude d'hydrologie clinique, t. IV.
(3) Pierra. — Hydrologie clinique, 1924.

turellement, extrêmement prudent quant à la durée des bains et des irrigations et surtout quant à la thermalité de celles-ci ; plus tard, Bourbon-Lancy, Besançon-La Mouillère et Salies-de-Béarn, quand les phénomènes initiaux se seront tout à fait apaisés et que les exsudats tendront à s'organiser. On choisira de préférence, les eaux les plus décongestionnantes : Luxeuil, Ussat, Evaux, Bagnoles-de-l'Orne. La malade prend, à son lever, un grand bain tiède, d'une demi-heure d'abord, mais dont la durée est portée progressivement jusqu'à 45 minutes (en augmentant progressivement sa durée) ; l'eau de l'injection ne doit pas être trop chaude, 38 à 40° (température facilement obtenue à Luxeuil à la source dite des Dames). L'eau trop chaude provoque un spasme vasculaire transitoire, suivi de dilatation (Dalché) ; seule l'irrigation d'eau tiède, « tempérée », et longtemps continuée, à pression faible, est vraiment décongestionnante, et ne provoque aucune réaction secondaire (Pierra).

Conclusions. — Dans la stérilité essentielle, celle dont la cause est inconnue, toutes les eaux minérales ont des succès à leur actif. Le fait est indiscutable, toutes ayant une action équilibrante sur l'état général. Certaines d'entre elles possèdent une action indéniable sur l'appareil génital et elles sont particulièrement indiquées en cas de stérilité. Mais Luxeuil, Néris, Plombières, Bourbon-Lancy, Saint-Sauveur ont une efficacité toute particulière.

Les cures thermales sont avant tout un des éléments de l'hygiène thérapeutique. Il faut les utiliser très tôt et ne jamais attendre leur suprême juridiction. C'est de la puberté au mariage qu'elles redresseront les conséquences des insuffisances endocriniennes, qu'elles aideront à mûrir l'utérus pubescent ou infantile ; qu'elles redresseront les tares diathésiques. Dans les désordres génitaux de cause toxi-infectieuse, les cures thermales ont des effets analogues, plus appréciables encore, à ceux observés en hydrothérapie et que des maîtres comme Richelot, Albert Robin, Reclus, Dalché ont contrôlés.

C'est aussi l'avis de Flurin qui écrit : « beaucoup d'affections gynécologiques relèvent de la cure thermale sulfurée, mais il ne faut pas que celle-ci soit un épilogue. Si l'on veut obtenir des effets rapides et accentués, il est nécessaire que cette indication soit utilisée de bonne heure. »

Résultats thérapeutiques. — On sait que, depuis une trentaine d'années, sous l'influence de de Bosia, de Huchard et de Piatot, l'indication principale de Bourbon-Lancy est le rhumatisme articulaire subaigu des enfants ou des adolescents avec ses séquelles si fréquentes d'endo-péricardite, parfois aussi le rhumatisme cardiaque évolutif à la période de régression. Néanmoins, malgré que Luxeuil, Néris, Evaux et Plombières soient plus spécialisés dans le traitement des maladies des femmes, nous avons à Bourbon-Lancy une installation parfaite, presque luxueuse en comparaison des installations générales, pour le traitement gynécologique.

DE BOSIA écrit dans l'*Arthritisme à Bourbon-Lancy* : depuis plusieurs siècles, les observations s'accumulent dans les archives de cette station et il nous a été facile, en étudiant les traités publiés par DE BEAULIEU, ALIBERT, PINOT et TELLIER, de recueillir soixante-dix-huit observations très concluantes, qui prouvent jusqu'à l'évidence l'heureuse intervention des eaux de Bourbon-Lancy contre la stérilité dont une lui est personnelle. Mon confrère et ami COMPIN a fait, en 1919, une étude des plus intéressante sur ce sujet.

Ainsi, bien que secondaire, l'indication à Bourbon-Lancy du traitement des affections génitales m'a permis également d'observer dans un espace de 29 ans : 8 insuffisances thyro-ovariennes dont une observée 7 ans ; 3, 4 ans ; 2, 3 ans ; 2 un an ; 13 cas de métrites observées un an ; 1 cas de périmétrite ; 14 cas de dysménorrhée observés 2, 5 ans ; 1, 2 ans ; 11 un an ; 8 cas de salpingo-ovarite observés un an ; 9 cas de métrorrhagies pour fibromes : un observé 7 ans ; 1, 4 ans ; 2, 3 ans ; 5, 1 an ; 5 cas de névralgies pelviennes observés deux 3 ans ; 2 deux ans ; 1 un an ; 4 cas de retro-déviation avec congestion utérine observés, 1, 3 ans ; 3, un an ; 2 cas de congestion pelvienne et un cas de vulvo-vaginite d'une fillette de 13 ans, observés un an.

Dans ce nombre 12, sont venues et revenues pour faire une cure dans l'espoir d'une maternité, avec cinq succès. Deux autres malades, ayant déjà eu des enfants, ont eu une grossesse après leur cure (1).

Mme Macrez, dans sa thèse, Le Juge de Segrais (*Archives générales de médecine*) à Luchon, Jean Marcassus à Saint-Sauveur en ont aussi publié des exemples. Jean Marcassus écrit notamment l'histoire d'une femme de 35 ans, mariée et stérile depuis 16 ans ayant des organes génitaux normaux, des règles régulières, une légère tendance à l'obésité, laquelle vient à Saint-Sauveur en désespoir de cause et devient enceinte trois mois après.

(1) PIATOT. — Expansion scientifique, Paris 1928.

Action de Dax sur les spondylites

Par le Dr Armand DELMAS
Médecin consultant à Dax.

L'obscurité qui régnait jusqu'au début du XXe siècle sur la pathogénie des spondylites et des spondyloses semble, actuellement, s'éclaircir du fait des travaux très remarquables auxquels ces lésions ont donné lieu tant en France qu'à l'étranger ; il n'est pas osé de dire que, parmi eux, André Léri est un de ceux qui a le mieux étudié la question ; après lui, nous citerons, le professeur Tessier, de Lyon, et ses élèves Mayet et Jouve, le professeur Pierre Marie dont le nom s'apparente étroitement à la spondylose rhyzomélique, Forestier d'Aix-les-Bains, Kümmel, Julius Wolff, Holzknecht, etc...

Il semble actuellement prouvé qu'il existe deux types de spondylites, d'une part, celles qui sont toujours, fatalement en quelque sorte, suivies d'ankylose (spondyloses) ; d'autre part, celles dont l'évolution, après un stade plus ou moins aigu, aboutit au retour complet à la santé, au moins pour un long temps. On peut dire d'une façon presque absolue que le traitement de Dax, objet de cette étude, n'a d'action réelle et durable que sur les malades atteints de spondylites et jamais sur ceux dont l'évolution morbide a atteint l'état de spondylose. Ceci posé, nous éliminerons d'emblée de cette courte étude la spondylose rhyzomélique ainsi que la cyphose hérédo-traumatique, remarquant simplement qu'il est admis actuellement que de pareilles ankyloses par ossification ne sont que la traduction visible de l'application par l'organisme de la grande loi de Julius Wolff (*Archives de Virchow*, 1889). « L'exagération de pression et de traction en raison de la stimulation trophique de la fonction et dans l'intérêt de la statique a pour résultat la formation d'un matériel qui soit en état de réaliser la résistance exigée. » Or, dans ces deux affections, il y a, soit raréfaction du tissu osseux, soit écrasement traumatique de ce dernier, dont la conséquence se trouve être une tendance à la rupture de l'équilibre de la colonne vertébrale. L'organisme y pare en ossifiant les ligaments vertébraux par « adaptation fonctionnelle » (André Léri). La spondylose rhyzomélique est une malade qui évolue insidieusement, ne manifestant en général sa présence que par des douleurs qui, du reste, peuvent manquer et qui ressemblent assez bien aux douleurs du rhumatisme vertébral dont nous nous occuperons plus loin. Le diagnostic n'est fait que lorsque, soit par la radiographie, soit par l'attitude des malades, les travées d'ossification peuvent être décelées ; il est alors trop tard pour que le traitement thermal agisse. Quant à la forme traumatique, il est impossible de concevoir qu'une eau thermale puisse l'améliorer, la rupture d'équilibre étant en quelque sorte mécanique.

Les autres types de spondyloses ressortissent aux catégories infectieuses ou toxiques : rhumatismale, tuberculeuse, typhique, syphilitique, blennorragique, goutteuse.

La *spondylite syphilitique* est peu connue ; il n'a pas été fait d'étude sérieuse de cette affection qui doit probablement exister puisque la toxine du tréponème aime l'os, mais il n'est pas à notre connaissance d'observation clinique étudiée avec la rigueur scientifique voulue. Il est permis de supposer que le traitement spécifique doit avoir dans les arthrites syphilitiques de la colonne vertébrale ainsi que dans les ostéites du rachis une action très supérieure à celle du traitement thermal employé seul ; il pourrait être intéressant de combiner ces traitements, étant entendu que le diagnostic pathogénique aura été rigoureusement établi.

Les *spondylites tuberculeuses* : le traitement de Dax n'a aucune action spécifique sur l'inflammation tuberculeuse du rachis et cela se conçoit. Peut-être, l'état général du malade pourra-t-il se bien trouver de l'action stimulante de l'eau hyperthermale radioactive, mais nous pensons que la place de pareils malades est beaucoup plus sous des climats où peuvent être utilisés au maximum les moyens thérapeutiques physiques et naturels qui les améliorent si souvent.

Les *spondylites blennorragiques* : nous n'avons pas connaissance que de pareils malades aient été traités à Dax ; mais nous avons eu fréquemment l'occasion de soigner des personnes atteintes de rhumatisme articulaire blennorragique avec tendance ankylosante encore au stade fibreux. Nous avons toujours obtenu le retour à l'intégrité complète. Il n'est pas interdit de penser que la spondylite vertébrale blennorragique retirerait d'aussi grands bienfaits du traitement de Dax que l'arthrite gonococcique banale. Cette remarque a son importance ; nous avons plus haut fait remarquer que la spondylose rhyzomélique débute fréquemment par un stade douleurs ; or, André Léri a

constaté dans un nombre de cas impressionnant la présence de gonorrhée ancienne ou récente chez un grand nombre de rhyzoméliques. Si vraiment la spondylose rhyzomélique peut être due au gonocoque, il est indiqué d'envoyer sans tarder à Dax tout malade dont le gonocoque paraît avoir une tendance à se localiser sur les articulations ; il y a là peut-être un moyen d'éviter à nombre de malheureux cette affection effroyable, à évolution fatalement progressive dès que l'ankylose commence.

La *spondylite typhique* est une affection assez rare, mais dont un certain nombre de cas ont été signalés. Une pareille maladie qui semble atteindre le tissu osseux lui-même plus encore que l'articulation est, on le sait, en général jugulée dans sa période aiguë par l'introduction dans l'organisme soit d'un autolysat éberthien, soit d'un vaccin fait avec le bacille en cause ; mais de pareilles lésions sont fréquemment suivies de réactions périostiques, sinon ligamenteuses ; or, toute inflammation de ligament comme toute inflammation de périoste tend à former de l'os. Il y a donc lieu, dès que l'inflammation aiguë est en voie de disparition, d'envoyer à Dax de pareils malades, l'action résolutive de l'eau ou de la boue, ou des deux combinées, pouvant agir très rapidement et définitivement sur de pareils tissus.

Il nous reste actuellement à parler de la grande catégorie des *spondylites rhumatismales* ; c'est, en effet, au rhumatisme que correspond la presque totalité des malades se traitant à Dax. Il est difficile, en l'état actuel de nos connaissances, de différencier les spondylites rhumatismales chroniques infectieuses des spondylites rhumatismales chroniques toxiques, de pareils « rhumatismes » n'ayant pas encore de ligne nette de démarcation. Nous avons cependat au début de ce travail distingué, ces deux ordres d'affections ; ce faisant, nous avons voulu simplement indiquer que la pathogénie des rhumatismes en général et des manifestationsrhumatismales vertébrales en particulier devrait être complètement refaite. Le lcteur ne s'étonnera donc pas si, sous la rubrique de rhumatisme vertébral nous faisons entrer des affections qui doivent pathogéniquement être différentes mais dont les manifestations anatomo-pathologiques et cliniques sont très semblables. De fait, on sait que la spondylite est provoquée soit par une inflammation primitive infectieuse ou toxique du tissu osseux lui-même, soit par une inflammation secondaire propagée du périoste, des ligaments ou de l'articulation à l'os. Toute inflammation, quelle qu'elle soit, débute par un stade congestif de plus ou moins longue durée. La résolution peut être totale d'emblée, mais, le plus souvent, surtout lorsqu'il s'agit de la colonne vertébrale, ce stade congestif est suivi d'une néo-formation tissulaire fibreuse d'abord, calcifiée ou ossifiée ensuite. La thérapeutique doit donc tendre, avant tout, à empêcher la transformation des lésions congestives de la colonne vertébrale (os, articulations, ligaments) en lésion fibreuse ou osseuse. Or, le traitement thermal est particulièrement efficace pour obtenir ce résultat. Nous savons que Forestier, d'Aix-les-Bains, a obtenu la guérison complète de ce qu'il appelle la spondylose rhumatismale et qu'il existe également une « lombarthrie » (André Léri) très curable. Ces formes ne paraissent être, en réalité que le premier stade de la spondylite rhumatismale habituelle : non soignées, elles peuvent aboutir à la formation de ces ostéophites en bec de perroquet et de ces vertèbres en diabolo qui limitent petit à petit et de plus en plus les mouvements de la colonne vertébrale partout où se trouvent ces lésions. Nous savons maintenant, en effet, qu'il peut exister des spondylites vertébrales localisées (cervicales, dorsales, lombo-sacrées) qui toutes ont des symptômes cliniques communs : douleurs périodiques, immobilisation plus ou moins étendue de la partie atteinte, névrites radiculaires dont les types les plus fréquents sont celles de tout ou partie du plexus brachial, des nerfs intercostaux et du nerf sciatique. Quelquefois, ces spondylites rhumatismales peuvent s'accompagner de manifestations goutteuses à distance répondant ainsi au type décrit par Lécorché sous le nom de goutte vertébrale. Toutes ces spondylites quel qu'en soit le type sont, avons-nous dit, justiciables de Dax ; mais elles ne le sont, nous le répétons, que dans les seules périodes congestives ou préfibreuses. Il est ensuite asbsolument impossible de faire fondre un tissu cicatriciel, qu'il soit fibreux, calcifié ou ossifié.

De fait tout malade atteint de spondylite rhumatismale envoyé à Dax au déclin d'une poussée aiguë ou peu de temps après son extinction voit diminuer ses contractures et ses raideurs articulaires ; les phénomènes douloureux s'amendent en même temps que se manifeste un arrêt dans l'évolution cependant habituellement progressive de toute spondylite.

Ces intéressants résultats sont dus à l'action des eaux et des boues utilisées soit en bains entiers, soit en applications. L'influence qu'elles exercent sur l'organisme est complexe : en l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de déterminer exactement la part des unes et des autres, car leur action est la résultante de plusieurs causes : leur haute thermalité, leur minéralisation, leur radio-activité et l'ionisation qu'elles développent au contract du corps humatin. Elles ont sur les tissus de nouvelle formation une action à la fois modificatrice et résolutive. Les sels et les bases contenus dans l'eau hyperthermale, radioactive de Dax sont à l'état de dissolution. Un corps humain y étant plongé, sous l'influence des courants électriques dus à cette radio-activité, les molécules dissociées pénètrent dans l'organisme à travers la peau ; il se produit un phénomène analogue à celui constaté dans l'ionisation thérapeutique, avec cette différence importante qu'une eau minérale vierge au sortir du griffon possède encore toute sa radio-activité, tous ses ions en liberté ; une telle eau est par conséquent plus que toute autre très bonne conductrice de l'électricité. (Maurice Perrin et Paul Mathieu : Les eaux minérales).

Avant d'être utilisées soit en bains entiers, soit en applications, les boues naturelles baignent longtemps dans l'eau hyperthermale ; elles y subissent une lente préparation ; les algues et conferves se développent, s'y multiplient, formant un milieu spécial à Dax et absolument *naturel*. Il est logique d'admettre qu'elles jouent en quelque sorte un rôle d'accumulateur emmagasinant l'énergie thérapeutique, physique et chimique des eaux hyperthermales pour la restituer ensuite au moment de l'utilisation. Les articulations de la colonne vertébrale sont dans l'ensemble relativement superficielles ; pendant l'application ou le bain, le contact est intime entre la boue et le malade ; la peau est le siège d'une révulsion énergique et l'activité circulatoire très fortement augmentée du fait de la vaso-dilatation des capillaires. La solution saline que représente le corps humain est sollicitée de se mettre en équilibre électrique avec l'eau minérale par l'intermédiaire de la peau ; un échange d'ions se produit donc qui tend peut-être à réduire à zéro la différence de potentiel existant entre les deux solutions complexes ; cette action modificatrice est fortement favorisée par la transpiration abondante qui accompagne les pratiques thérapeutiques de Dax : l'élimination des toixines par toutes les glandes sudoripares en état d'hyperactivité débarrasse l'organisme. La vitalité cellulaire est, de ce fait, très fortement augmentée ; à cette action éliminatrice s'ajoute la diurèse abondante provoquée par l'eau prise en boisson ; nous pouvons donc admettre que pendant la cure, l'organisme est soumis à un lavage général et en un mot, à une véritable désintoxication. Les éléments cellulaires acquièrent un regain de vitalité se manifestant à la fois par un meilleur fonctionnement et la possibilité de régénération par production d'éléments jeunes, donc actifs. Les glandes endocrines jouent vraisemblablement un rôle important dans cette modification de l'organisme pour prolonger, après le départ des malades, les effets de la cure : le foie est certainement très amélioré : on sait le rôle important que joue cet organe dans les auto et hétéro-intoxications qui sont si souvent à l'origine des arthropathies, donc des spondylites. L'action résolutive des eaux semble être sur les spondylites du même ordre que celle qui, dans les rhumatismes chroniques modifie si heureusement les déformations fibreuses des doigts et les hydarthroses des genoux où l'on voit souvent fondre et toujours au moins s'amender largement les déformations récentes : l'augmentation de souplesse de la colonne vertébrale et la liberté plus grande des mouvements du malade en sont la preuve.

Cette action modificatrice et résolutive des eaux paraît due pour une large part, à la radioactivité. Une cellule vivante soumise à l'action de radiations discrètes est excitée dans sesfonctions de nutrition, de sécrétion et de reproduction. Sa vitalité accrue augmente et renforce sa résistance aux influences destructives. Toutes ces conditions sont réalisées dans la thérapeutique dacquoise des spondylites ; il serait à souhaiter que le laboratoire vienne compléter ces faits d'observation clinique. Il pourrait ainsi expliquer les phénomènes congestifs localisés aux tissus malades qui se produisent durant les premiers jours du traitement et qui paraissent jouer un rôle important dans l'amélioration constatée ensuite : on y décèlerait peut-être, sinon probablement, un afflux leucocytaire, premier acte d'où dépend la résorption du tissu fibreux d'inflammation chronique et sa transformation en tissu conjonctif plus jeune, donc plus souple ; des recherches non moins importantes seraient à faire sur le métabolisme basal et sur les différentes éliminations ; c'est ainsi qu'il se produit une forte excrétion d'acide urique pendant la cure, mais phénomène assez curieux, elle atteint son maximum dans la matinée, au moment des grandes transpirations qui suivent le traitement thermal.

En résumé, l'action des eaux et des boues de Dax dans les spondylites est modificatrice et résolutive par congestion active et par spoliation et élimination de toxines, sans préjuger de la nature de celles-ci. L'action de la boue dépasse en effet le cadre des lésions locales pour atteindre le corps tout entier, donnant à l'activité cellulaire une orientation meilleure ou rétablissant celle

qui existait avant la maladie ; mais, nous le répetons, ces résultats ne peuvent être obtenus qu'en envoyant *précocement* se traiter à Dax les malades, qu'ils soient atteints de spondylites infectieuses vraies ou de spondylites toxiques ou encore de spondylites toxi-infectieuses (blennorragiques, typhiques, goutteuses, rhumatismales vraies et rhumatismales chroniques.)

Les névrites douloureuses à La Malou

Par Maurice FAURE (de La Malou),
Ancien interne et chef de laboratoire des Hôpitaux de Paris.

Le nom de *La Malou*, en dialecte Cévenol (une des langues d'Oc), signifie *la douleur*. Aussi loin que l'on remonte le cours de l'histoire et de la légende, l'on ne trouve rien de plus que ceci : un chaud bourbier, situé là où se trouve aujourd'hui l'Etablissement de La Malou le Bas, attirait les paysans des environs, qui y venaient tremper leurs membres douloureux et s'en retournaient soulagés. Puis, peu à peu, une sélection se fit : les rhumatisants chroniques et les malades du Système nerveux de la région formèrent le fond, de la clientèle de la Station naissante.

La Faculté de Montpellier, fort ancienne et célèbre, lui prêta l'appui de son enseignement. Au XVII[e] siècle, La Malou (à 20 lieues de Montpellier) était connue et fréquentée. Au XVIII[e] siècle, l'on y venait de Paris et d'ailleurs. Au XIX[e] siècle, Duchenne de Boulogne, puis Charcot, lui créèrent une renommée mondiale.

A ce moment, la notion dominante, dans la spécialisation de la station, était la radiculite douloureuse des tabétiques (douleurs fulgurantes). Mais les rhumatisants et les névritiques formaient toujours le plus gros contingent.

∴

Quelle que soit la localisation de la névrite, pourvu qu'elle siège en un point que l'on puisse baigner, l'action vraiment magique des eaux de La Malou, produit son effet. Sauf en un cas, cependant : la névrite douloureuse peut résulter d'une compression osseuse ou méningée, d'une infiltration cancéreuse, portant sur les racines ou les plexus. Alors, les eaux sont inefficaces, et cet échec est même une pierre de touche, qui permet de pronostiquer, de rechercher, de trouver une tumeur ignorée.

Dans la grande majorité des cas, la névrite douloureuse est l'œuvre d'une intoxication ou d'une infection. Le plus souvent, cette intoxication est endogène et provient d'un excès de poisons intestinaux (constipation, entérite, appendicite, gastrite, etc.), ou d'un défaut de transformation et d'élimination des déchets normaux de la nutrition (insuffisance hépatique ou rénale). La névrite est alors un lieu de fixation du poison intérieur, comme elle peut être un lieu de fixation d'un poison extérieur (névrite alcoolique).

Comment agit l'eau de La Malou (bain, douche, massage sous l'eau, bain de pied, compresse, etc.) pour diminuer l'inflammation et la douleur ? Parmi toutes les explications qui ont été proposées, deux paraissent devoir être retenues :

1° J'ai suggéré que la révulsion cutanée, produite, en quelques jours, par l'eau de La Malou, pouvait être un agent de cure. Cette révulsion, qui va presque toujours jusqu'à la rougeur, le prurit et l'éruption légère, va quelquefois aussi jusqu'à l'eczéma. L'on sait aussi que la chaleur, en applications locales, et la révulsion cutanée, sont les meilleurs moyens d'atténuer et même de faire disparaître la douleur des névrites (ou névralgie).

2° La radioactivité des eaux. Il n'est plus guère d'eau thermale ou minérale, dont on n'explique aujourd'hui l'action par un pouvoir radio-actif. C'est une explication plausible.

∴

En dehors de cette action analgésiante *loco dolenti*, la cure de La Malou, comme la plupart des cures thermominérales, a une action générale sur la nutrition : relèvement de l'appétit, retour du sommeil, augmentation des éliminations, disparition de la nervosité, de l'excitation, de la disposition douloureuse. C'est pourquoi l'on dit qu'elle est sédative et reconstituante, ou toni-sédative. Cette action est démontrée par le laboratoire. Elle est confirmée par le régime. Si le malade, soumis aux examens chimiques nécessaires, accepte le régime alimentaire qui en résulte et continue ce régime, la sédation de la douleur, obtenue pendant la cure de La Malou, se prolonge et devient durable, puis définitive.

Si le malade n'accepte pas le régime, ou s'il ne le poursuit pas, la sédation dure deux ou trois mois, puis les crises réapparaissent. C'est ainsi que les choses se passaient toujours, il y a vingt ans et plus, alors que les examens chimiques étaient ignorés ou négligés, et les régimes alimentaires inexistants ou insuffisants. Alors, les névritiques douloureux venaient à La Malou en juin ; ils y revenaient en septembre, et, depuis janvier, attendaient impatiemment le moment d'une cure nouvelle, qui leur assurait un nouveau répit. Aussi l'on rencontrait aisément des malades qui, pendant dix, quinze, vingt et même trente ans, venaient deux fois par an à La Malou, retrouver le calme et la santé. Si une circonstance extérieure empêchait l'une de leurs cures, la douleur se réinstallait et le besoin de la cure suivante se faisait plus pressant.

Aujourd'hui, l'éducation des malades est faite. Ils réclament eux-mêmes les analyses chimiques et les régimes. Les hôteliers se sont adaptés à ce besoin nouveau de leur clientèle. Le répit obtenu est devenu plus durable : mais deux ou trois années sont cependant encore nécessaires, pour consolider les résultats et les rendre définitifs.

Ainsi guérissent les névrites rhumatismales, goutteuses, diabétiques, arthritiques, auto-toxiques, qui expliquent la majeure partie des névralgies.

∴

Mais l'auto-intoxication n'est pas la seule cause des névrites et de leurs douleurs. Les petites infections ignorées ou négligées sont aussi une origine fréquente de douleurs. La grippe, et son long cortège de névrites et de névralgies subséquentes, en est un exemple frappant. Dès 1900, j'ai attiré l'attention de la Société Médicale des Hôpitaux (1), sur l'importance des petites infections persistantes du nez, de la gorge et de la bouche, dans la pathogénie des névrites et des névralgies. Les rhinites, les sinusites, les amygdalites, les caries dentaires, sont leurs causes habituelles. Nul ne conteste plus aujourd'hui cette pathogénie, qui fut très discutée lors de nos premières publications.

Ici, la thérapeutique est plus simple que dans la précédente catégorie. La désinfection du naso-pharynx et de la bouche, ou de tout autre lieu infecté, assurera la permanence des premiers résultats, obtenus par l'influence calmante des eaux de La Malou. Souvent, l'infection locale est insignifiante en apparence. L'exemple le plus typique de cette insignifiance est le granulome, ou petit abcès chronique quasi-indolore de l'apex d'une dent dévitalisée. Il suffit cependant à entretenir une névralgie persistante du plexus brachial, du nerf sciatique, ou de tout autre tronc nerveux.

Ce que nous venons de dire au sujet des infections négligées du naso-pharynx et de leurs complications névritiques, pourrait être redit, au sujet des infections chroniques des organes génitaux, particulièrement chez les femmes.

(1) *Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 27 avril 1900.

En résumé, et sans entrer dans des détails faciles à prévoir, mais trop divers pour qu'on puisse les exposer ici, toutes les névralgies ou douleurs névritiques, quel qu'en soit le siège, peuvent être calmées par les eaux de La Malou, hormis le cas d'une compression ou d'une infiltration des troncs nerveux, par une tumeur invariable ou grandissante. Mais le résultat obtenu par cette action spécifique sur la douleur, n'est stable, que si l'intoxication ou l'infection, qui engendrent la névrite, sont supprimées par le traitement local ou général. Dans ces conditions, quelques cures répétées à La Malou, pendant deux ou trois années, viendront à bout des névrites les plus rebelles.

La durée de chacune de ces cures varie de trois à six semaines. On peut les répéter deux fois par an, au début et à la fin de la saison (juin et septembre).

Le traitement des prurits à La Roche-Posay

Par le Dr Léon HUET,
Chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis,
Médecin consultant à la Roche-Posay.

Le prurit, douleur spéciale appelant invinciblement le grattage, est, parmi les dermatoses, l'une des plus difficiles à traiter et à guérir.

I. *C'est une véritable névrose de la peau.*

Maints auteurs ont insisté sur le déséquilibre nerveux qui accompagne toujours les formes rebelles de démangeaisons. La suppression totale du sommeil et de l'appétit, la claustration volontaire et même les idées de suicide peuvent s'observer au cours de certains prurits frénétiques.

II. *Son origine humorale est fréquente.*

Les travaux modernes ont montré que des phénomènes de « sensibilisation » intervenaient dans la pathogénie de nombreux prurits. Ceux-ci apparaissent alors comme la résultante d'un choc anaphylactique d'origine alimentaire ou chimique.

III. *Il s'installe sur un terrain spécial.*

On ne peut nier que « le prurit assaille celui dont les centres sensitifs ont héréditairement subi de multiples excitations antérieures et sont en état d'équilibre instable » (Jacquet).

Aux prédispositions sociales et héréditaires, s'ajoutent les tares acquises du fait d'alcoolisme, d'auto-intoxication, de mauvaise hygiène, etc.

IV. *Il se complique de lésions cutanées secondaires.*

Par suite du grattage, le prurit est une cause d'aggravation de l'état local. Le malade peut présenter secondairement toute une gamme d'altérations cutanées (eczéma, lichénification) qui nécessitent un traitement adéquat.

Ces indiscutables faits cliniques imposent l'orientation thérapeutique. Ils permettent de concevoir la nécessité du changement de vie, associé à une médication générale à la fois désintoxicante, désensibilisante et neuro-sédative et à un traitement local.

Ces conditions sont réalisables dans plusieurs stations hydrominérales françaises, parmi lesquelles nous signalerons surtout *La Roche-Posay*.

Nous avons eu personnellement l'occasion de traiter avec succès de nombreux prurits généralisés ou localisés à cette station « spécialisée » dans la cure de l'« arthritisme cutané » (eczémas et prurits).

Les eaux agissent à la fois, par leurs propriétés diurétiques, lixiviantes, qui provoquent une désensibilisation progressive et par leur action calmante et analgésiante locale (en bains, pulvérisations, douches filiformes.)

Dès les premiers jours, on voit diminuer les démangeaisons, s'effacer les papules et la lichénification locales tandis qu'avec le sommeil reconquis et l'installation d'une abondante et régulière diurèse, se transforme l'état général et nerveux du malade.

Ce qui fait l'intérêt de la cure, c'est sa progressivité et la persistance de son action.

Les prurigos généralisés même de Hebra, les névrodermites, les urticaires chroniques, le strophulus sont heureusement modifiés par l'action des eaux.

Enfin les prurits périnéaux si désespérants parfois pour le malade et le médecin sont très rapidement améliorés et calmés par le traitement local (douche filiforme et bains) associé à la cure de diurèse.

A titre d'exemple nous rapportons quelques observations.

Observation I. — *Prurit périnéal.* — Mlle M., 28 ans, est atteinte d'un prurit eczématisé et lichénifié depuis quatre mois. Nervosisme intense et insomnie. Pas de lésions particulières locales. Aucune atteinte viscérale. Pas de syphilis. Constipation chronique. Abus du café. Tous les traitements antérieurs ont échoué.

Guérison complète obtenue par le traitement hydrominéral et 14 séances de douche filiforme.

II. *Strophulus.* — Jean M., 10 ans 1/2.

Depuis sa première enfance, présente des poussées de lichen simple aigu toutes les six semaines. Une gastro-entérite à 2 ans. Aucun stigmate de syphilis héréditaire, *Père urticarien*.

Cure de 25 jours par bains douches. Eau en ingestion.

Aucune poussée pendant le traitement *malgré un régime alimentaire normal*. Pas de récidives 6 mois après la fin de la cure,

III. *Prurigo de Besnier* — Jean C., 4 ans 1/2.

Prurigo eczématisé depuis la naissance ayant alterné à 2 ans et 3 ans avec des vomissements acétoniques. Pas de troubles digestifs nets, ni d'hérédo-syphilis. Nervosisme très marqué.

Amélioration de 50 % après un mois de cure. Excellent état actuel avec disparition à peu près complète du prurit huit mois après le traitement hydrominéral.

IV. *Prurigo. Asthme.*

Mme C., 47 ans.

Prurigo nodulaire des quatre membres ayant débuté il y a 4 ans et succédé à des crises d'asthme. Insomnie complète. Pas de troubles digestifs ni de syphilis. A été déjà amélioré par une précédente saison. Traitement d'une durée de 30 jours (douches, bains, eau en ingestion). Disparition à peu près complète du prurit et des papules au départ de la station. Engraissement de 2 kg. Excellent état général.

Conclusions. — Comment concevoir cette remarquable action neuro-sédative de la cure hydrominérale ? Doit-on l'expliquer par la radio-activité des eaux, leur teneur en silice ou en sélénium, par l'ion calcium qu'elles renferment, ou par l'addition de ces différents facteurs ? C'est là tout le problème scientifique, — encore non résolu.

Nous voulions seulement insister dans cet article sur l'intérêt que peut avoir le praticien à conseiller une cure à la Roche-Posay dans *tous les cas de prurits* : aigus ou chroniques, généralisés ou partiels.

ACTUALITES

L'Ordre des Médecins aux Journées médicales de Bruxelles.

Les Journées médicales de Bruxelles viennent de se terminer. Elles ont été en tous points réussies. J'avais l'honneur d'y représenter la Fédération de la Presse médicale latine et je n'ai pas manqué de dire aux organisateurs actifs et heureux de ces journées, les Drs Mayer et Beckers, combien ils pouvaient être fiers de leur œuvre, combien leurs efforts étaient remarquables et combien leur réussite était justifiée.

Cette Réunion assemblait 1.600 médecins belges et étrangers. Elle offrait à ses membres, sous la présidence du Pr Sloss, le régal d'une conférence de Gley, d'une leçon de Donati, de Egaz Moniz, de Zoeller, de Fiessinger, de Bardier, de Dustin et d'autres encore aussi connus et aussi cotés, et sur des sujets neufs qu'ils avaient spécialement étudiés.

Elle prenait ainsi l'allure d'un véritable congrès d'actualités médicales d'un intérêt toujours soutenu.

Le but poursuivi inlassablement depuis huit ans par nos confrères belges est amplement atteint et le succès pourrais-je dire, stabilisé.

Les Journées médicales aident puissamment à la vulgarisation des idées et des recherches nouvelles, elle met à la portée de tous ce qu'elles comportent de plus marquant et de plus urgent ; elles établissent un lien solide et charmant entre les chercheurs de Belgique et ceux de l'étranger.

Elles ont fait beaucoup pour la Belgique elle-même, car elles y ont développé l'intellectualité après les désastres d'une guerre qui aurait pu accroître surtout les appétits.

Dans le pays de Mœterlink, de Verhaeren, l'intellectualité, la poésie et l'idéal dominent toujours. Malgré des contacts et des contaminations faciles, la brume du Nord n'a pas terni l'éclat des conceptions et des idées. Les Belges sont les Latins du nord.

L'esprit latin les anime. Et cet esprit latin c'est ce qui donne tant de charme à la beauté des œuvres d'art, tant de douceur aux choses les plus sévères ; tant de facilité au travail, tant de simplicité aux actes de courage. J'ajouterai tant d'aménité et de franchise à l'accueil.

Et tout cela s'accorde très bien avec les réalisations pratiques et l'esprit novateur. Plantin, avec ses presses de bois et ses belles éditions de lettres ou de médecine, fut déjà un novateur. « Labore et constantia ». Van Helmont, dont j'ai retrouvé le nom sur une petite porte en un quartier désert de Bruxelles, fut aussi un novateur et un des plus hardis qui fussent.

Les Journées médicales Belges ont été pour la médecine une innovation énorme, une manière de journalisme parlé. De telles réunions ont certes plus de vie, d'intérêt aigu, de variétés, qu'un congrès. Et tous les pays l'ont compris, nous d'abord, puisque partout, certains disent un peu trop partout, nous les avons imités.

***

La dernière assemblée avait mis à l'ordre du jour une conférence du premier Ministre, sur *l'Ordre des médecins*, conférence est le mot puisque M. Jaspar était là à titre d'invité.

Et c'est une innovation intéressante encore et féconde que cet éloge d'un Ordre médical par un membre éminent de l'Ordre des avocats, surtout que cet éloge fut absolument remarquable, fait en une langue très pure, avec une élégance de forme, une variété d'intonation, une finesse, un esprit et aussi une précision dans les termes, une élévation de pensée qui furent unanimement applaudies.

Le premier Ministre rappela d'abord qu'après de longues hésitations l'Académie de médecine de Belgique s'était montrée enfin favorable à l'institution d'un Ordre des médecins. Elle en adopta le principe, et en fixa les articles dès février 1928.

La Chambre va maintenant se prononcer et voter.

Ce sera un Ordre légal analogue à celui des avocats ; il aura donc la personnalité civile et juridique. Le corps médical se sentira ainsi plus de cohésion, il prendra notion plus complète de son importance, de sa force, de sa dignité, de sa noblesse, il éprouvera plus intimement le sentiment de la coopération, de l'unité, de la durée. Et c'est là la grande, la principale raison de l'institution.

Un Ordre est par définition un organe régulateur ; des assemblées générales permettront de discuter les questions qui intéressent la vie des médecins, leurs rapports avec le public, leurs rapports avec les pouvoirs et la manière dont doivent être établis ces rapports. Un chef, un bâtonnier le présidera, digne du respect et de l'estime de tous, et élu par eux et indiscuté.

Le conseil qui entourera le bâtonnier n'aura pas un rôle seulement administratif, mais aussi, il le faut malheureusement bien, un rôle disciplinaire.

Il devra réprimer ou enrayer certains abus et ramener, quand il y aura lieu, au bercail les brebis égarées.

Le seul sentiment de profonde solidarité, la notion plus élevée de la dignité professionnelle, l'impression qu'on est vu et observé de tous et que le monde vous regarde, rendront la discipline plus facile parce qu'ils feront les incidents plus exceptionnels.

Le conseil pourra recourir à une admonestation paternelle, à une véritable réprimande, à un avertissement solennel et ces mesures suffiront le plus souvent.

La discipline prévoit aussi des sanctions plus sévères, la censure et même la radiation. Mais la radiation est chose trop grave pour qu'elle puisse être prononcée sans appel, et l'appel se fera devant la cour de justice. Elle sera entourée de garanties. Elle ne pourra être qu'exceptionnelle, si elle est formelle et définitive.

On a bien fait à ce jugement l'objection qu'il risque d'être caduc si le médecin s'entête à exercer et s'il veut encore recevoir des malades dans le secret du cabinet. Mais la justice aura parlé. L'arrêt aura été proclamé judiciairement. On voit bien qu'après un tel prononcé l'exercice de la clientèle sera bien difficile et le rendement bien précaire.

J'ai écouté cette conférence avec un intérêt croissant.



***

Les Belges nous donnent un grand exemple qui mérite d'être suivi chez nous. Peut-être sommes-nous moins disposés qu'eux à accepter de semblables mesures, cette coopération parfaite, cette sorte de tutelle et ces obligations ? Je crois pourtant que nous sommes mûrs pour prendre une décision virile.

Depuis longtemps, en France, l'Ordre des médecins est d'actualité. Une enquête assez récente d'un journal médical nous a donné une opinion générale favorable.

Les Syndicats d'abord opposés ont fait quelques objections dont la principale est que cet Ordre pénètre dans leur domaine et tend à une confusion de pouvoirs.

Mais ils n'ont pas maintenu leur opposition. Ils semblent accepter actuellement l'Ordre des médecins et ils ont raison. Ne s'occupent-ils pas, en effet, plutôt d'intérêts matériels et corporatifs et l'Ordre des médecins, dans ces conditions, peut-il faire avec eux double emploi ?

La question exige une rapide solution.

L'Ordre des médecins doit être créé en France comme il va l'être en Belgique incessamment. Il relèvera le niveau médical, la dignité, la conscience, l'honneur médical. Qui peut nier que ce relèvement est nécessaire devant les critiques croissantes et, il faut le dire, souvent justifiées, du public ?

A côté des droits du médecin, il y a des devoirs, à côté de ses intérêts matériels il y a sa personnalité morale. A côté du praticien, il y a l'homme.

Je me propose de consacrer prochainement un numéro du *Progrès Médical* à cette importante question et de la faire traiter avec tous les développements qu'elle comporte.

D'ores et déjà, je suis heureux de souligner la proposition Belge qui nous montre incontestablement la bonne voie. Dans cette voie je suis convaincu que nous devons nous y engager.

Maurice Loeper.

La transfusion du sang de l'animal à l'homme (1)

Voilà un titre et un sujet singulièrement suggestifs et qui même surprennent un peu. On est si naturellement et spontanément craintif de la chose qu'elle paraît presque une gageure. Pourtant elle est vraie et Cruchet nous le démontre.

Si l'on ouvre le livre avec un peu de scepticisme, on en parcourt déjà les premières pages avec intérêt ; à la fin on est convaincu. Il y avait déjà beaucoup d'encouragements dans les belles recherches initiatrices d'Oré, ce professeur de Bordeaux dont Cruchet nous dit les tentatives hardies et souvent heureuses. On s'étonne qu'on les ait oubliées ou voulu méconnaître, et l'on s'incline devant ce paradoxe que la transfusion de l'animal à l'homme était à l'époque moins dangereuse, plus heureuse que la transfusion interhumaine.

Le livre de Cruchet, Ragot et Caussimon contient d'autres expériences, personnelles celles-là, de transfusion de bœuf au lapin, de mouton à chien, de cheval à chien ou les réactions sont étudiées minutieusement et précisées les précautions indispensables.

Bichat, comme le remarquent les auteurs, injectait trop vite. Et c'est l'excès de vitesse ou l'injection artérielle qui serait un danger et non l'injection lente, mesurée, dans les veines.

Certes l'agglutination des hématies est constante ou quasi constante, mais chose curieuse elle ne paraît pas très nuisible Et l'hémolyse n'est pas rare *in vivo*, *in vitro* et elle ne semble pas non plus bien nocive.

Quand on se transporte sur le terrain humain, qu'on transfuse à l'homme du sang total de cheval, on obtient d'assez

(1) Par Cruchet, Ragot et Caussimon. Masson éditeur, 1928.

semblables résultats et si l'on prend les mêmes précautions on ne provoque pas d'accidents ni d'incidents sérieux.

Il existe pourtant dans le livre un cas un peu troublant, celui d'un homme atteint de fracture du crâne qui mourut peu de temps après l'injection. Mais tout en le signalant très honnêtement les auteurs ne s'y arrêtent guère car l'homme avait reçu quelques années auparavant du sérum hétérogène et l'accident est d'ordre anaphylactique et banal et toute injection eût pu être aussi nocive que celle du sang de cheval.

La première condition est, je le répète, d'aller lentement et de proportionner la vitesse au débit.

Il faut injecter de petites doses de 40 cc., les diluer au 1/3 dans du sérum physiologique et éviter la voie artérielle qui fait des accidents d'hypertension cranienne.

On comprend tout l'intérêt de telles recherches. Cruchet ne se dissimule pas que les conclusions seront discutées mais il est fort d'arguments et d'expériences probantes.

Comme il le dit fort bien, l'homme donneur, aussi dévoué et désintéressé qu'il soit, n'offre jamais autant d'avantages et de garanties que l'animal. La transfusion pour lui n'est pas un danger. Elle n'est pas un danger pour le bénéficiaire non plus. On dispose de l'animal quand on veut et aussi souvent qu'on veut. Et la syphilis n'est pas à éviter ni, quand on étudie ses animaux, la tuberculose à craindre.

Il n'y a pas de raison pour qu'on ne tente point d'utiliser le sang total des animaux immunisés pour traiter diphtérie, syphilis, tétanos, scarlatine, encéphalo-myélite même, à laquelle Cruchet a consacré de si beaux travaux. Et quelle mine inépuisable, quel réservoir d'hémothérapie serait la méthode qu'il nous propose !

Ce petit livre hardi, courageux, ardent comme un plaidoyer, précis comme un protocole d'expériences, est bien dans le caractère des Cruchet, ennemi des routines et novateur.

Il marquera sans doute une date dans l'histoire de la transfusion et il fait honneur à celui qui l'a écrit.

M. LOEPER.

Les Travaux et Mémoires de M. Pierre Marie (1)

J'ai déjà dit, à propos du premier volume tout le bien que je pensais de la publication des travaux et mémoires de M. Pierre Marie et quelle admiration je ressentais pour son œuvre qui grandit notre neurologie française.

Il est question cette fois de l'amyothrophie Charcot-Marie, dont la description anatomo-clinique précise a été faite si parfaitement dans un mémoire qui date déjà de 40 ans et qui fut d'ailleurs presque copiée par Hoffmann sous un nom différent. Il y est question aussi de l'hérédo-ataxie cérébelleuse que M. Marie étudia avec tant de soin et dont, après Friedreich il contribua si puissamment à développer la symptomatologie et l'étude anatomique. Enfin de tout ce bel ensemble de travaux sur les lacunes de désintégration dont la thèse de Ferrand donne, en 1902, une des premières études d'ensemble et qu'il faut distinguer d'autres états spécialement de la porose cérébrale qui se développe *post-mortem* et qui est due aux gaz de putréfaction cadavérique.

J'ai relu aussi la conception, si neuve à cette époque de Marie et qui redevient d'actualité aiguë, de l'étiologie infectieuse de la sclérose en plaques, la discussion sur les localisations de la capsule interne, l'étude de l'origine infectieuse et toxique de l'épilepsie, de l'étiologie, de la paralysie spinale infantile et de la sclérose latérale amyotrophique.

Ces études représentaient, à l'époque, une nouveauté, voire une découverte véritable. Elles restent exactes, définitives, tant elles étaient parfaitement et scrupuleusement conçues. Et c'est ce qui est admirable.

(1) Tome 2e, Masson éditeur, 1928.

Ce nouveau volume est digne de prendre place à côté de son aîné. Il complète cette belle anthologie des travaux de Neurologie de Pierre Marie. M. LOEPER.

A propos de clinique infantile (1)

Avec une méthode rigoureuse et dans un plan harmonieux dont les hasards heureux de la clinique facilitent le développement, le Prof. P. Nobécourt nous donne aujourd'hui une cinquième série de Leçons.

Conçues sur le même type que les maladies de la circulation, de la respiration, de la nutrition, de l'élimination, ces leçons concernent les maladies du système nerveux. Elles auront certainement le même succès que leurs aînées dont plusieurs sont épuisées.

Les affections du système nerveux de l'enfant appartiennent à deux types : elles sont congénitales ou acquises. Certaines résultent de traumatismes obstétricaux, d'infections héréditaires, de troubles de nutrition ou d'intoxication ; d'autres ressortissent à la médecine générale et sont des maladies infectieuses véritables, comme l'encéphalite, les polynévrites, les maladies à virus neurotrope, etc.

Le prof. Nobécourt en passe en revue et en étudie un certain nombre : la somnolence dans quelques affections de l'enfance, les troubles psychiques, chez les enfants, la maladie de Parkison infantile, la chorée de Sydenham, la méningite tuberculeuse des hérédosyphilitiques, la méningo-ventriculite, la paralysie infantile, etc.

Toutes ces affections sont traitées avec beaucoup de soin et de finesse. Avant de montrer les malades, de conter leur histoire, de dire les méthodes utilisées et les difficultés rencontrées le professeur Nobécourt consacre quelques pages à l'étude didactique de la maladie type pour mettre en valeur les caractères propres à certains cas spéciaux.

C'est donc un livre de pathologie et de clinique et c'est une heureuse conception que d'associer et d'affronter l'une et l'autre.

C'est encore un livre très au point ou abondent les aperçus physiologiques et les recherches savantes du Laboratoire.

Dans sa préface d'ailleurs, rappelant la parole d'Abraham Flexner, Nobécourt ne montre-t-il pas combien il est absurde de dénier le caractère scientifique à l'étude des symptômes morbides alors qu'on le réserve aux travaux de laboratoire. J'ajoute d'ailleurs que, au moins chez l'animal, le laboratoire utilise les mêmes méthodes d'observation et d'examen que la clinique.

Ch. Richet disait déjà : ceux qui opposent le laboratoire à la clinique n'ont rien compris ni à l'une ni à l'autre.

La clinique c'est en effet la science médicale appliquée à l'homme, et ce livre en est une nouvelle démonstration.

M. LOEPER.

(1) NOBÉCOURT. — Leçons de clinique des maladies des enfants : système nerveux. Masson éditeur, 1928.

BIBLIOGRAPHIE

Souvenirs parisiens de la guerre de 1870 et de la Commune, par le Dr A. GUÉNIOT, de l'Académie de médecine, 1928, 1 vol. in-16 118 pages : 10 fr. Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.)

Ce serait une erreur de croire que la guerre *mondiale*, encore si près de nous, a effacé tout l'intérêt concernant les guerres antérieures. Car par le trouble profond et les malheurs qu'elles engendrent, ces luttes sanglantes entre nations offrent toujours de graves enseignements. Ainsi en est-il de la guerre franco-allemande de 1870, comme de la *Commune* qui s'en est suivie. On trouvera dans cet ouvrage un récit impressionnant de cette époque, une des plus tragiques de notre histoire.

Autour du Sancy, par le Dr GODONNÈCHE, médecin consultant à la Bourboule, in-8, 48 p. Imprimerie Moderne, Clermont-Ferrand.

Des évocations du passé ; quelques pages médicales sur la Bourboule, des souvenirs de randonnées au pays d'Auvergne, telle est la substance de cette plaquette où le Dr Godonnèche se révèle fin lettré et parfait écrivain.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 19 LE NUMÉRO: 50 Centimes 12 MAI 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
MÉDICATION
HÉROÏQUE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE
INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21 RUE D'AUMALE . PARIS (IX°)
LEON ULLMANN GR

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de pharmacien des hôpitaux.* — Séance du 30 avril. — Epreuve d'analyse : MM. Coquoin 26 1/2, Valette 27, Malmy 20 1/2. — Epreuve pratique : MM. Malmy 14, Coquoin 15, Valette 15 1/2.

A la suite de ce concours M. Valette est nommé pharmacien des hôpitaux.

Concours de médecin de l'assistance médicale. — Consultation écrite (fin). Séance du 30 avril : MM. Wauthier 25, Morin 23.

A la suite de ce concours sont nommés : MM. Renault 58 points, Paris 57, Lévy 55, Gerson 54, Wauthier 51, Morin 50, Abonneau 50, Baldy 47.

Concours de médecin des hôpitaux. — 1re Epreuve clinique. Séance du 1er mai : MM. Turpin 18, Boulin 20, Jacquelin 19, Mouquin 19.90. — 2e Epreuve clinique. Séance du 4 mai : MM. Carrié 20, Coste 20, Nicaud 20, Boulin 20, Mouquin 20. Les autres candidats se sont retirés.

A la suite de ce concours sont nommés médecins des hôpitaux MM. les Drs Nicaud, Boulin et Mouquin.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve clinique. Séance du 3 mai : MM. Huet 19, Bloch (René) 13, Bernard 13.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Composition du Jury : MM. les Drs Chirondel, Pitsch, Rodier, Chompret, Lemerle, Fiessinger et Brochot.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Composition du Jury : MM. les Drs Guilbert, Bourguignon, Cottenot, Haret, Touraine, Desmarest, Labey.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 7 mai. — M. POMPANON. Etude sur quatre cas de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — M. VERBOUD. Luxations pathologiques de la hanche au cours de la coxalgie. M. TRAN-NHU-LAN. Etude radiologique de l'estomac normal chez l'adulte.

8 mai. — M. DELPECH. Contribution à l'étude des hémoptysies bronchectasiques. — M. BOUYSSOU. Voies d'entrée dans la démence. — M. CAZIN. Le phénomène de Marcus Gum, mâchoire à clignement. — M. GLÜCK. Cure radicale ambulatoire des hémorroïdes. — M. PICHAT. La thérapeutique chirurgicale du mégacôlon sigmoïde. — M. CONTHE. Sur un cas de sous-maxillite post-opératoire.

9 mai. — Thèses vétérinaires. — M. JOURNÉ. Les formes de la fièvre aphteuse.

10 mai. — M. FRANCIONI. Etude sur l'encéphalite parkinsonienne. M. HAMBOURG. Contribution à l'étude du saturnisme. — Mlle GINGEE. Les embolies artérielles. — Thèses vétérinaires. M. DENGREVILLE. La méthode de Bier en médecine vétérinaire.

Guerre. — Sont réintégrés dans les cadres les officiers de réserve rayés des cadres dont les noms suivent :

Avec le grade de médecin capitaine. — MM. LANCE (G. M. P.), BESNIER (10e région), VARENNE, préfet de l'Ain (14e région), BOUDEY (17e région), LALAGUE (18e région).

Avec le grade de médecin lieutenant. — M. A.-P. IMBERT (15e région).

La Société des Eaux minérales de Châtel-Guyon nous informe que la saison thermale est ouverte, à Châtel-Guyon, depuis le 1er mai dernier. L'établissement Henry, établissement de 2e classe, ainsi que les Grands Thermes, établissement de première classe, qui n'ouvriront que le 1er juin, viennent d'être perfectionnés selon les exigences de la technique hydrothérapique la plus moderne. Tous leurs services sont prêts à fonctionner à plein rendement, ainsi que les Buvettes du Parc, aux gracieux noms féminins : Germaine, Louise, Marguerite, Yvonne.

Clinique oto-rino-laryngologique. — Cours de perfectionnement du Professeur PORTMANN, avec la collaboration de MM. les professeurs DUPÉRIÉ, LEURET, PETGES, RÉCHOU et TEULIÈRES, de MM. les professeurs agrégés AUBERTIN, PAPIN et JEANNENEY, et de M. le Dr DESPONS, chef de clinique, du lundi 9 juillet au samedi 21 juillet 1928. — Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Conférence de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé. — Les deux Conférences d'intérêt général restant prévues au programme de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé pour l'année 1927-1928 seront faites à la Sorbonne dans les conditions suivantes :

1° Dimanche 20 mai, à 9 heures 30, par M. le dentiste militaire de réserve Georges VILLAIN : Le service dentaire dans l'armée mobilisée, son importance dans la récupération des effectifs, ses répercussions administratives et budgétaires.

2° Dimanche 17 juin 1928, à 9 heures 30, par M. le médecin lieutenant-colonel SCHICKELE : Equipement du Service de santé d'un front d'armée.

Un médecin lauréat du Prix de la Renaissance. — Le prix a été attribué, au premier tour de scrutin, à M. Luc Durtain, pour ses deux romans : *40e Etage* et *Hollywood dépassé*.

M. Luc Durtain, pseudonyme du docteur Nepveu, est né à Paris, en 1881. Il mena de pair les études littéraires et scientifiques et débuta, en 1906, par un recueil d'essais : *L'Etape nécessaire.* Il publia ensuite un volume de poésies : *Pégase*, et rapporta d'un voyage au Spitzberg le poème de *Kong-Harald*. Médecin-major sur le front pendant la guerre, ce fut dans une « cagna » qu'il écrivit un premier chapitre de son roman. 1.200.000, qu'il ne devait publier qu'en 1922. Il y contait l'histoire d'un ouvrier, gagnant d'un gros lot, à qui cet heureux hasard permet de connaître, après mille péripéties, la valeur de l'argent et celle du travail.

Après avoir fixé ses souvenirs de guerre dans le poème de *Lise*,

et dans *Le Retour des hommes*, il donne plusieurs romans : *La Source rouge*, en 1924, et, deux années plus tard, *Ma Kimbelle*, roman sportif, qui nous promène en motocyclette à travers les Alpes et la Riviera.

Grand voyageur, M. Luc Durtain a parcouru la Scandinavie, La Finlande, le Levant, l'Egypte, les États-Unis et le Canada. Il brossa, dans 40e *Etage*, un tableau aux vives couleurs des mœurs américaines sur la côte du Pacifique. Dans *Hollywood dépassé*, il évoqua les dramatiques aventures de deux bootleggers, trafiquants d'alcool, aux prises avec la police dans la capitale du pétrole et du cinéma. M. Luc Durtain visita encore la Russie. Il vient de rentrer d'une tournée de conférences dans 16 Universités et alliances françaises de l'Est américain : Harvard, Princeton, Montréal, Nouvelle-Orléans, etc.

M. Luc Durtain appartient à cette jeune génération d'écrivains qui se sont efforcés de saisir, dans une vision d'ensemble, les différents aspects du monde et de capter le mouvement intense qui caractérise la vie trépidante de notre époque. Son style rapide, ramassé, direct, reflète ces préoccupations et marque chacune de ses œuvres d'une empreinte originale. (*Le Figaro*.)

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux a procédé à la présentation des candidats à la chaire de Clinique d'accouchement.

M. Andérodias a été présenté en première ligne.

M. Pery en seconde ligne.

Tombola du IXe salon des médecins. — Le dimanche 29 avril dernier, à 4 heures de l'après-midi, a été tirée, au Salon des médecins au Cercle de la librairie, sous la présidence de M. le Dr Siredey, la Tombola organisée au profit de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins.

Quatre roues Fichet animées par les mains innocentes de quatre charmantes jeunes filles : Mlle Ninon Marcel Labbé, Mlle Margain, Mlles Veillard, représentaient en l'espèce la fortune dispensatrice d'une soixantaine de lots d'autant plus précieux qu'ils étaient constitués par autant d'œuvres de confrères artistes en ayant fait généreusement don.

A cette aimable fête de famille assistaient nombre de gracieuses femmes, au premier rang desquelles il nous faut citer les dames patronesses de l'œuvre qui pendant la durée du Salon se sont transmuées en autant de vendeuses de billets, aussi persévérantes que perspicaces : Mesdames Jayle, Marcel-Labbé, Margain, Thoinot, Veillard, qu'entouraient de nombreuses femmes et filles de Confrères. Parmi ceux-ci, venus également très nombreux, nous avons reconnu avec plaisir ; M. le Professeur Hayem, Président du Salon des Médecins, MM. les Professeurs Grimbert et Tassilly ; nos aimables confrères Wattelet le si dévoué secrétaire généra de l'œuvre ; Antoine, Foveau de Courmelles, Kolb, Péraire, etc.

Quand la roue de la fortune eut enfin accompli ses soixante et quelques tours, M. le Dr Siredey, en quelques mots pleins de cœur et de bonhomie, remercia tous ceux qui avaient collaboré à la réussite de cette tombola dont l'actif dépasse 9.000 fr. à savoir ; d'abord les dames patronesses, l Secrétaire géneral de l'Œuvre et enfin le Dr Paul Rabier, l'organisateur du Salon qui s'était chargé du recrutement et de l'installation des lots.

Ci-dessous la liste des numéros gagnants : 38, 94, 137, 185, 187, 189, 197, 203, 298, 343, 373, 385, 398, 461, 491, 500, 504, 551, 6?0, 638, 724, 727, 846. 878, 879, 910, 951, 1007, 10?9, 1038, 1064, 1156, 1204, 1208, 1328, 1341, 1345, 1359, 1435, 1474, 1500, 1538, 1561, 1571, 1580, 1584, 1628, 1679, 1682. 694, 1708, 1719, 1724, 1823, 1872, 1882, 1915, 1930, 1938, 2010, 2037.

Les heureux gagnants sont priés pour retirer leurs lots de s'adresser au Dr Abel WATELET, 21, rue Violet, (Paris XVe.)

Dijon. — Par arrêté ministériel du 26 mars dernier. M. le Dr KÜHN, chargé de cours, a été nommé professeur titulaire d'anatomie pathologique à l'école de médecine de Dijon.

Nécrologie. — Dr A. CABANÈS. — Dr Paul TRICARD, ancien médecin de la marine, le seul médecin des Iles Ouessant et Molène, qui s'était grièvement blessé il y a quelques semaines en tombant par une nuit de tempête, du haut d'une falaise alors qu'il revenait de voir un malade, a succombé. Les pêcheurs des deux îles ont chômé en signe de deuil et ont tous assisté aux obsèques. La municipalité a décidé de lui élever un monument. — Dr Aimé DAT 18, Chaussée-d'Antin, décédé à Villiers-sur-Marne. — Dr Henry SERIN, 38, rue des Moines, décédé à l'âge de 49 ans

TRAVAUX ORIGINAUX

La mesure physique du potentiel des surrénales et de la thyroïde dans la tuberculose pulmonaire,

Par le Prof. PIETRO MARIA FRANCO
de la première clinique médicale de l'Université royale de Naples.

Lors du Congrès de la tuberculose, qui eut lieu en Italie au mois d'octobre écoulé, on a beaucoup discuté du rôle de la constitution dans la tuberculose et, dans le même ordre d'idées des facteurs endocriniens.

Nous ne possédons pas encore d'étude complète sur le rôle de toutes les glandes endocrines dans la tuberculose du poumon ; l'étude de chaque sécrétion endocrine et les études des corrélations entre ces glandes endocrines sont longues, vastes et difficiles. Les conclusions ne pourront être définitives avant l'achèvement de toutes ces recherches.

En m'adressant au médecin praticien qui veut avoir une vue d'ensemble sur les idées modernes concernant la fonction des glandes endocrines dans la tuberculose, je résumerai en quelques lignes mes recherches sur les surrénales et sur la thyroïde.

La mesure physique du potentiel des surrénales.

Pour étudier les syndromes surrénaux, mesurer leur intensité, établir leurs relations avec les altérations des surrénales et avec les divers stades de la tuberculose du poumon, j'ai cherché à mesurer la capacité potentielle des surrénales par une nouvelle méthode, dans les différents stades de la tuberculose du poumon et dans la prétuberculose, en soumettant les surrénales à une stimulation et à un effort (*Folia medica*, 1925, n° 9).

En 1925 déjà, Landolfi, se basant sur les recherches générales de De Giovani, de Castellino, de Viola et de Pende, avait proposé de mesurer le potentiel des organes endocriniens pour l'étude du pronostic de la tuberculose pulmonaire.

En étudiant la pression artérielle dans l'actinothérapie (l'*Actinotherapia*, 1925, n° 1) sur quelques patients soumis à l'irradiation des régions surrénales pour néoplasmes malins de l'abdomen et du rachis, j'avais pu constater que les radiations qui tombaient sur les capsules surrénales provoquaient chez elles une stimulation avec sécrétion d'adrénaline et que cette sécrétion d'adrénaline était fonction de la force et de la durée de l'irradiation. C'est de ces observations que m'est venue l'idée d'une méthode de mesure physique du potentiel de la surrénale.

Puisque les rayons de Rœntgen à des doses favorables stimulent l'activité glandulaire des tissus et puisque l'activité de la glande irradiée est toujours en rapport avec ses conditions physiopathologiques propres, j'ai supposé que les radiations qui tombent sur les capsules surrénales du tuberculeux provoquent dans la glande une sécrétion d'adrénaline qui, étudiée dans ses efforts et dosée dans le sang et les urines, peut représenter une mesure de capacité de réaction, et pourrait traduire ainsi un épuisement de la surrénale ou une insuffisance surrénale plus ou moins accusée ou progressive.

Après de très nombreuses recherches, j'ai constaté qu'un petit nombre de courtes irradiations suffisait pour mes recherches. Les irradiations fortes et répétées aboutissent à la nécrose de la glande. Les irradiations sont faites tous les deux jours en donnant sur les surrénales le 10 % de la D. E. pour chaque irradiation, et peuvent déterminer dans les surrénales une activation de la sécrétion. La recherche des effets produits par cette activation de la sécrétion d'adrénaline, qu'elle soit toujours la même ou qu'elle diminue avec le nombre des irradiations, la recherche et le dosage de l'adrénaline dans le sang et dans les urines, formaient la base de mes recherches.

La mesure physique du potentiel de la thyroïde dans ses rapports avec la mesure du potentiel des surrénales.

En continuant mes recherches, je suis passé à la mesure du potentiel de la thyroïde dans la tuberculose pulmonaire et j'ai mis ces nouveaux résultats en rapport avec les résultats précédents concernant les surrénales (*Archivio di radiologia*, 1927, fasc. I-IV).

La mesure du potentiel de la thyroïde repose sur les mêmes principes, mais la sensibilité de la thyroïde aux rayons de Rœntgen est plus grande que la sensibilité des surrénales aux mêmes rayons. La mesure de cette force et de cette réserve de la sécrétion thyroïdienne dans ses rapports avec la capacité potentielle des surrénales représente le but de mes recherches.

Je mesure la capacité sécrétoire en appliquant sur la thyroïde le 5 % et sur les surrénales les 10 % de la D. E. pour chaque irradiation. Les irradiations tombent trois fois sur la thyroïde et trois fois sur les surrénales à jours alternés ; j'étudie les effets de l'irradiation surrénale par le dosage de la sécrétion d'adrénaline qui est ou abondante ou faible, qui reste la même ou diminue avec le nombre des irradiations, dosage fait dans le sang et dans les urines ; j'étudie d'autre part les effets des irradiations de la thyroïde en analysant leurs conséquences sur le métabolisme azoté et minéral, sur l'appareil cardio-vasculaire, sur le système nerveux-végétatif et sur le sang.

Etude de la fonction et étude de la capacité potentielle ou fonctionnelle des glandes.

Les recherches de laboratoire qui concernent actuellement la thyroïde et les surrénales *étudient seulement la fonction de ces glandes*.

Je rappelle quelques-unes de ces recherches : 1° *pour la thyroïde* : a) étude du métabolisme ; b) examen de la pression artérielle ; c) examen du sang.

2° *pour les surrénales*, le dosage de l'adrénaline dans le sang et dans les urines.

Les méthodes proposées en ces dernières années par MM. Ascol et A. Gaginoli et par R. F. Leone étudient toujours *la fonction* des glandes endocrines.

Ma méthode, par contre, mesure la *capacité potentielle de la thyroïde et des surrénales*. En étudiant ainsi l'état potentiel des surrénales et l'état de la thyroïde par les irradiations et la fatigue, j'ai pu définir plusieurs états de la thyroïde et de la surrénale dans la tuberculose du poumon. L'étude de ces états, par l'intermédiaire de la stimulation et de la fatigue représente l'étude de la capacité potentielle de ces glandes.

La base de la méthode repose sur la loi de Arnolt-Schultin ; les agents qui agissent sur les cellules, à petites doses excitent, à doses moyennes paralysent et à fortes doses détruisent la vitalité cellulaire.

L'analyse attentive de ces états montre qu'il n'y a pas dans mes observations les divergences signalées par les différents auteurs qui se sont occupés du métabolisme dans la tuberculose pulmonaire.

Mes recherches ont porté sur différents types de malades, chez lesquels un substratum endocrinien spécial provoque un métabolisme spécial. Chaque type étudié possède un métabolisme caractéristique, très important pour établir le pronostic et conduire le traitement.

Les désaccords des autres chercheurs tiennent au fait que leurs études ont été conduites sans distinction d'espèces. On a cru ainsi que dans la tuberculose du poumon il existe toujours un métabolisme exagéré. Depuis quelque temps des études de contrôle on fait douter de cette accélération du métabolisme.

Je crois que les désaccords doivent cesser si l'on étudie soigneusement les rapports du système thyréo-surréna-

lien. Mes recherches démontrent que chaque tuberculeux possède un métabolisme particulier qui est en rapport avec sa thyroïde, et démontrent en outre que l'action de cette thyroïde est en rapport avec l'action des surrénales.

Le métabolisme basal.

Puisque le métabolisme basal est actuellement en vogue dans l'étude de la fonction de la thyroïde, plusieurs auteurs m'ont demandé pourquoi je ne me suis point servi de ce moyen d'investigation dans mes recherches.

Je suis de ceux qui pensent que quand il existe des modifications de la structure pulmonaire — et c'est comme si l'on parlait de la *surface respiratoire* — la recherche du métabolisme basal doit être acceptée *cum grano salis*.

Il est vrai qu'on prétend diminuer la surface respiratoire en mettant un corset au sujet qui a des poumons sains. Ici, dans ces conditions la surface respiratoire est *forcée* et *non diminuée*. En laissant la surface respiratoire telle quelle, il faut agir de façon que le métabolisme de l'air de ventilation soit moindre parce qu'on empêche artificiellement l'expansion respiratoire. Et le nombre augmenté des mouvements respiratoires remplace facilement le défaut de ventilation.

Dans la tuberculose pulmonaire, il se produit dans les poumons des troubles dynamiques, fonctionnels et trophiques. Qui peut nous assurer que dans le poumon qui est le siège de ces troubles le défaut éventuel du métabolisme basal dépend du défaut de l'organe excréteur, le poumon, et ne dépend pas du métabolisme dû à la thyroïde ?

Qui donc étudierait le métabolisme azoté, par l'intermédiaire des protéines en examinant les urines quand le rein est malade ?

Peut-on faire la recherche de la fonction rénale chez les néphrétiques en se basant uniquement sur le bilan des excrétions, sans faire des recherches sur le métabolisme sanguin ?

Dans le métabolisme basal, il n'est pas possible de faire autre chose que de relever l'élimination gazeuse du poumon. Or, si je ne me trompe pas, nous ne le pourrons pas, sur la base de ces *excrétions* qui sont données par un organe excréteur et *dont la valeur nous est inconnue* (et je crois que personne n'a trouvé le moyen de connaître et d'interpréter cette valeur). Comment puis-je savoir si la capacité respiratoire anatomique est diminuée, et de combien, dans un poumon clair ou sombre, aux rayons de Röntgen, avec ou sans encombrement exsudatif dans son système tubulaire et comment peut-on garantir que ce qu'on me dit de cette capacité respiratoire soit vraiment fixe, c'est-à-dire ne changera pas d'un moment à l'autre à la suite de la quantité de sang qui envahit ce tissu enflammé qui est le siège de la granulo-nécrose tuberculeuse ?

Et de quelle façon peut-on déduire le vrai état de condensation pulmonaire et la possibilité d'entretenir l'échange des gaz, de la symptomatologie physique et fonctionnelle, des reperta radiologiques, et du *débit respiratoire* déduit du masque même de Pech et d'autres recherches (spymétriques, pneumovolumétriques, et pneumomanométriques).

Voilà l'inconnue fondamentale de ces recherches.

Dans la tuberculose pulmonaire, fébrile, on étudie le métabolisme basal de la fièvre et non pas le métabolisme basal de la tuberculose.

Dans la tuberculose pulmonaire, le type et la régularité de la respiration sont toujours altérés. Pour déterminer le métabolisme basal, la régularité de la respiration est le coefficient indispensable pour une détermination exacte, puisqu'il faut être sûr que l'air expiré — sur lequel l'analyse doit se baser — soit air de ventilation et non air résiduel.

Conclusions.

La mesure physique du potentiel de la thyroïde en relation avec l'étude du potentiel des surrénales, dans la tuberculose pulmonaire démontre :

I. Que, dans la *prétuberculose*, une thyroïde saine ou ralentie s'associe à des surrénales saines ou réfractaires à la stimulation ; une thyroïde saine ou réfractaire à la stimulation s'associe à des surrénales saines et peu réfractaires à la stimulation ; une thyroïde pauvre avec réaction uniforme s'associe à des surrénales saines et peu réfractaires à la stimulation ; une thyroïde pauvre et réfractaire à la stimulation s'associe à des surrénales saines, ayant une réaction uniforme ; une thyroïde saine avec réaction uniforme s'associe à des surrénales saines ayant une réaction faible.

II. Que dans la *tuberculose au début* une thyroïde saine avec réaction faible s'associe avec des surrénales réfractaires à la stimulation ; une thyroïde saine et peu réfractaire à la stimulation s'associe à des surrénales à réaction uniforme et faible ; une thyroïde saine et réfractaire à la stimulation s'associe à des surrénales peu réfractaires à la stimulation ; une thyroïde saine avec réaction croissante s'associe à des surrénales à réaction décroissantes ; une thyroïde saine à réaction croissante s'associe à des surrénales réfractaires.

III. Que dans la tuberculose en évolution une thyroïde saine et à réaction uniforme s'accompagne de surrénales faibles et fatiguées et une thyroïde saine à réaction inégale s'associe à des surrénales à bonne réaction, *dans la forme torpide* ; et une thyroïde saine et à bonne réaction s'associe à des surrénales fatiguées et à réaction faible : une thyroïde saine, qui donne des signes de petite fatigue, s'associe à des surrénales fatiguées qui donnent des signes de réaction uniforme, *dans la forme évolutive*.

IV. Que dans la phtisie une thyroïde qui sécrète beaucoup s'associe à des surrénales pauvres et infécondes, et une thyroïde qui sécrète peu s'associe à des surrénales gravement insuffisantes.

Le chemin que j'ai suivi ouvre donc un nouveau champ de recherches et c'est sur les sources mêmes, sur les usines mêmes encore mystérieuses de la vie que nous essayons et cherchons.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le mal de Pott de l'adulte,

Ch. CLAVELIN.
Médecin-major de 1re classe
Chirurgien des hôpitaux militaires
Professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

II

Variétés anatomiques. — Diagnostic différentiel. — Les spondyloses tuberculeuses.

Variétés anatomiques.

Le mal de Pott ayant une allure différente suivant la région du rachis atteinte, il est indispensable d'étudier ses diverses localisations et les aspects particuliers qu'elles présenteront.

Tandis que chez l'enfant, la tuberculose frappe surtout la colonne dorsale et les vertèbres cevicales, où lombaires voisines de cette partie du rachis, chez l'adulte au contraire, dans les deux tiers des cas, c'est la région lombaire qui sera atteinte.

Pour les enfants de 3 à 17 ans, Ménard donne les chiffres suivants : sur 184 maux de Pott il a observé : 3 sous-occipitaux, 7 cervicaux purs, 34 cervicaux-dorsaux, 29 dorsaux moyens, 55 dorso-lombaires, 42 lombaires, 14 maux de Pott à foyers multiples.

Chez l'adulte, nous avons constaté sur 84 malades : 3 sous-occipitaux et cervicaux purs : 18 dorsaux moyens, 9 dorso-lombaires, 51 lombaires : 3 à foyers multiples.

Le mal de Pott de l'adulte est donc surtout un mal de Pott lombaire.

Mal de Pott sous-occipital.

Cette localisation est chez l'adulte très rare, mais aussi très grave. Les lésions portent sur les articulations occipito atloïdo-axoïdiennes et sur les masses latérales de l'atlas. Il en résulte une inclinaison antérieure de l'atlas sur l'axis par glissement en avant, et une inclinaison latérale de l'atlas sur l axis par tassement d'une masse latérale de l'atlas atteinte d'ostéïte.

Au point de vue clinique, il est bon de signaler la précocité de la contracture qui, dans certains cas, a même précédé les douleurs : elle porte en particulier sur les mouvements de rotation de la tête et de flexion de la tête en avant. L'attitude du malade atteint de mal de Pott sous-occipital est bien connue : la tête rigide, souvent un peu inclinée latéralement, donne au sujet l'air figé, guindé, et pour regarder de côté, il laisse la tête immobile, ses yeux se dévient et il se tourne tout d'une pièce.

Localement, on trouvera la fossette de la nuque comblée par une tuméfaction mal limitée, située au-dessous de l'occipital, et la pression dans la fossette de la nuque ou au niveau d'une apophyse transverse sera douloureuse.

Les abcès vont se développer le plus souvent en avant, véritables abcès rétro-pharyngiens, qui venant soulever la paroi postérieure du pharynx, peuvent occasionner des troubles de déglutition ou de respiration.

Plus rare sera l'abcès postérieur évoluant à la nuque sur les parties latérales ou sur les parties médianes.

La radiographie devra être faite face et profil, et pour le cliché de face, il est indispensable d'adopter une position spéciale, la bouche du malade étant ouverte, le cliché permettra de voir les masses latérales de l'atlas et les articulations atloïdo-axoïdiennes invisibles sur le cliché de profil, du fait de l'obliquité de leurs interlignes.

Le pronostic très grave de cette localisation vient du voisinage du bulbe qui peut être comprimé progressivement par un abcès intrarachidien ou par un glissement progressif de l'atlas sur l'axis, ou brusquement en cas de luxation pathologique ; il vient aussi des dangers de fistulisation et d'infection secondaire des abcès rétro-pharyngiens.

Mal de Pott cervical.

Il vaudrait mieux dire cervico-dorsal, comprenant sous ce terme les vertèbres cervicales à partir de la troisième et les trois premières vertèbres dorsales qui, en raison des insertions du muscle long du cou, se comportent, vis-à-vis des abcès, comme les vertèbres cervicales.

Cette localisation est assez rare chez l'adulte.

Les déformations seront minimes, c'est un redressement plus ou moins accentué de la concavité normale de ce segment que l'on observera ; il sera rare d'oserver un recul, une saillie d'une apophyse épineuse, car les apophyses épineuses cervicales, peu volumineuses jusqu'à la sixième, restent cachées sous les muscles de la nuque en état de contracture.

La contracture sera marquée par la perte de certains mouvements, la flexion de la tête en avant qui se passe surtout au niveau de l'articulation sous-occipitale sera en partie conservée, tandis que l'extension et l'inclinaison latérale du cou seront abolies.

Les abcès, vont à ce niveau, trouver des voies de cheminement faciles. Ils fuseront le long du muscle long du cou, étant dans l'espace rétro-viscéral et n'ayant pas de tendance à s'ouvrir dans le pharynx ou l'œsophage : ils pourront suivre un trajet ascendant lorsqu'il s'agira d'une localisation sur la deuxième ou troisième vertèbre dorsale.

Dans d'autres cas, fusant latéralement, l'abcès suit la gaine des scalènes et descend dans le creux sus-claviculaire, derrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien pouvant venir comprimer le plexus brachial comme nous en avons observe un cas.

Les paraplégies seront rares; aussi bien dans le mal de Pott sous-occipital que dans le mal de Pott cervical, en raison des facilités que les abcès ont pour fuser au loin, et nous n'en avons observé qu'à la période ultime de l'évolution, précédant de peu la mort du malade.

Mal de Pott dorsal moyen.

Sous ce terme nous comprenons les localisations frappant la colonne dorsale de la IVe à la XIe dorsale; les trois premières dorsales étant rattachées à la colonne cervicale et la XIIe se comportant comme une véritable vertèbre lombaire. Comme fréquence, nous avons observé cette localisation dans le quart des cas exactement. La physionomie particulière du mal de Pott dorsal sera de présenter en général le maximum de déformation et de signes nerveux avec une absence presque constante d'abcès ossifluents cliniquement appréciables.

La gibbosité existe dans la plupart des cas : Elle présente les caractères classiques de la cyphose pottique, elle est postérieure, médiane et angulaire, et la pression à son niveau est douloureuse.

Mais cette gibbosité sera toujours discrète, parfois même elle ne sera qu'ébauchée par la saillie anormale d'une apophyse épineuse ; mais si accentuée qu'elle soit, elle n'atteindra jamais les dimensions observées dans le jeune âge et ne s'accompagnera pas de déformations thoraciques.

Les abcès sont fréquents dans le mal Pott dorsal (12 sur 20 malades) mais leur migration est beaucoup moins aisée qu'aux autres segments du rachis. Nous avons observé un abcès à la partie postérieure de l'espace intercostal venant pointer sous les téguments de la région interscapulo-vertébrale : d'autres abcès viendront se montrer au-dessous des dernières côtes dans le triangle de Grynfeldt.

Mais ces migrations restent exceptionnelles, l'abcès resté dans la très grande majorité des cas juxta-vertébral est inaccessible à l'exploration clinique.

C'est la radiographie qui décélera l'existence de ces abcès qui sur le cliché apparaîtront, soit sous la forme de nids de pigeon de chaque côté du rachis, soit de longs fuseaux dont le renflement maximum est au niveau du foyer pottique, mais qui s'étendent souvent très loin vers le haut et vers le bas.

Cette difficulté de migration des abcès au rachis dorsal explique la fréquence avec laquelle ces abcès juxta-vertébraux vont s'accompagner d'abcès intra-rachidiens.

Tel est le motif de l'intensité des troubles nerveux que l'on observe dans ces localisations. La simple exagération des réflexes, qui peut-être accompagnée de trépidation épileptoïde et de clonus de la rotule, s'observe dans tous ces cas et la paraplégie est une complication fréquente, que nous avons observée chez neuf malades sur les vingt que nous avons traités pour mal de Pott dorsal.

Mal de Pott lombaire.

Cette localisation est de beaucoup la plus fréquente chez l'adulte ; en y faisant rentrer les maux de Pott dorsolombaires, nous la trouvons dans les deux tiers des cas au minimum, et sa caractéristique sera son insidiosité et la fréquence extrême des abcès.

Insistons encore sur la fréquence, au début, des douleurs à type sciatique uni ou bi-latérale. Plus du quart des maux de Pott lombaires siègent sur L. 4, L. 5 et l'articulation lombo-sacrée, et l'on peut poser en principe que chez l'adulte, toute sciatique rebelle exige un examen du rachis ; examen minutieux, clinique et radiographique portant plus spécialement sur le segment inférieur de la colonne lombaire.

A ce niveau, la déformation est peu apparente, pas de cyphose, parfois une légère scoliose due à un effondrement latéral, souvent un recul d'une apophyse épineuse, douloureuse à la pression, ou, au niveau de la cinquième lombaire, un comblement de la dépression qui existe normalement entre L. 4 et le sacrum.

La contracture musculaire, manifeste dans les formes lombaires hautes, est souvent plus discrète dans les formes basses, lombo-sacrées entre autres.

Ce qui caractérise cette variété du mal de Pott est la fréquence des abcès : sur 6) maux de Pott dorso-lombaires et lombaires, 45 ont présenté des abcès cliniquement appréciables.

Dans les trois quarts des cas environ, il s'agit d'abcès iliaques fusant le long des vaisseaux, sus-aponévrotiques et s'arrêtant à l'arcade crurale, ou sous-aponévrotiques dans la gaine du psoas, aboutissant dans le triangle de Scarpa en venant constituer des abcès en bissac. Parfois même l'abcès traver.e le plan des adducteurs au niveau d'un trajet vasculaire, et, venant apparaître à la face postérieure de la cuisse, il pourra fuser jusqu'au niveau du creux poplité comme nous en avons observé un cas.

Au point de vue diagnostic, il est important de signaler la fréquence de ces abcès sous-aponévrotiques qui vont, très précocement, donner naissance à une contracture du psoas, véritable psoïtis, dont la position vicieuse pourra, à première vue, prêter à confusion.

Le diagnostic de ces abcès pourra être fait d'une façon précise, avant qu'ils ne soient perceptibles à la palpation en recherchant la perte de l'hyperextension de la cuisse. Pour cela le malade étant couché à plat ventre on applique d'une main le bassin sur le lit et de l'autre on saisit la jambe et on porte la cuisse en hyperextension : si l'on sent une résistance, si le bassin est entraîné rapidement, il faut craindre un abcès au début.

A côté de ces abcès iliaques, parfois bilatéraux, existent chez l'adulte dans une proportion de 25 % des cas environ, des abcès lombaires.

Tantôt apparaissant au niveau du triangle de Grynfeldt ; tantôt au-dessus de la crète iliaque, triangle de J.-L. Petit, ces abcès lombaires sont de moindre volume que les collections iliaques, mais trouvant moins d'espace pour s'accroître, ils auront plus tendance à fistuliser.

Un abcès lombaire peut coexister avec un abcès iliaque du côté opposé, ou du même côté, poche lombaire et poche iliaque peuvent communiquer, et en ponctionnant un abcès, on peut vider l'autre.

A côté de ces abcès si fréquents, si graves au point de vue de l'évolution du mal de Pott lombaire, les lésions nerveuses sont réduites au minimum. Nous avons insisté sur la fréquence des troubles radiculaires, des douleurs sciatiques, mais il sera tout à fait exceptionnel d'observer des paraplégies par compression radiculaire au niveau de la queue de cheval.

Nous n'en avons obsereé qu'un seul cas chez un mal de Pott lombaire intéressant les 3e, 4e et 5e L. et Madame Sorrel n'en a observé que deux cas sur les centaines de malades examinés à Berck.

Maux de Pott sacrés.

Ces localisations, très rares, véritables ostéïtes tuberculeuses du sacrum, ne s'accompagne évidemment ni de déformation, ni de troubles nerveux.

Les abcès nés au dépens de la face antérieure du sacrum évoluent, soit vers la grande échancrure sciatique, soit en perforant le plancher du petit bassin vers l'espace pelvi-rectal supérieur.

Diagnostic différentiel.

Le mal de Pott de l'adulte, du fait de sa symptomatologie fruste et variable, pourra prêter à confusion avec un grand nombre d'autres affections que nous avons déjà envisagées chemin faisant.

Il est cependant bon d'insister encore sur le diagnostic différentiel avec d'autres lésions du rachis et avec les affections qui, sans porter sur la colonne vertébrale, peuvent par leur allure ou leurs complications, prêter à confusion.

« Les faux maux de Pott » (1).

S'il arrive fréquemment que du fait de sa latence de symptomatologie fruste un mal de Pott ne soit pas diagnostiqué, il peut arriver dans d'autres cas que certains symptômes fassent porter le diagnostic de mal de Pott chez un malade ayant toute autre chose qu'une tuberculose vertébrale.

Ce sont ces lésions que l'on peut, avec Bufnoir, ranger dans la catégorie des faux maux de Pott, en ayant bien soin de préciser avec lui que ce terme n'a pour but que de faciliter l'exposé du diagnostic différentiel. En réalité, il y a de vrais maux de Pott et des affections qui, tout en présentant quelques signes analogues, en sont fort différentes par leur symptomatologie complète, clinique et radiographique, par leur nature et leur évolution.

Ce sont ces affections que nous allons passer rapidement en revue.

Déformations rachitiques. — Certains adolescents présentent une cyphose dorsale acccentuée, un dos rond. Mais l'examen précis montre une gibbosité à grande courbure avec voussure des côtes plus ou moins accusée, mais ce n'est pas la gibbosité dorsale, médiane et angulaire que l'on trouve dans le mal de Pott dorsal.

Ces déformations s'observent en général chez des malades qui en pleine période de croissance ont été soumis à des travaux pénibles surchargeant la colonne vertébrale.

D'autres fois nous avons constaté leur coexistence avec des déformations du côté d'une articulation coxo-fémorale, séquelles d'ostéochrondrite ou coxa vara de l'adolescence.

Si l'examen clinique attentif écarte déjà l'idée du mal de Pott, la radiographie, en montrant des lésions très différentes, achèvera de fixer les diagnostic Les disques intervertébraux sont intacts, les corps vertébraux sont à bords nets, de densité homogène, mais quelques vertèbres sont cunéiformes à petite base antérieure. Précisons une fois de plus la nécessité d'avoir un cliché de profil, qui seul donnera les précisions ci-dessus, car sur le cliché de face, du fait de la forme des vertèbres, les espaces intervertébraux paraissent effacés.

A côté de ces déformations citons pour mémoire et sans insister la scoliose essentielle des adolescents qui avec un aspect particulier, sa bosse latérale costale et non médiane rachidienne, ne permet pas, même cliniquement, la confusion.

Douleurs de croissance. — Dans d'autres cas étudiés en particulier par Rœderer et Bufnoir, ce sont des douleurs rachidiennes spontanées qui accompagnent des déformations. Ces déformations sont des cyphoses, des des lordoses ou des scolioses à plus ou moins grande courbure, mais, fait capital, elles restent assez mobiles, elles ne sont pas fixées comme dans les cas précédents et il n'y a pas de contracture.

Les douleurs sont également provoquées à la palpation de quelques apophyses épineuses, mais répétons que ces déformations sont mobiles, symptôme clinique capital qui sera complété par l'absence de signes radiographiques.

Ces insuffisances vertébrales guériront en quelques mois de repos allongé.

Si nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de ce genre, par contre nous n'avons pas rencontré ces douleurs de croissance, s'accompagnant de contracture, à

(1) BUFNOIR. — Les faux maux de Pott de l'adulte. *Bulletin médical* n° 45, octobre 1926.

symptomatologie radiographique négative et qui pour certains auteurs seraient une spondylite analogue aux épiphysites de croissance.

Lésions traumatiques. — Les fractures latentes du rachis, et ce que l'on appelle la maladie de Verneuil-Kummel et qui, à notre avis, n'est qu'une fracture méconnue, peuvent à première vue prêter à confusion ; mais, là encore la notion du traumatisme, l'examen clinique attentif, éveilleront l'attention ; quant à l'examen radiographique montrant l'intégrité des disques intervertébraux, l'aspect cunéiforme de la vertèbre dû à l'écrasement de sa partie antérieure, l'absence d'ombres d'abcès, il permettra le plus souvent de faire aisément le diagnostic.

Mais à propos de traumatismes, nous ne pouvons moins faire que de signaler un cas que nous avons observé et dans lequel le traumatisme semble avoir eu un rôle sinon causal, tout au moins nettement aggravant. Chute le 18 octobre 1922, à la suite de laquelle le malade constate une diminution de taille de 4 cm. et une petite gibbosité dorsale ; très rapidement après cette chute apparaissent des phénomènes de parésie dans le membre inférieur gauche, et dans la seconde quinzaine de décembre une paraplégie spasmodique complète avec rétention d'urines et des matières était installée. L'examen montre un mal de Pott dorsal avec destruction des 5e, 6e, 7e vertèbres dorsales, et un abcès en fuseau s'étendant de la 3e à la 11e dorsales.

Il nous semble être en droit de penser que le traumatisme a provoqué l'écrasement de vertèbres déjà malades, aggravant et accélérant l'évolution d'un mal de Pott latent.

Spondylites et spondyloses. — Toutes les *spondylites infectieuses* peuvent simuler le mal de Pott. L'examen clinique ne donnera aucun moyen de faire un diagnostic différentiel, les symptômes étant les mêmes. C'est dans la recherche des antécédents personnels que l'on trouvera souvent la clef du diagnostic. Le fait de relever l'existence récente d'une typhoïde, d'une paratyphoïde, d'une ostéomyélite attirera aisément l'attention, mais dans d'autres cas un abcès d'apparence banale, en réalité à streptocoques, quelques furoncles d'aspect insignifiant auront précédé de peu les douleurs et contractures rachidiennes.

L'examen radiographique lèvera les doutes. En règle générale, la tuberculose osseuse, lorsqu'elle n'est pas infectée, détruit et ne fait pas d'os, bien qu'en réalité il y ait quelques exceptions sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

Or les clichés de ces malades montrent la production de néoformations osseuses. Les interlignes clairs d'un ou de plusieurs disques intervertébraux disparaissent, comblés par une masse sombre résultant d'un processus d'ossification : les faces externes concaves des corps vertébraux peuvent se combler et devenir convexes en dehors, les tissus périvertébraux peuvent être envahis et donner naissance à une masse inflammatoire parfois très volumineuse.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de spondylite spécifique mais la radiographie, les commémoratifs, les examens de laboratoire, permettent d'établir un diagnostic, que l'amélioration rapide apportée par le traitement antispécifique vient confirmer.

Dans la *spondylose rhumatismale*, ce qui domine radiographiquement ce sont les saillies et les irrégularités des néoformations osseuses. Les corps vertébraux se tassent, présentent une cannelure exagérée, accentuée par l'élargissement de leurs faces supérieures et inférieures, donnant à la vertèbre l'aspect en diabolo ; des productions ostéophytiques en forme d'arcs ou de crochets latéraux infiltrent les ligaments, la région péri-articulaire pouvant même souder entre eux les corps vertébraux.

Dans la *spondylose rhizomélique* le processus d'ossification frappe les ligaments, les bourrelets, les ménisques, sur place, sans ostéophytes soudant même, à la région dorsale, les côtes aux vertèbres et frappant également les articulations du corps possédant un bourrelet ou un ménisque, en commençant par les hanches.

En somme dans toutes ces affections il n'y a pas les destructions que l'on observe dans la tuberculose, au contraire la radiographie montre toujours des ostéophytes, des ossifications qui permettent dans presque tous les cas de faire le diagnostic différentiel entre les spondylites, spondyloses, et le mal de Pott, réserve faite encore une fois pour les véritables spondyloses tuberculeuses qui méritent un paragraphe à part.

Diagnostic différentiel avec d'autres localisations tuberculeuses.

En plus de lésions non tuberculeuses du rachis qui par leur symptomatologie permettent la confusion avec le mal de Pott, des tuberculoses osseuses, frappant des régions voisines d'un segment rachidien peuvent, par leurs abcès ossifluents, provoquer une erreur de diagnostic.

C'est ainsi qu'un abcès froid thoracique développé à la face postérieure du thorax, dans la gouttière scapulo-vertébrale en particulier, peut faire penser à un abcès venu d'un mal de Pott dorsal.

Ce sont en particulier les tuberculoses du bassin qui prêteront le plus à confusion. Un abcès venu d'une ostéite tuberculeuse du pubis apparaissant au-dessus de l'arcade crurale, un abcès venant d'une ostéite de l'aile iliaque se montrant dans le triangle de J.-L. Petit ; un abcès à point de départ face antérieure de l'articulation sacro-iliaque fusant à la fesse pourront, présentant les mêmes migrations que celles des maux de Pott lombaires, aiguiller à tort le diagnostic de ce côté.

En vérité, le diagnostic différentiel est aisé si l'on pratique un examen complet de la région suspectée et des régions voisines.

De plus la radiographie imposera souvent le diagnostic en montrant les lésions siégeant dans le bassin. Enfin en cas de doute, de radiographies peu affirmatives, une ressource précieuse sera dans la radiographie après injection de lipiodol dans l'abcès. Cette manière de faire nous a permis dans quelques cas de préciser un diagnostic incertain éliminant ou au contraire confirmant la lésion pottique.

A côté de ces ostéites tuberculeuses de voisinage donnant des abcès semblables à ceux du mal de Pott, il importe de signaler inversement que le mal de Pott lombaire avec abcès dans le psoas provoquant du psoïtis, pourra donner une position vicieuse de la hanche, flexion, abduction semblable à la première position vicieuse de la coxalgie.

Un examen attentif de l'articulation de la hanche et l'examen systématique du rachis chez les malades suspects de coxalgie permettront rapidement de trouver le point de départ de la lésion.

Nous ajouterons que le diagnostic différentiel est aisé, à première vue dans la majorité des cas. Dans la coxalgie, la position vicieuse compensée par une lordose exagérée et une bascule du bassin abaissant l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade, sera ainsi masquée et demandera à être recherchée ; tandis que la position vicieuse du psoïtis pottique, ne pouvant être compensée par la mobilité de la colonne lombaire bloquée par la contracture musculaire, sera plus facilement remarquée dès le début de l'examen.

Spondyloses et fausses spondyloses tuberculeuses.

Il est classique de dire que la tuberculose non infectée secondairement détruit et ne fait pas d'os. Le diagnostic

différentiel est ainsi facile entre la tuberculose vertébrale et les lésions de spondylites et de spondyloses.

Pratiquement, il est des exceptions à cette règle : Jean et Courraud dans le *Journal de Radiologie* de juin 1925, Sorrel, notre maître Duguet et nous-même à la Société de chirurgie le 1er juillet 1925, Basset, Courraud et Solcard à la même Société en 1926, en ont montré quelques exemples.

Il est des cas de tuberculose authentique, confirmée par des abcès ossifluents, chez lesquels la radiographie montre les crochets, les néoformations osseuses que l'on est habitué à observer dans les spondyloses, et ceci chez des malades non seulement non infectés mais encore observés dès le début du diagnostic et avant même que toute ponction évacuatrice ait été pratiquée.

Faut-il penser à une spondylose ayant évolué antérieurement au mal de Pott ? nous ne le croyons pas étant en présence, chez nos malades, d'individus jeunes, ne s'étant jamais plaints de leur rachis avant la lésion pottique.

Faut-il songer chez eux à la coexistence d'une spondylose et d'un mal de Pott ? Nous ne le croyons pas plus et nous estimons avec Sorrel que c'est bien à la tuberculose qu'il faut attribuer ces exostoses qu'il a vues augmenter d'étendue au cours de l'évolution du mal de Pott.

A côté de ces véritables spondyloses tuberculeuses, il existe également de faux aspects de spondylose, peut-être plus fréquents.

Dans certains cas de destruction très localisée d'un corps vertébral, creusé par une véritable caverne située près d'un des bords, le corps vertébral sus ou sous-jacent peut venir, après destruction du disque intervertébral et tassement latéral du rachis, pénétrer dans cette caverne. La corticale du corps vertébral détruit repoussée en dehors par cette pénétration va former sur le cliché une sorte de crochet descendant sur le corps vertébral voisin et ayant tout à fait l'aspect du crochet de spondylose.

Mais, à notre avis, il n'y a pas dans ces cas, que nous avons observés assez fréquemment, de véritable spondylose tuberculeuse, il y a seulement un faux aspect de spondylose dû aux destructions limitées d'un corps vertébral.

THÉRAPEUTIQUE

Le chlorure de magnésium en thérapeutique et en biologie,

Par le Dr **André JAMIN** (de Châtel-Guyon).

Nous n'aurons pas l'intention, dans ce court exposé, de faire une analyse chimique complète du chlorure de magnésium. Cette question concernerait des chimistes ou des pharmaciens, ce qui n'est pas notre cas. Nous exposerons seulement rapidement, dans cet ordre d'idées, les notions indispensables, nous réservant pour faire une brève revue générale thérapeutique et biologique. Ce sont en effet des questions peu connues ; le chlorure de magnésium est un corps peu employé, bien que présentant un assez grand intérêt, surtout au point de vue biologique.

Propriétés chimiques. — Il existe sous deux formes : anhydre et hydraté ; cette dernière, seule employée en pharmacie contient six molécules d'eau : $MgCl^2 + 6H^2O$. Il se présente sous la forme d'aiguilles déliquescentes, fusibles à 119°, de saveur amère et légèrement douceâtre, solubles dans l'eau et l'alcool. On l'obtient en partant de la magnésie et de l'acide chlorhydrique, ou encore en faisant un mélange de deux parties de sulfate magnésique avec une partie de sel marin, le dissolvant dans quatre parties et demie d'eau bouillante et évaporant la liqueur jusqu'à ce qu'il ne reste que quatre parties, après quoi on expose la dissolution à un froid de —3°. Le sulfate sodique cristallise, tandis que le chlorure magnésique reste dissous. On retire le chlorure de magnésium hydraté de cette solution en la concentrant fortement à 40° Baumé et en l'abandonnant à la cristallisation. On peut le retirer également des eaux mères des marais salants d'où l'on a retiré le sodium.

Un grand nombre d'eaux minérales en contiennent en combinaison avec d'autres sels, ainsi Châtel-Guyon, Balaruc-les-Bains, Bourbonne, Salins, Hombourg, Kissingen, Nauheim, Monte-Catini. Enfin le corps humain en contient également notamment le cerveau, le cœur, les muscles.

Il est, comme on le voit, très répandu dans la nature.

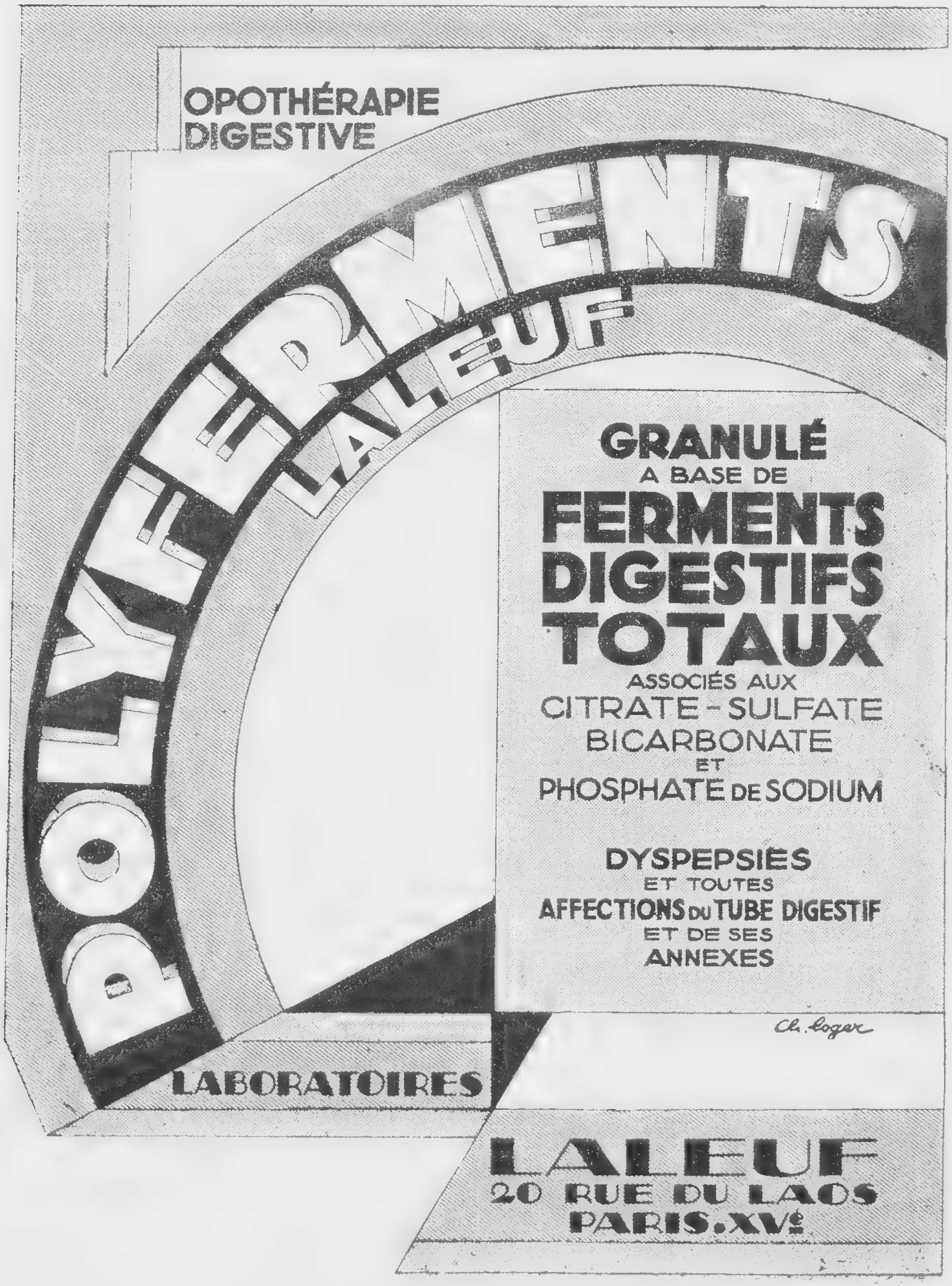
Historique. — La plupart des anciens auteurs le considéraient uniquement comme un laxatif, en l'employant, comme le sulfate de magnésie, à doses élevées, 25 à 30 gr. C'est ainsi que nous trouvons les travaux de Libert (1843), Rabuteau (1871) ; Laborde, le premier, montre l'action du chlorure de magnésium sur la fibre musculaire lisse ; puis ce sont de nombreux travaux, entre autres ceux de MM. Loeper et Esmonet, Baraduc, Mazeran, Foucaud, Chibret (thèse de Paris, 1910) ; plus récemment enfin, les travaux de Gaehlinger. Dans le domaine biologique, nous ne ferons que citer, pour y revenir à la fin de ce travail, les expériences de MM. Pierre Delbet et Noël Fiessinger, sur la cytophylaxie du chlorure de magnésium et de Noël Fiessinger et André Jamin sur la leucophylaxie.

Action physiologique. — Etudions d'abord cette action sur la fibre musculaire. Nous avons vu que c'est Laborde, le premier, qui a montré l'action d'une solution de chlorure de magnésium sur la fibre musculaire intestinale. Il fit, sur des chiens, des injections intraveineuses de solutions plus ou moins concentrées, déterminant sur ces fibres, des contractions prolongées ; il put observer des contractions péristaltiques très violentes, se généralisant rapidement sur tout le trajet du tube digestif. Ces ondes péristaltiques étaient même si intenses qu'elles persistaient un certain temps après la mort de l'animal, si ce dernier était sacrifié. Cette action ne s'exerce pas sur la fibre cardiaque ni vasculaire.

Chibret a montré l'action locale du chlorure de magnésium en se servant de suppositoires contenant 0 gr. 25 de sel magnésique, provoquant ainsi chez l'homme un spasme rectal très violent. D'ailleurs on constate le même fait chez les malades en cours de traitement par des eaux minérales chlorurées-magnésiennes ; dès les premiers jours de cure, on note une vive constipation, en même temps que l'intestin spasmé, et souvent très douloureux est perceptible à la palpation sous forme d'une corde colique. Donc, action hypertonique de la fibre musculaire intestinale, action sur laquelles sont d'accord la très grande majorité des auteurs.

En plus de cette action sur la motricité intestinale, le chlorure de magnésium agit sur la sécrétion des glandes intestinales. Les expériences furent pratiquées sur des segments intestinaux isolés, dans lesquels on injectait une quantité donnée de la solution à étudier. On calculait ainsi la quantité de liquide sécrété ; c'est ainsi que l'on put voir que le chlorure de magnésium provoquait une abondante hypersécrétion, pouvant facilement doubler la quantité de liquide injectée.

On a voulu expliquer par ce phénomène l'action de ce sel sur la sécrétion hépatique, car il produit un abondante chasse biliaire ; mais il ne nous semble pas qu'il faille là admettre qu'il s'agisse d'une hypersécrétion, mais d'une excitation de la contraction de la vésicule biliaire, provoquant un afflux de bile dans l'intestin. Cette notion a été démontrée depuis l'introduction, dans les méthodes d'exploration, du tubage duodénal ; la bile B retirée par le tube d'Einhorn, est bien une bile vésiculaire produite par la contraction du muscle vésiculaire sous l'effet d'un cholagogue. La substance employée dans l'épreuve de Meltzer-Lyon est le sulfate de magnésie à 30 %.


OPOTHÉRAPIE
DIGESTIVE
POLYFERMENTS
LALEUF
GRANULÉ
A BASE DE
FERMENTS
DIGESTIFS
TOTAUX
ASSOCIÉS AUX
CITRATE - SULFATE
BICARBONATE
ET
PHOSPHATE DE SODIUM
DYSPEPSIES
ET TOUTES
AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
ET DE SES
ANNEXES
LABORATOIRES
LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS. XVᵉ

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à l'étude de la cérébrologie. (Thèmes psychologiques.) par le Dr G. SAINT-PAUL, Paris, Vigot. 1928.

Avec une grande largeur de vues, M. le Médecin-Inspecteur Saint-Paul (Espé de Metz), livre à la libre discussion de chacun des thèmes psychologiques : il est aisé de constater qu'il les a lui-même longuement médités et qu'ils sont, tels quels, le fruit de sincères discussions intérieures. Esprit réalisateur il aborde le grand problème des fondements de la vie psychique avec le souci constant d'une connaissance effective : mais, avec les lumières d'un scepticisme philosophique, les plus hardies explorations dans l'inconnu, le possible et le probable sont, non seulement légitimes, mais fructueuses. Pour qui sait rester maître de soi, indépendant de la passion et du système, affranchi de la magie des mots, les hypothèses sont, utilisées comme telles, un incomparable instrument de travail. Et l'A. ne redoute pas leur hardiesse ; au contraire, dit-il, « en général c'est par sécheresse et par timidité que pèchent les hypothèses. »

Parmi ces thèmes que chacun peut étudier et, s'il lui convient, discuter, mais toujours avec fruit, il en est un qui développe des idées particulièrement intéressantes et originales. Le plan de « l'éducation du cérébrologiste » représente, largement brossée, l'étude critique des programmes et des méthodes générales de l'enseignement secondaire et supérieur. Certains reproches adressés aux humanités, au moins ainsi qu'on les enseigne, ne peuvent manquer de toucher même leurs partisans ; d'autant plus que celui qui les formule se montre lui-même très classique humaniste, trop modeste dans l'aveu de ses qualités propres : les griefs qu'il invoque ne seraient-ils pas analogues à ceux d'un amoureux qui voudrait sa belle encore plus parfaite, mieux parée, mais surtout plus exactement connue et appreciée ?

L'enseignement de la philosophie, au berceau de la cérébrologie n'apparait point, à la lecture, si paradoxalement proposé, même débutant par l'étude de la métaphysique. C'est, peut-être un sage procédé pour habituer de jeunes esprits à faire le tour de systèmes compliqués pour les mieux estimer à leur juste valeur, qui n'est de trop ni de trop peu. Ils se forment de bonne heure à faire le départ entre les faits, inéluctables, et les constructions de l'esprit, non moins indispensables à la formation et à l'évolution de toute discipline scientifique. Ainsi se justifie l'idée directrice : « Je crois qu'il est bon de placer l'étudiant, dès le début, en face des limites imposées à notre entendement, de lui faire, en quelque sorte, toucher le plafond auquel se heurte l'investigation humaine.

H. CODET.

Les aventures d'un écrivain Paul-Louis Courier (1772-1825), par GASCHET. Un volume in-8 : 25 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

La vie étrange et dramatique d'un grand écrivain français, du pamphlétaire qu'on a appelé le Rabelais de la politique.

M. Robert Gaschet qui, depuis des années, s'est voué à l'étude de la personnalité de Paul-Louis Courier a résumé en un volume d'un extraordinaire intérêt toutes les péripéties pittoresques, voire picaresques de cette existence depuis la naissance entourée de msytère jusqu'à son assassinat dans les bois de la Chavonnière.

Paul-Louis Courier connut les alertes de la Révolution, apprit la guerre à contre-cœur, assista sans enthousiasme aux batailles de l'Empire, puis dans une France vaincue et amoindrie, souffrit, sous la Restauration, d'une vie étroite, sans idéal, livrée aux tracasseries administratives d'un régime sans grandeur.

Cette phrase d'une lettre de Courier suffit à montrer tout l'intérêt de l'ouvrage : « J'ai vu, j'ai noté, j'ai recueilli tant de choses dont ceux qui se mêlent d'écrire n'ont nulle idée... »

Souvenirs d'un Parisien, par Gaston JOLLIVET. Préface de Paul BOURGET. Un volume in-8, de la Bibliothèque « Historia », 17, hors-texte reproduits en héliogravure. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris. Prix : 20 fr.

Les *Souvenirs d'un Parisien* que Gaston JOLLIVET terminait et dont il revoyait les épreuves quelques jours avant sa mort sont le second des livres où il voulait raconter simplement ce que ses yeux « avaient vu ».

M. Paul BOURGET, qui fut son ami depuis 1880, a placé en tête de ce livre quelques pages émouvantes et nous ne pouvons mieux faire, pour résumer l'intérêt de ces souvenirs, que de citer ces lignes de l'éminent écrivain :

L'intérêt particulier de ce volume réside dans ce fait que Jollivet ne fut dans la vie politique du second Empire et de la troisième République qu'un témoin, et qui, par conséquent, n'avait pas de plaidoyer à soutenir pour défendre telle ou telle action, tel ou tel parti : mais ce témoin, par sa double position d'homme du monde et de journaliste, s'est trouvé en contact avec la plupart des personnages en vue qui depuis tantôt soixante ans ont manié les affaires du pays, et comme il était en même temps un littérateur du plus joli tour d'intelligence, il a connu également beaucoup des écrivains célèbres de son époque : les deux Dumas, Théophile Gautier, Barbey d'Aurevilly, Arsène Houssaye, pour ne citer que quelques noms, et il a lui-même vécu plus de quatre-vingts ans. C'est dire quel intérêt présentent ces pages qui n'ont d'autre prétention que d'être la notation, toujours sincère, toujours équitable et toujours de belle humeur, des images que cette longue expérience avait laissées dans son esprit. La physionomie de deux époques déjà bien reculées : celle qui va de 1860 à 1870, puis de 1870 à la crise du 16 mai, est évoquée là avec une réalité d'autant plus saisissante que l'auteur a dû maintenir ses récits sur un ton de bonhomie qui exclut toute déclamation et cette simplicité donne une valeur singulière à ces pages qui nous font mieux comprendre tant d'évènements.

MM. Carnot et Gaehlinger ont montré que l'action d'une solution de chlorure de magnésium est supérieure à celle du sulfate de magnésie ; nous avons pu nous-même constater qu'il suffisait d'employer 30 cc. d'une solution de magnésium à 10 % pour obtenir le même résultat qu'avec 30 cc. d'une solution de sulfate de magnésie à 30 % ; la bile est même plus foncée, plus visqueuse, donc plus concentrée ; cette action cholagogue est produite sans aucune réaction douloureuse chez un individu normal. Mais il importe de ne pas dépasser le taux de 10 %. Dans un cas où il fut injecté 30 cc. de solution chlorurée-magnésienne à 30 %, la malade eut une vive réaction douloureuse, avec un important afflux leucocytaire dans sa bile, sans qu'il se fût agit d'une cholécystite, car un tubage fait quelque temps après avec épreuve de Metlzer-Lyon permit de retirer une bile normale. Il est certain que le chlorure de magnésium agit de la même façon sur toutes les glandes annexes du tube digestif.

Action thérapeutique. — Ainsi, grâce à son action tonique de la fibre musculaire intestinale et hypersécrétion des glandes intestinales et annexes, le chlorure de magnésium se montre un laxatif très utile ; il sera employé à faibles doses, 3 à 4 gr. par 24 heures. Dans certains cas rebelles et exceptionnellement, on pourra, sans inconvénients, en donner 10 gr. Il présente comme laxatif un avantage signalé en particulier par Chibret, de n'amener aucune constipation dans les jours qui suivent.

Nous devons signaler encore l'action diurétique intense du chlorure de magnésium ; toutefois on devra éviter de l'employer dans ce but, en raison du ténesme vésical qu'il peut produire assez fréquemment.

Nous n'insisterons pas davantage sur ses propriétés digestives, nous contentant de noter seulement l'action tonique gastrique. De même, nous ne ferons que signaler son action accélératrice de la respiration, cette action ayant été surtout remarquée au cours des expériences où le chlorure de magnésium était employé par voie intraveineuse.

Etude biologique. La cytophylaxie. — Nous allons maintenant étudier dans le domaine biologique pur, le rôle du chlorure de magnésium, son action cytophylactique, révélée par les travaux de Pierre Delbet et Karajanopoulo et Noël Fiessinger.

Définissons d'abord ce terme de cytophylaxie : il indique l'augmentation du pouvoir phagocytaire des leucocytes du sang. On sait que cette action phagocytaire constitue un des éléments les plus importants de la lutte de l'organisme contre les processus infectieux.

Etudiant, pendant la guerre, les solutions pouvant favoriser la lutte de l'organisme contre les microbes infectant les plaies, les blessures, MM. Delbet et Karajanopoulo eurent l'idée d'étudier les modifications de la puissance phagocytaire des globules blancs humains plongés dans différentes substances ; ils passèrent successivement en revue différents milieux : solution de Ringer-Locke, eau de mer isotonique, sérum de cheval, solutions de chlorure de manganèse, de strontium, de calcium ; toutes ces solutions diminuaient notablement les phagocytoses ; par contre la solution de chlorure de magnésium les augmentait dans des proportions considérables : 75 % par rapport à la solution de chlorure de sodium à 8 p. 1.000. Le taux de la solution de chlorure de magnésium le plus favorable était 12 p. 1000. Ces expériences avaient une grande portée pratique étant donnée l'influence remarquable de la phagocytose dans la cicatrisation des plaies ; c'est ce qu'ont démontré les expériences de Delbet et Noël Fiessinger, partisans, dans la lutte contre les microbes, non des antiseptiques qui ne détruisent ces microbes qu'à des doses telles qu'ils détruisent également les tissus, mais au contraire des solutions cytophylactiques, c'est-à-dire apportant à l'organisme et en particulier aux leucocytes, les moyens de se défendre eux-mêmes.

Cette méthode a été employée sur une très grande échelle et a donné les meilleurs résultats ; c'est ainsi que le prouvent les résultats et les statistiques apportées en particulier par M. Madier à la Société de chirurgie le 25 avril 1917 : un certain nombre de plaies traitées par la solution cytophylactique de chlorure de magnésium à 12 p. 1.000 ont pu guérir rapidement sans accidents infectieux, souvent après réunion primitive. Ces faits permettaient à M. Delbet, de dire que la stérilisation des plaies pouvait se produire sans antiseptiques et que l'on pouvait obtenir de magnifiques résultats avec la chirurgie aseptique et cytophylactique.

D'assez nombreuses objections furent formulées. M. Walther, à la Société de chirurgie le 13 février 1918, constatait que si la solution de chlorure de magnésium donnait de bons résultats dans la cicatrisation des plaies, elle favorisait l'hémorragie au cours des opérations. M. Delbet ne contestait pas ce fait ; il l'expliquait en montrant que le chlorure de magnésium retarde la coagulation du sang en exaltant et conservant l'activité des leucocytes, or dans la coagulation intervient un facteur capital ayant pour origine le globule blanc ; ce produit spécial n'existe pas dans le sang circulant, mais n'est produit que quand les globules blancs ont subi certaines modifications. Le chlorure de magnésium maintenant l'intégrité des leucocytes, retarde également la coagulation.

M. Carrel a violemment attaqué le principe même de la méthode cytophylactique ; d'après lui, le phénomène de la phagocytose constituerait non pas une destruction des microbes, mais au contraire une protection ; s'aidant dans son argumentation, des expériences de Rous, montrant que les microbes pathogènes phagocytés se trouvaient protégés par les parois des leucocytes contre les humeurs de l'organisme et les substances chimiques bactéricides, il soutenait qu'il était nécessaire de détruire les leucocytes chargés de bactéries libres à la surface des plaies.

Mais MM. Delbet et Fiessinger purent répondre que si on laissait les éléments phagocytés un temps suffisant dans les leucocytes, ils finissaient par être détruits. Rous lui-même a montré qu'en faisant agir un antiseptique comme le cyanure de potassium, un temps assez court pour qu'il ne détruise pas les leucocytes, les microbes n'étaient pas détruits ; c'est donc un argument contre la méthode antiseptique et non contre la méthode cytophylactique, puisqu'il montre qu'une antiseptique ne peut tuer les microbes sans tuer la cellule.

Quoi qu'il en soit, les résultats thérapeutiques ont montré que dans les plaies de guerre ayant une tendance à une défense propre, la méthode cytophylactique est supérieure aux autres. Toutes ces expériences et toutes ces discussions ont montré que le leucocyte est encore le meilleur agent de défense contre l'infection.

La leucophylaxie. — Les expériences de Delbet sur la cytophylaxie ont consisté à étudier un unique phénomène : la phagocytose ; on était en pleine guerre, la lutte antimicrobienne était au premier plan des préoccupations, et la stérilisation des plaies l'objet de toutes les recherches. Depuis, il nous a paru intéressant de reprendre cette question de la cytophylaxie ; mais nons avons cherché à envisager le problème sous une autre face, en étudiant surtout la leucophylaxie

Pour étudier l'influence des solutions salines sur les leucocytes, deux méthodes ont été employées : l'action des solutions salines sur la morphologie leucocytaire ou sur la phagocytose, la première ne permettant que des constatations grossières, la deuxième étant troublée par le phénomène passif des accolements de particules aux masses colloïdales que constituent les leucocytes.

Sous la direction de M. Noël Fiessinger, nous avons employé la méthode de J. Jolly, en étudiant le pseudopodisme des leucocytes dans diverses solutions. Notre technique, qui exige assez de patience, fut la suivante : prise de sang au doigt, mélange immédiat dans le mélangeur de l'hématimètre avec la solution tiédie ; la dilution était faite au centième. Puis on portait la lame de sang sur la platine chauffante de Malassez où la température était maintenue à 37° environ ; à partir de ce moment, on recherchait les mouvements pseudopodiques des leucocytes qui étaient notés en même temps que les modifications subies par les globules rouges. Les mouvements pseudopodiques étaient observés jusqu'à la mort du leucocyte

c'est-à-dire jusqu'au moment où il devenait arrondi, réfringent, immobile, s'entourant d'une membrane. Il était aisé, de la sorte, de noter dans quelle solution ces mouvements se maintenaient avec le maximum de durée, d'intensité, de comparer l'état dans une solution donnée, des globules rouges et des globules blancs. C'est ainsi que nous avons pu constater la résistance beaucoup plus grande des leucocytes que des hématies.

Deux solutions furent employées à nos expériences : le chlorure de sodium et le chlorure de magnésium ; mais pour ce dernier corps, il importe de faire observer, pour éviter les erreurs, qu'il est nécessaire d'employer le chlorure de magnésium pur, anhydre, c'est-à-dire débarrassé de ses six molécules d'eau.

Nous reprendrons les résultats de nos expériences (Société de biologie du 31 mai 1924) ; nous disions que si les solutions de chlorure de magnésium et de chlorure de sodium à taux équivalent étaient douées de propriétés analogues, il était incontestable que, à concentration égale, les solutions magnésiennes semblaient plus favorables au pseudopodisme leucocytaire que les solutions sodiques.

La pseudopodisme commence à se montrer dans les solutions à 6 p. 1.000, mouvements lents mais persistant de 30 à 40 minutes ; ces mouvements persistent dans les solutions à 7 p. 1.000 et dans les solutions de chlorure de magnésium à 9 p. 1.000 où on les observe pendant 30 à 50 minutes. Or dans la solution à 9 p. 1000 de chlorure de sodium, les leucocytes sont immobiles.

Dans les solutions de sels hydratés, les pseudopodes sont plus actifs et plus durables dans les solutions à 12 p. 1.000 et persistent dans les solutions à 14 p. 1.000.

Tels sont les résultats des expériences faites à l'aide de solutions de sels simples ; nous avons voulu également nous rendre compte de la leucophylaxie dans une solution composée et pour cela nous avons pris l'eau de Châtel-Guyon, contenant par litre 1 gr. 539 de chlorure de magnésium, 1 gr. 450 de chlorure de sodium pour une minéralisation totale de 6 gr. 984 et un Δ à 0,33. Dans cette eau nous avons pu observer des mouvements pseudopodiques pendant 1 heure 1/4, tandis qu'immédiatement les globules rouges étaient altérés et présentaient un aspect crénelé.

Nous reprendrons nos conclusions : en n'envisageant que les leucocytes, à concentration égale, les solutions de chlorure de magnésium se montrent plus leucophylactiques que les solutions de chlorure de sodium ; mais pour les pseudopodes, les taux de solution magnésienne favorables sont entre 8 et 9 gr. de sel anhydre, ou entre 10 à 12 gr. de sel hydraté.

En conclusion, nous dirons, que le chlorure de magnésium est un sel remarquablement intéressant.

Cette rapide revue n'avait qu'un but, c'était de montrer son intérêt, tant au point de vue thérapeutique que théorique C'est pourquoi nous avons un peu insisté sur les propriétés cytophylactiques et leucophylactiques du chlorure de magnésium, question née pendant la guerre et présentant un si grande importance, à la fois d'ordre biologique et pratique.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Un bel hôpital sur pied de guerre en 1870-71

Chirurgien pressé qui boude le chloroforme. — Une jambe embarrassante. — Capote de cuir essuie-mains. — Une amitié brisée par la mort. — Lieutenant de vaisseau commandant des gendarmes à cheval. — Un futur grand chef dans la médecine coloniale : Edouard Primet.

L'Hôpital de la Marine, dans lequel se trouvait l'École de Médecine, était un très vaste et monumental établissement en dehors des fortifications de la ville. Il contenait un millier de blessés ou malades, évacués des armées, dans des salles grandes et belles, aussi bien tenues que le permettait l'encombrement.

N'ayant jamais pénétré dans un hôpital, je craignais d'éprouver du dégoût ou de la répulsion ; il n'en fut rien. La pitié, la sympathie pour tous ces pauvres alités l'emportèrent sur tout autre sentiment. Les chirurgiens et les médecins, dans l'uniforme sobre des officiers de marine, dont ils ne se distinguaient que par la bande de velours sur la manche, les religieuses empressées et actives, les infirmiers silencieux et disciplinés me firent la meilleure impression. Je me réjouis de la perspective de participer à tout ce mouvement dont le but était de soulager les victimes de la guerre, puisqu'il m'était impossible de collaborer comme combattant à la défense du pays.

Le directeur de l'école et médecin chef de l'hôpital, grand, sec et sourd, nous reçut froidement et nous confia à son prévôt, petit médecin à trois galons, rondelet et jovial ; le prévôt était chargé de la direction d'une quarantaine d'élèves de 18 à 20 ans, appartenant pour la plupart à des familles des départements voisins, qui firent presque tous un accueil cordial aux Parisiens que nous étions.

En temps de paix les cours, qui duraient deux ans et conduisaient après examen au port du premier galon, occupaient la plus grande partie du jour ; les services de médecine et de chirurgie peu actifs ne prenaient guère qu'une heure chaque matin et une demi-heure l'après-midi. Mais depuis la guerre l'existence des élèves était transformée.

Les services commençaient à 7 h. du matin et se prolongeaient souvent jusqu'à midi à cause du grand nombre des opérations et pansements ; on y revenait après 2 heures et ils duraient parfois jusqu'au dîner. De temps en temps seulement les professeurs pouvaient consacrer quelques heures à l'enseignement théorique (chimie et physique médicale, anatomie et physiologie, bandages et appareils pour les élèves de 1re année). On disséquait assez irrégulièrement faute de temps, malgré l'abondance des cadavres ; les autopsies en revanche étaient quotidiennes.

Je fus attaché au service d'un chirurgien d'aspect massif, d'une physionomie bienveillante, mais qui me parut trop peu sensible aux souffrances des blessés. La chloroformisation faisait perdre du temps, disait-il, et pouvait causer des accidents mortels ; aussi opérait-il le plus souvent sans anesthésie, indifférent en apparence aux cris des patients, qui me causèrent longtemps la plus pénible impression. Je lui ai entendu dire plus d'une fois au marin ou soldat qu'il allait opérer : « Allons ! bourre ta pipe et fume ; ce sera vite fait ». Il opérait en effet vite et bien.

Mais cet opérateur, habile et pressé, bien éloigné de pressentir l'antisepsie, négligeait la plus simple propreté. Il opérait revêtu d'une grande capote en cuir, sur laquelle il essuyait fréquemment ses mains ensanglantées et qui n'était que rarement lavée, avec la même éponge dont on nettoyait la table d'opérations.

Je dois ajouter qu'il y avait dans l'hôpital d'autres chirurgiens qui ne dédaignaient ni l'anesthésie, ni la propreté.

Mon chef ne s'inquiétait guère du choix de ses aides. Peu de jours après mon arrivée, me trouvant à sa portée, il me dit de tenir une jambe qu'il allait amputer ; je tremblais que l'émotion ne me fît faire quelque sottise. Je me comportai heureusement à peu près comme il fallait, mais je n'ai jamais oublié les étranges sensations que me firent éprouver le grincement de la scie sur les os, le bruit sec qui terminait la section et surtout mon embarras quand la jambe amputée me resta entre les mains. Je la contem-

(1) Voir le n° du 21 avril 1928 du *Progrès Médical*.

plais avec une sorte de respect, comme une portion d'être humain, participant aux égards qu'on doit à ses semblables. Il fallut une énergique interpellation de l'opérateur pour me décider à la jeter dans le seau où se trouvaient déjà le sang et d'autres débris. J'étais pourtant assez fier d'avoir été utile, quoique novice.

Mon ami Victor N.. ne put s'accoutumer aux spectacles sanglants et perdait tout appétit à l'hôpital. Le pauvre garçon n'y devait pas rester bien longtemps ; peu après notre arrivée, il commença à éprouver des maux de tête violents et s'alita. Son père revint le chercher et quelques jours plus tard m'écrivait que son fils avait une fièvre typhoïde ; il le soigna bien entendu homœopathiquement. La fièvre très élevée avait duré plusieurs semaines, puis cessé, et la malade entrait en convalescence, quand un matin, en s'asseyant sur son lit, il retomba inanimé. Cette syncope mortelle fut-elle causée par une myocardite? — Les malheureux parents consternés furent particulièrement frappés par cette circonstance que la montre de leur fils s'arrêta à la minute précise de sa mort. Ils ne lui survécurent guère, à ce que je sus plus tard. Après être allé assister aux obsèques de mon charmant ami et témoigner de mon mieux ma sympathie impuissante à ces braves gens qui m'avaient traité en fils, je revins prendre ma place à l'Hôpital-Ecole.

Il s'y trouvait aussi bien des fièvres typhoïdes et les traitements alors usités ne consistaient guère qu'en purgatifs, toniques (tisane vineuse, alcool, extrait de quinquina), de petites doses de quinine et, contre les phénomènes ataxiques, les potions à l'opium et au musc, des compresses froides ou de la glace sur la tête. La mortalité était grande. Nul ne songeait aux lotions froides, et encore moins aux bains. — C'est précisément à cette époque que Franz Glénard, prisonnier à Stettin, vit Brand soigner les typhiques par les bains froids avec des succès qui firent de lui, après son retour à Lyon, l'apôtre de la balnéation froide dans notre pays où on avait oublié les remarquables tentatives de Récamier.

J'avais jusqu'alors logé dans un hôtel, où la table d'hôte était fort animée par les conversations d'officiers venus de divers champs de bataille et occupés à organiser les nouvelles recrues levées par le Gouvernement de la Défense nationale. Je fus le commensal d'un lieutenant de vaisseau destiné à devenir le brillant amiral Fournier ; il m'a raconté qu'à la bataille de Bapaume il avait dû charger à la tête d'un escadron de gendarmes; ce détail donne une idée du désarroi de nos armées d'alors.

Au bout de quelques semaines il me fallut chercher un logement moins onéreux ; je fis chambre commune avec un étudiant un peu plus âgé que moi et vers qui m'attirait une sympathie croissante. C'était EDOUARD PRIMET, qui, après avoir atteint le plus haut grade dans le corps de santé des troupes coloniales, retraité à Paris, vient de mourir subitement pendant une séance de la Société de pathologie exotique à l'Institut Pasteur. Il a servi noblement son pays dans presque toutes les colonies, laissant partout le souvenir d'une bonté, d'une fermeté, d'une dignité professionnelle inégalables. Ce futur grand chef était déjà un étudiant modèle et notre amitié, étroitement nouée à cette époque, s'est continuée pendant 57 ans malgré les longues périodes de séparation.

Pendant la Grande Guerre, alors qu'il remplissait les fonctions de médecin-inspecteur bi-régional dans les départements de l'Ouest, et que je dirigeais les formations sanitaires de La Flèche, nous échangions souvent nos impressions comparatives au sujet des progrès de la chirurgie et de la médecine, comme de l'organisation du service de santé, depuis notre cohabitation à Rochefort. Si on a vu encore trop de « pagaie » en 1914 et 15, la transformation prodigieuse obtenue dans la thérapeutique et la prophylaxie entre les deux guerres avec l'Allemagne nous était un grand réconfort. — La fièvre typhoïde, si souvent guérie par l'hydrothérapie et progressivement presque supprimée par les vaccinations, surtout les admirables résultats de la chirurgie d'armée nous touchaient à un point dont ne peuvent se rendre compte les générations médicales qui n'ont pas connu la période pré-pastorienne et pré-listérienne. Les « moins de cinquante ans » liront peut être avec une curiosité horrifiée le fidèle récit de « ce que mes yeux ont vu » et de ce que mes mains, aussi inconscientes que bien intentionnées, ont fait dans un bel hôpital militaire en 1870-71.

(*A suivre.*)

Paul LE GENDRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1928.

A propos de la prémunition dans les milieux non infectés de tuberculose. — M. *J. Lignières*, se basant sur certains résultats de ses expériences, estime qu'on devrait limiter l'emploi du B. C. G. aux seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Le classement des candidats est le suivant : en première ligne, M. Marcel Delepine ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique Bongault, Breteau, Bridel, Guerbet, Hérissey.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Delepine, ayant obtenu 59 suffrages, est proclamé élu.

Séance du 24 avril 1928.

Le traitement de la luxation congénitale par les eaux de Salies-du-Salat. — *M. Saint Béat* dépose un mémoire présenté par M. Desgrez, sur le traitement orthopédique et hydrominéral de la luxation congénitale. Ce travail, qui repose sur de nombreuses observations personnelles et près de vingt-cinq années de pratique à Salies-du-Salat, insiste sur les difficultés du traitement qui reconnaissent de multiples facteurs. Le traitement post-opératoire, souvent cause d'insuccès, retient l'attention de l'auteur qui énonce de nombreux détails trop peu connus. Enfin l'action des eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-du-Salat est mise en évidence.

Sur un nouveau procédé de percolation. — *M. Marc Bridel* indique un procédé de percolation rapide qui permet d'obtenir, en 24 heures, des médicaments qui exigent une préparation de 7 à 8 jours en suivant les procédés antérieurs et possédant l'activité de ceux que donne le procédé du Codex. L'auteur pense que l'inscription de ce procédé de percolation rapide dans la Pharmacopée officielle rendrait de grands services.

Un nouvel anthelmintique vermicide. — *M. J. Chevallier* indique que les pyréthrines isolées du chrysanthemum cinerarisefolium, administrées par voie gastrique à l'homme et aux animaux domestiques constituent un anthelmintique actif et fidèle dénué de toxicité, même chez les enfants à la dose de 5 milligrammes par jour pendant trois à cinq jours consécutifs. Les pyréthrines ne sont pas toxiques par voie gastrique pour l'homme et animaux à sang chaud ; elles sont par contre toxiques pour les animaux à sang froid et elles agissent d'autant plus rapidement que ces animaux sont plus bas dans l'échelle des êtres. Cette médication inoffensive détermine l'expulsion ra-

pide de tous les vers intestinaux : oxyures, ascaris, tœnias, tricocéphales, sans déterminer les inconvénients ou accidents de la santonine, de la pelletiérine et de la filicine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 avril 1928.

Fibrome et grossesse. — *M. Lanos* communique deux observations : dans l'une, un fibrome mou présentait, même le ventre ouvert, toutes les apparences d'une grossesse ; dans l'autre une grossesse se développa dans un utérus fibromateux. Une hystérectomie fut nécessaire en raison de l'augmentation rapide des fibromes.

A propos de l'extraction des projectiles intra craniens. — *M. R. Massart* insiste sur l'importance en pratique civile des deux points suivants : 1° l'extraction doit toujours être précédée d'un repérage radiographique ; 2° l'opération doit toujours être faite sous le contrôle des rayons X ; ne pas se servir de ceux-ci, c'est courir le risque de nombreuses complications.

Les abcès dans le mal de Pott dorsal. — *M. Rœderer* rappelle les constatations qu'il avait faites jadis au sujet de ces abcès, et qui, depuis, sont devenues classiques : leur extrême fréquence, leur précocité (ils précèdent quelquefois les signes cliniques et même les autres signes radiologiques) ; leur aspect (en gaine, en cercle, ou en triangle) leur extrêmement longue durée. L'auteur ajoute que ces abcès ne sont pas toujours symétriques, mais quelquefois même présentent un développement complètement inégal à droite et à gauche. Il note au point de vue radiographique que la densité de ces abcès de mal de Pott dorsal est à opposer à l'ombre légère de la plupart de ceux des maux de Pott lombaires : quelques-uns de ceux-ci même échappent à l'examen radiologique.

A propos des anévrismes artério-veineux. — *M. Bressot* communique trois cas d'anévrismes artério-veineux traumatiques, opérés par lui, et conclut que, si le résultat fonctionnel est satisfaisant, l'oscillomètre montre cependant un déficit important de la tension maxima et de l'indice oscillométrique, et qu'il existe toujours une atrophie musculaire plus ou moins accentuée.

Les infections de la vésicule biliaire. — *M. Desjardins* fait un rapport sur un travail de Sir *Berkeley Moynihan* (de Leeds). Celui-ci après avoir rappelé les fonctions de la vésicule montre que l'infection de celle-ci peut être primitive ou secondaire et, dans ce cas qu'elle peut venir de la voie sanguine, la voie lymphatique, ou les voies biliaires. Il montre l'influence de l'hypochlorhydrie et de l'achlorhydrie dans cette infection vésiculaire. Celle-ci démontre d'ailleurs le rapport étroit qui solidarise le cholécyste, le foie, le système porte l'appendice et la rate. L'infection de la vésicule peut aussi être déterminée par contact avec des organes voisins eux-mêmes infectés. L'auteur étudie la pathogénie des calculs biliaires qui pour lui sont d'origine infectieuse. Il décrit les mêmes symptômes précoces, habituellement assez frustes de la cholécystite. Le diagnostic est posé non sur l'intensité, mais sur la persistance de ces signes et peut être confirmé par la cholécystographie. Le seul traitement à employer est la cholécystectomie.

Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — *M. Haller* fait un rapport sur un travail de *M. Canessa* (de Montévidéo). Celui-ci étudie les différentes formes de la tuberculose péritonéale et, en particulier, celle qui amène l'occlusion intestinale. Il considère les différentes opérations qui peuvent être appliquées et qui varient suivant que l'evolution tuberculeuse est en activité ou terminée. Le traitement chirurgical s'impose dans la majorité des cas et le plus tôt possible. Il consistera en section de brides, libération d'adhérences ou en une simple laparotomie si le cas est trop avancé. Il arrive parfois que la simple ouverture du ventre amène la cessation du processus tuberculeux. Le pronostic sera toujours réservé.

Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson. — *M. Judet* en communique quatre observations. Le tableau clinique tardif offre une grande analogie avec celui de la luxation congénitale. La radiographie montre la disparition de la tête du fémur, la résorption plus ou moins étendue du col fémoral, et la destruction plus ou moins complète du toit du cotyle.

Au point de vue thérapeutique, la méthode de *Lorenz* ne donne pas de bons résultats comme dans la luxation congénitale. L'auteur pense que la méthode des butées osseuses iliaques par greffe serait meilleure et pourrait stabiliser l'extrémité supérieure du fémur.

Un cas de maladie de Koehler au niveau du semi lunaire. — *M. Masini* communique la deuxième observation publiée en France de cette affection. Il pense qu'il ne s'agit dans ces cas ni de tuberculose, ni de syphilis, ni d'une dystrophie osseuse, mais plutôt d'une localisation d'ostéomyélite fruste.

Trois kystes tordus du parovarium. — *M. Péraire* en communique trois cas qu'il a opérés. Il insiste sur la rareté de la torsion dans ces kystes intra-ligamentaires. Dans deux cas, le kyste était rompu. Un kyste était à évolution abdominale, deux autres à évolution pelvienne. Dans l'un des cas, le kyste était adhérent à l'uretère. Guérison des trois malades.

Tumeur du ligament rond. — *M. Barbet* présente une tumeur de 18 cm. de long sur 8 cm. de large développée chez une femme de 52 ans, au niveau du canal inguinal et surtout de la grande lèvre. Il s'agit d'un fibro-myxo-sarcome.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril 1928

A propos du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. — M. *Léon Kindberg* s'associe aux réserves formulées à la séance précédente par MM. Léon *Bernard* et *Rist*, sur la méthode des pleurotomies avec fistulisation proposée par M. *Renaud*. Il souligne cependant l'heureux résultat immédiat que celui-ci a obtenu : il serait à retenir comme première étape en vue d'une thoracoplastie éventuelle.

Mais l'oléothorax ne lui paraît pas résoudre la question ; en cas de fistule pleuro-bronchique, il est, à la lettre insupportable au malade, sans aucun bénéfice pour lui. En cas de pleurésies infectées, il ne paraît pas comporter de gros avantages, ni en cas de pleurésies simples fermées. L'auteur pratique des ponctions-insufflations rapprochées, peu traumatisantes, faites à la seringue et avec une aiguille aussi fine que possible. Dans un certain nombre de cas à épanchements très virulents et dont il montre les radiographies, il a pu obtenir une guérison complète, aussi bien pleurale que pulmonaire. L'oléothorax est surtout à retenir lorsque les circonstances de la vie rendent impossibles la surveillance et l'action médicales continues.

Deux cas d'albuminurie et d'hématurie consécutives à des injections intra-veineuses de vaccin anti-chancrelleux. — MM. *Sézary* et *Robert Worms* apportent les observations de deux malades ayant eu une hématurie au cours de ce traitement. Chez l'un d'eux, une première injection provoqua l'apparition d'une albuminurie ; quinze jours plus tard une deuxième injection, pratiquée alors que l'albumine a disparu, est suivie d'hématurie. Mêmes accidents chez le second malade, lequel, contrairement au premier avait dans ses antécédents des signes de débilité rénale. L'albuminurie sera donc considérée comme une contre-indication absolue au traitement par le vaccin anti-chancrelleux. Les auteurs signalent les bons résultats qu'ils obtiennent dans le traitement du bubon chancrelleux par la ponction suivie de l'injection intra-ganglionnaire d'eau physiologique peptonée à 2 %. L'application d'une pommade à la peptone paraît également hâter la cicatrisation du chancre mou en dehors de tout autre traitement.

A propos d'un cas de rhumatisme aigu tuberculeux. — MM. *Fernand Bezançon*, *Etienne Bernard* et *Jean Celice* présentent l'observation d'un homme de 37 ans entré à l'hôpital pour une crise de rhumatisme articulaire aigu atteignant les articula-

tions des membres inférieurs et de la colonne cervicale. Il avait subi antérieurement, à quatre et trois ans de distance deux autres crises également poly-articulaires et fébriles. Ces crises eurent pour caractères particuliers une très longue durée, une résistance totale au salicylate de soude, l'absence d'atteinte cardiaque, l'existence de rémissions incomplètes entre les poussées. Dans le passé du malade on ne retrouvait aucune affection aiguë ou chronique, gonococcie entre autres, qui pût permettre l'hypothèse d'un pseudo rhumatisme infectieux. Lors des deux premières crises, le diagnostic étiologique demeura indéterminé. Au cours de la troisième, l'atteinte de la région cervicale se transforme en une osteo-arthrite à type pottique et l'on put après ponction du genou obtenir, par culture du liquide sur pomme de terre glycérinée, une culture de bacilles de Koch. Ce malade ne présentait aucun signe de tuberculose viscérale, pulmonaire en particulier. Il a fallu les résultats de la culture et l'apparition d'une complication dont la nature nous est connue pour que les poussées rhumatismales antérieures fussent enfin rapportées à leur cause. Les auteurs pensent, en effet, que si l'affection fût restée elle-même, c'est-à-dire du type rhumatisme, on eût gardé probablement un doute sur son étiologie. Chez leur malade, les auteurs purent observer toute la gamme des réactions articulaires ; la douleur, la réaction inflammatoire de la synoviale, l'atteinte du tissu osseux et péri-osseux. Le rhumatisme articulaire tuberculeux à forme aiguë, sans être fréquent, comme il a été dit, existe cependant ; il est un mode particulier de réaction à type fluxionnaire où la part du terrain doit être retenue au premier chef comme pour l'éclosion d'une pleuro-tuberculose.

Polyarthrite aiguë d'allure rhumatismale avec iritis chez un tuberculeux présentant une sensibilité extrême à la tuberculine. — MM. *F. Bezançon* et *A. Jacquelin* rapprochent de l'observation précédente, qui est manifestement une observation de polyarthrite aiguë tuberculeuse, une autre observation de manifestations articulaires survenues chez un tuberculeux et qui présente une allure clinique rappelant davantage le rhumatisme articulaire aigu. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans qui, à plusieurs reprises, présenta une intrication de phénomènes articulaires fluxionnaires et de poussées évolutives pulmonaires, chaque poussée pulmonaire ramenant la manifestation articulaire. Les manifestations articulaires étaient aussi extrêmement influencées par les injections de tuberculine auxquelles ce malade était particulièrement sensible. Chaque injection, même à la dose d'un centième de mmgr., déterminait non seulement une tuméfaction sous-cutanée considérable, de la grosseur d'un œuf de poule, mais aussi une recrudescence manifeste des phénomènes articulaires. Ceux-ci furent atténués par l'auto-hémothérapie puis disparurent presque complètement à la suite de l'établissement d'un pneumothorax thérapeutique. En même temps que les phénomènes articulaires, se produisait en général de l'iritis, iritis elle-même mobile et transitoire, sans lésion tuberculeuse apparente de l'iris; cette iritis s'atténua elle aussi, par l'auto-hémothérapie et disparut après le pneumothorax. Les injections de tuberculine en provoquaient au contraire l'aggravation.

Le liquide intra-articulaire retiré par ponction n'ayant pas tuberculisé le cobaye, on peut admettre que, dans ce cas, la part de la lésion tuberculeuse locale etait au minimum de même qu'au niveau de l'iris, où il n'existait aucun signe de lésion tuberculeuse appréciable, mais, par contre, étaient réalisés au maximum les phénomènes fluxionnaires réactionnels, relevant de l'hypersensibilité allergique extrême présentée par le malade. Les cas de ce genre, qui rappellent de si près les phénomènes dans le rhumatisme articulaire aigu, bien qu'ils soient nettement en rapport avec des poussés tuberculeuses, montrent combien Poncet et ses élèves ont eu raison de mettre en relief ces formes cliniques, tout en leur attribuant une pathogénie inexacte.

Note sur la cuti-réaction à la tuberculine dans le rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. — M. *H. Grenet* a recherché la fréquence de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants rhumatisants.

Sur 35 rhumatisants :

De 5 à 12 ans, 9 cuti-réactions négatives, 7 positives.

De 12 à 16 ans, 7 cuti-réactions négatives, 12 positives.

Il résulte de ces faits.

1º Que le rhumatisme ne produit pas l'anergie tuberculinique.

2º Que la cuti réaction se montre assez souvent négative, à toutes les périodes de la maladie, pour permettre d'affirmer que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas de nature tuberculeuse. Nous voyons enfin la fréquence de la cuti-réaction positive augmenter à mesure que l'on observe des enfants plus âgés, ce qui est la règle générale. Si l'on compare d'autre part les rhumatisants et les autres enfants atteints d'affections non tuberculeuses, on voit que la cuti-réaction est environ deux fois plus souvent positive chez les rhumatisants que chez les autres : sur 35 rhumatisants, 19 cuti-réactions positives (un peu plus de la moitié des cas) ; sur 93 non rhumatisants, 24 cuti-réactions positives (un peu plus du quart des cas). Le même écart se retrouve aux différents âges. On peut donc conclure que, si le rhumatisme articulaire aigu ne doit pas être considéré comme de nature tuberculeuse, il n'en demeure pas moins qu'il paraît se développer plus souvent sur un terrain tuberculeux.

M. *Bernard* considère que les chiffres de statistique ne peuvent avoir de valeur en ce qui concerne la cuti-réaction que lorsqu'on s'adresse à des sujets du même âge ; d'après lui, s'il existe des rhumatismes d'origine tuberculeuse, c'est l'exception. Quant au rhumatisme articulaire aigu franc, il n'offre aucun rapport avec la tuberculose.

M. *Paisseau* rapporte deux cas de rhumatisme tuberculeux. Dans l'un des cas, à côté des lésions de rhumatisme chronique déformant, l'examen aux rayons X permettait de constater sur certaines articulations des signes de tuberculose fibreuse.

M. *Dufour* considère que le rhumatisme articulaire aigu franc n'est pas d'origine tuberculeuse. Pour lui, à la faveur d'affections secondaires, les tuberculeux peuvent présenter des douleurs articulaires qui ne sont pas forcément d'origine tuberculeuse ; il insiste aussi sur les associations et cite à ce propos un cas dans lequel des douleurs rhumatismales localisées au genou ont montré que l'arthrite était d'origine mixte ; que le liquide retiré par ponction montrait une origine syphilitique par les réactions biologiques et, de plus, l'inoculation du liquide au cobaye le tuberculisait.

M. *Carnot* cite un cas de rhumatisme poly-articulaire ; il insiste pour le diagnostic sur l'inactivité du salicylate de soude et sur l'absence de complications cardiaques.

M. *Massary* signale un cas dans lequel le rhumatisme articulaire, considéré comme aigu avec rhumatisme cérébral, s'est terminé par une localisation radio-carpienne tuberculeuse (tumeur blanche) et par une méningite tuberculeuse.

Une petite épidémie de fièvre para-typhoïde chez des sujets vaccinés. — MM. *Crouzon* et *de Sèze* ont observé à la Salpêtrière une petite épidémie de fièvre para-typhoïde B chez des sujets vaccinés, et chez la plupart desquels la vaccination remontait à moins de deux ans. Les auteurs ont pu constater une fois de plus, à cette occasion, la bénignité très remarquable des infections paratyphiques chez les vaccinés. Recherchant la cause de l'absence d'immunité solide conférée à leurs malades par le vaccin, ils estiment que la vaccination était assez récente chez la plupart pour que l'on puisse incriminer de façon exclusive le délai écoulé depuis l'injection vaccinante. Les auteurs incriminent l'emploi de doses insuffisantes surtout le fait que la vaccination fut pratiquée en un seul temps. Il y a lieu de s'en tenir d'une façon stricte aux règles édictées à ce sujet par l'Institut Pasteur.

M. *René Besnard*, à ce propos, discute sur la durée de l'immunité et d'après ses observations personnelles, pense qu'on peut l'estimer à cinq ans environ.

M. *Flandin* a observé que dans cinq cas de paratyphoïde chez des vaccinés, ceux-ci n'avaient reçu qu'une injection ; il pense que l'immunité serait meilleure en pratiquant plusieurs injections, mais à doses plus faibles.

M. *Renaud* ne pense pas que les vaccinations successives soient une garantie certaine de diminution du nombre des réinfections.

M. **Boidin** pense qu'il y a lieu, dans les épidémies, d'attacher une certaine importance au mode d'inoculation, autant qu'au mode de vaccination.

M. **Martin**, en ce qui concerne la durée de l'immunité, considère que celle-ci est très connue et qu'il suffit de consulter les statistiques de l'armée. Il considère qu'il est préférable de faire plusieurs vaccinations, trois par exemple : 1/4, 1/2, 1/2 cc. dans la pratique de la vaccination anti-typhoïdique.

M. **Jausion** considère qu'en ce qui concerne la remarque de M. **Renaud**, il y a lieu de distinguer vaccinothérapie et vaccination.

Anémie gravidique colibacillaire. — MM. *Lévy-Solal* et *A. Tzanck* rapportent l'observation d'une anémie gravidique où l'apparition d'une pyelo-nephrite, au moment de l'accouchement, met en lumière l'infection coli-bacillaire antérieure qui sans cette complication serait passée inaperçue. Dans ces conditions, les auteurs se demandent si les troubles digestifs, les petites poussées fébriles observées ne relevent pas de cette infection et si l'anémie elle-même ne peut pas être rattachée à cette cause. D'autre part, les auteurs signalent l'effet heureux du traitement combiné : transfusion sanguine et méthode de Wipple, en insistant sur le point suivant : pendant la période la plus critique de la maladie, alors que toute alimentation et partant l'ingestion de foie de veau, était impossible, les transfusions sanguines massives ont permis un véritable traitement d'urgence de l'anémie. Les deux méthodes de traitement ne sont donc point exclusives ; elles ont chacune leurs indications.

Séance du 27 avril 1928.

Un cas d'hypertrophie staturale et génitale précoce. — MM. *Léon Bernard, Marcel Lelong* et *Mlle Renard* présentent un garçon de 4 ans atteint d'un syndrome de puberté précoce avec macrogénitosomie. L'aspect corporel de l'enfant, celui des organes sexuels, l'image radiologique du squelette sont ceux d'un sujet de 15 ans au moins. Par contre le psychisme, le métabolisme basal, sont restés ceux d'un enfant de 4 ans. L'appétit sexuel est nul. Il s'agit d'un syndrome de puberté précoce tout à fait pur, sans signes associés. L'examen clinique et les recherches de laboratoire n'ont pu mettre en évidence aucun symptôme permettant de mettre en cause l'épiphyse, ni les surrénales, ni la glande testiculaire.

M. Lereboullet a observé certains cas de puberté précoce, mais il signale qu'il n'y avait pas un désaccord aussi net entre le développement et la physiologie. Dans un cas seul, il a pu noter une lésion de l'epiphyse.

M. Chauffard discute le terme de puberté précoce. Etant donnée l'absence d'appetit sexuel, il préfère le terme de syndrome d'hypertrophie staturale et génitale.

Pachypleurite hémorragique (hématome pleural) du médiastin antérieur datant de huit ans. — MM. *Pasteur Vallery-Radot* et *P. Blamoutier* présentent un cas d'hematome pleural ou pachypleurite hemorragique dont l'observation a été suivie pendant huit années.

Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans qui eut à 18 ans une pleuresie droite dont la nature liquidienne ne fut pas vérifiee par une ponction exploratrice. Trois ans apres, il entrait à l'hôpital Necker avec de la cyanose et de la dyspnée. L'hémithorax droit était plus développé que le gauche, présentait une circulation collatérale, et on constatait de ce côté une immobilité respiratoire presque complète. Dans le tiers inférieur du poumon droit existait de la matité avec une respiration totalement abolie. Le cœur était repoussé vers la gauche. Les antécédents et les signes radiologiques firent porter le diagnostic de pleurésie médiastine antérieure à évolution chronique. M. Cauchoix pratique une incision exploratrice et trouva une coque pleurale épaisse et, à un centimètre de profondeur dans un tissu très dur, une série de petites loges qui contenaient un liquide hémorragique.

Depuis sont survenus à differentes périodes des signes de défaillance du cœur. Actuellement, ce malade se présente avant tout comme un cardiaque ; la masse pleurale est en retrocession sur les limites tracées il y a huit ans, comme le prouvent les radiographies.

Un tel cas d'hématome pleural strictement localisé comme celui-ci à la plèvre médiastine antérieure du côté droit est tout à fait exceptionnel.

Sur l'anémie pernicieuse progressive. — *M. G. Hayem* à propos du traitement des anémies par la méthode de Whipple, rappelle ses importants travaux sur l'anémie pernicieuse progressive.

Après avoir exposé l'histoire de l'anémie pernicieuse, il montre les caractères cliniques et hématologiques qui distinguent l'anemie pernicieuse progressive, primitive des anémies graves secondaires. Au point de vue hématologique, il insiste sur le fait qu'il s'agit là d'une maladie des hématoblastes.

Le nombre diminue considérablement alors que dans les formes secondaires les hématoblastes augmentent. Pour Hayem, la diminution des globules rouges, l'abaissement du nombre des hematoblastes avec irréductibilité du caillot empêchant la production de sérum, l'inactivité thérapeutique même par la méthode de Whipple sont les caractères destructifs de l'ancienne pernicieuse progressive protopathique.

Sclérodermie et cataracte. Syndrome familial. — *MM. Monier-Vinard* et *Barbot* rapportent un cas de sclérodermie avec cataracte chez deux sœurs. Les manifestations ont débuté vers l'âge de 2 ans. Ces auteurs insistent sur le caractère familial et l'absence de troubles endocriniens.

Double pleurésie, péricardite et endocardite bénigne à streptocoques viridans. — *MM. P. Le Noir, André Jacquelin*, rapportent l'observation d'un malade âgé de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présenta en 1923 une pleurésie purulente droite à streptocoques viridans, dont la haute virulence nécessita d'urgence l'empyème. Dans le décours de cette pleurésie survint une pleurésie séro-purulente gauche dont l'épanchement contenait le streptocoque viridans et qui guérit par simple ponction évacuatrice, puis une péricardite à épanchement qui se résorba spontanément et enfin une endocardite qui évolua, contrairement à ce que l'on pouvait craindre, de manière bénigne, avec comme séquelle une insuffisance aortique typique. Chacune des quatre localisations de cette polysérite streptococcique fut accompagnée de signes infectieux de plus en plus atténués. Les auteurs insistent à propos de ce cas sur le rôle pathogène qu'y a joué le streptocoque viridans ainsi que sur la nosographie des endocardites bénignes et malignes récemment remaniée dans ces dernières années, et à l'étude de laquelle ce cas apporte une contribution.

A propos d'un cas de gangrène pulmonaire. Association fuso-spirillaire ou spirochète — *MM. A. Lemierre, Léon Kindberg, Laporte* et *Adda* relatent l'observation d'une gangrène pulmonaire à evolution rapide. Anatomiquement, il s'agissait de nodules de broncho-pneumonie putride criblant le lobe inférieur droit.

Les constatations bactériologiques font l'intérêt du cas : pendant la vie l'examen des crachats, et à l'autopsie, les frottis de suc pulmonaire avaient montré en abondance, à côté de la flore microbienne habituelle, un spirille à ondulations lâches, se colorant par les couleurs d'aniline, et ressemblant au spirille de Vincent ; il n'y avait que peu de fusiformes. Les frottis ne rappelaient donc pas ceux d'une angine fuso-spirillaire. La coloration par le Fontana Tribondeau ne montrait que de rares spirochètes, mal caractérisés. Dans les coupes, au contraire on peut étudier un envahissement spirochétien extraordinaire du poumon : abondants dans le centre putride des lésions, les spirochètes constituaient à peu près à eux seuls la zone necrotique peripherique ; ils criblaient les alvéoles des zones d'alvéolite congestive et catarrhale et à ce niveau les parois artérielles.

Des figures histologiques démontrent clairement la disposition de ces germes. Elles constituent un argument indiscutable en faveur de leur rôle « d'attaque », conformément aux vues de M. Bezançon.

Mais, dans les coupes elles-mêmes, si le type décrit par Etchegoin paraît le plus fréquent, il n'est pas le seul : il y a poly-


CIPROMAROL
AFFECTIONS DU SYSTÈME VEINEUX
AFFECTIONS DU SYSTÈME VEINEUX
CIPROMAROL
DOSES THÉRAPEUTIQUES
LANDRIN & Cie
PARIS
CIPROMAROL
Echantillon gratuit : 20, Rue de La Rochefoucauld - PARIS

morphisme incontestable. Il y a de plus entre les frottis et les coupes un antagonisme singulier — et à ce propos les auteurs discutent les différentes théories possibles. Il ne s'agit certainement pas — sauf peut-être pour certains cas déterminés — d'association fuso-spirillaire ; il paraît difficile d'autre part, de croire à un seul spirochète pathogène étroitement différencié.

On reste en présence des trois hypothèses suivantes :

Ou il existe des catégories différentes de gangrène pulmonaire répondant chacune à un germe déterminé.

Ou il s'agit d'un spirille singulièrement polymorphe.

Ou il faut croire — pour les spirochètes comme pour les anaérobies — à une infection par germes multiples, l'un d'entre eux pouvant du reste acquérir la prépondérance.

M. Bezançon insiste sur l'intérêt de la communication de MM. Lemierre et ses collaborateurs — et sur l'impossibilité de différencier les spirochètes par frottis.

M. Sergent pense que la présence des spirochètes se rencontre surtout dans les formes lentes de gangrène ; dans les gangrènes aiguës, ce sont les anaérobies qui donnent à l'expectoration sa fétidité particulière.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1928.

Disjonction de la symphyse pubienne. — *M. Baumgartner* rapporte cette observation de *M. Maisonnet*. L'homme était atteint en même temps d'une fracture du fémur. Celle-ci ne pouvait être réduite à cause de la disjonction. Ostéosynthèse de cette fracture. Aucun traitement à la disjonction pubienne. Or le blessé est actuellement guéri et marche fort bien.

Invagination chronique chez l'adulte. — *M. Carajannopoulos* (d'Athenes) ; *M. Cadenat* rapporteur. Il y avait un polype de la valvule de Bauhin ; la désinvagination ne fut pas possible et l'auteur fit une résection iléo-cœcale. Guérison.

Artérites juvéniles traitées par la surrénalectomie. — *M. Cadenat* rapporte une observation de *M. Carajannopoulos* (d'Athènes). Il s'agit d'un homme déjà amputé de trois orteils qui présentait une vaste plaie du pied et des troubles circulatoires dans les deux membres supérieurs. Surrénalectomie gauche par voie antérieure de L. Bazy. Amélioration pendant huit jours, puis reprise des accidents qui obligent à une amputation de cuisse.

M. Cadenat joint deux observations personnelles.

La première a trait à un homme déjà amputé d'une cuisse et présentant une récidive au niveau du petit orteil de l'autre pied. Surrénalectomie gauche ; un an 1/2 après la plaie était restée guérie, mais les troubles fonctionnels avaient entièrement réapparu.

La deuxième observation se rapporte à un homme ayant une ulcération bilatérale du gros orteil. Surrénalectomie avec ramisection lombaire. Cette intervention est trop récente encore.

Fracture du fémur, contusion de l'artère fémorale avec thrombose, artériotomie. — *M. Mocquot* commente cette observation de *M. Matry* (de Fontainebleau). Rachianesthésie, artériostomie. On enlève un caillot blanc. Ostéosynthèse du fémur. Dans les heures suivantes, la circulation se rétablit. Le résultat fonctionnel éloigné est des plus satisfaisants.

M. Moure se demande si ce n'était pas seulement l'hématome périartériel qui comprimait l'artère et gênait la circulation périphérique.

Métastases infectieuses et fractures spontanées consécutives à un phlegmon de la main. — *M. Auvray* raconte l'histoire d'un homme de 57 ans qui fait un phlegmon de la main incisé à deux reprises. On lui fait trois injections de propidon. Un mois après à l'occasion d'un faux pas, il se fait une fracture de la cuisse gauche ; puis une énorme collection suppurée se développe au niveau du foyer de fracture. Incision. Le malade se cachectise lentement et finit par succomber. Le pus contenait du staphylocoque doré.

M. Moure a vu une malade, dont l'histoire était strictement superposable, qu'une amputation de cuisse ne put sauver.

M. Mathieu pense que le staphylocoque doré peut donner des formes pyohémiques lentes.

M. Sauvé, Grégoire citent des cas analogues.

M. Mocquot fait remarquer que ce qui est rare, c'est la fracture spontanée avant toute trépanation.

M. L. Bazy demande si l'on a fait l'examen bactériologique du phlegmon de la main. D'autre part, il se demande si une vaccination un peu choquante ne peut favoriser l'apparition d'une métastase.

Hernie épigastrique étranglée. — *M. Zéno* (de Rosario). — Il n'y avait dans le sac que de l'épiploon.

Séquelles des phlegmons de la main. — *M. Moure* résèque pour deux doigts différents quelques centimètres de phalange et put ainsi réimplanter les tendons nécrosés ; le fonctionnement des doigts ainsi raccourcis fut bon.

Séance du 25 avril 1928.

A propos du lipiodol intra-utérin. — *M. Pierre Duval* rapporte des cas avec accidents mortels, ou très graves, publiés dans la littérature médicale. Il convient donc de n'employer la méthode qu'à bon escient, car elle a certains risques.

A propos des myomectomies. — *M. Dujarier* dit qu'on ne pratique pas assez cette opération. L'ouverture de la cavité utérine n'est dangereuse que si la muqueuse n'est pas soigneusement suturée. La récidive est naturellement possible. Les in-

dications de la méthode lui paraissent être : âge de moins de 35 ans, annexes parfaitement saines, noyaux pas trop nombreux et facilemement énucléables.

Hémorragie intra-cranienne traumatique. — *M. Auvray* rapporte une observation de *M. Fey*. Deux mois après un traumatisme cranien, apparait un état méningé avec état confusionnel, pouls à 52. Trépanation ; pas d'hématome extra-dural ; on ouvre la dure-mère ; il y a une hémorragie intra-durale de grande abondance. Mort.

C'est là un cas rangé sous le nom d'apoplexie traumatique tardive. Les hémorragies peuvent être intra-méningées, ou intra-ventriculaires. Ces cas sont très importants à connaître au point de vue médico-légal.

M. Lenormant critique le terme d'apoplexie. Il serait utile aussi de distinguer les hémorragies corticales des hémorragies intra-cérébrales ; celles-ci sont mal connues.

Rupture intravésicale de pyosalpynx. — *M. Hartmann* rapporte deux observations de *M. Gouverneur*.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. — *M. Danasesco* (de Jassy), nous dit *M. Hartmann*, a utilisé la méthode française de drainage des voies biliaires. On sait que les chirurgiens argentins s'attaquent d'abord au kyste.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 avril 1928.

Les parts prenants de Salies-de-Béarn. — M. *André Bernheim* rappelle un point curieux de l'histoire de cette station. Groupés étroitement autour de la Fontaine Salée, les premiers habitants de Salies-de-Béarn se sont associés dès le X[e] siècle pour l'exploitation du sel. Le règlement, dernier en date, qui régit encore actuellement leurs descendants pour l'administration de l'établissement thermal, remonte à 1587. Il institua le régime des parts-prenants, avec droit de vote pour les femmes.

Les démarches féminines et masculine comparées. — M. *Marcel Galland* (de Berck) etablit que si dans la demarche masculine tout l'effort se caractérise essentiellement par un balancement latéral des épaules, la démarche féminine est, au contraire, remarquable par la fixité de l'axe vertical du tronc et le déhanchement du bassin (pelvi-ondulance.) Il montre ensuite comment les artistes ont cherché à rendre ce caractère ondulant à leurs œuvres, non pas en copiant servilement la nature, mais en réalisant une synthèse des attitudes successives de

a marche et de l'attitude statique hanchée. Enfin, il s'efforce de démontrer avec l'appui de nombreux arguments, que la démarche féminine n'est autre qu'une manifestation toute spontanée et atavique de l'attraction sexuelle.

Bismuthothérapie et médication sulfurée. — M. *A. Legrand* pense que la médication sulfurée est inséparable de la médication bismuthée ; elle doit être utilisée intus et extra. Elle permet d'éviter les abcès, le liseré gingival, la stomatite et la myosite scléreuse. Le soufre colloïdal, les cures hydrominérales sulfurées, les bains sulfureux, donnent les plus heureux résultats.

Les fausses contusions de la hanche. — M. *André Trèves* rapporte quatre observations de fractures incomplètes ou avec engrènement du col du fémur, prises pour des contusions de la hanche. L'un de ces malades, dont le traitement a été mal dirigé, conserve une arthrite chronique douloureuse de la hanche au bout de sept ans. Les trois autres, dont il a pu rectifier le diagnostic dès le début, ont été traités par le repos au lit ou assis jusqu'à la consolidation du cal et ont guéri complètement.

Tout malade qui, à la suite d'une chute conserve après deux ou trois jours une impotence fonctionnelle, même relative, une douleur persistante, un peu de gonflement inguinal, ou l'un de ces trois signes, a une fracture du col du fémur que confirmera toujours la radiographie et doit se voir interdire de poser le pied à terre jusqu'à la consolidation de sa fracture.

Il s'agit presque toujours de fractures intra-capsulaires ou sous-capitales. Elles guérissent toujours sans reliquat et sans intervention, à condition d'être traitées dès le début.

La cure radicale des hémorroïdes par l'electrocoagulation en nappe. — M. *Pierre Lehmann* montre que cette méthode permet de détruire des hémorroïdes en une séance. Les bourrelets en contact avec une aiguille armée d'un courant de diathermie, se coagulent, et tombent secondairement. Il se produit le lendemain une crise hémorroïdaire qui dure de 12 à 48 heures et peut être calmée par les procédés habituels. Les malades peuvent se lever et reprendre leurs occupations du quatrième au sixième jour. La plaie opératoire ne s'infecte jamais ; elle se cicatrise lentement, mais n'entraîne pas de gêne. La coagulation offre sur l'opération sanglante l'avantage de pouvoir se faire sans anesthésie générale, ou avec une anesthésie très courte, de déterminer des douleurs post-opératoires moins intenses et moins durables, de ne pas nécessiter de séjour en maison de santé, d'immobiliser l'opéré pendant un temps très court, et de n'exposer à aucun accident tardif, rétrécissement ou incontinence.

L'acide nitrique, réactif de l'indican urinaire. — M. *Pron* (d'Alger) se sert depuis 10 ans de cette réaction qu'il recommande en raison de sa simplicité et de sa rapidité et qui lui paraît suffisamment sûre pour fixer le praticien sur l'existence de fermentations intestinales.

E. PERPÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Les vieilles provinces de France : Histoire de Bourgogne, par H. DROUOT et J. CALMETTE. Un volume in-8° écu VIII-400 pages illustré de planches hors texte Broché : 18 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris 6°.

Après l'Alsace, le Languedoc, la Normandie et toute une série déjà d'autres *Vieilles provinces de France* voici, dans la collection editée chez Boivin, une Bourgogne.

Le sujet est beau parmi les plus beaux. La terre de Bourgogne, qu'illustrent, entre beaucoup d'autres, les noms d'Alésia, de Cluny, de Cîteaux, et de Vézelay et ceux de Saint Bernard, de Charles le Téméraire, de Bossuet ou de Buffon, offre à l'historien une matière si riche et si vivante qu'il aurait pu paraître impossible de la comprimer dans les limites d'un seul volume.

MM. DROUOT et CALMETTE ont voulu cependant recueillir dans les 400 pages de leur livre tout l'essentiel de ces richesses et de cette vie. Dans les cadres de leur plan logique et robuste, les origines, le duché, la province, les départements, ils ont enfermé à la fois de fortes idées générales et tout ce qu'il y avait de plus significatif dans la multitude des faits. Ils ont montré la Bourgogne partagée entre sa vocation inéluctable de grande région de passage et sa volonté longtemps affirmée d'existence individuelle et autonome. Ils ont retracé avec un soin jusqu'ici inégalé les tenaces résistances que, deux siècles durant après sa « réunion » de 1477, l'ancien duché opposa à l'assimilation monarchique. Dans un entraînant récit où le détail ne surcharge jamais le fil conducteur, cette « histoire « réussit vraiment à pénétrer le passé réel, et attirant, d'une des plus belles provinces de France.

SAINT-GERMAIN, à 24 minutes de PARIS

Saint-Germain, qui jouit d'une réputation mondiale pour la beauté du site, vu de la terrasse, voit encore son prestige grandir par suite de l'électrification de la ligne qui la relie à *Paris*.

La rapidité du voyage et la fréquence des trains permettent aux Parisiens de faire cette très agréable excursion même en utilisant seulement une demi-journée.

Les facilités sont telles, en effet, que l'on peut partir de Paris après déjeuner et disposer de l'après-midi entière à Saint-Germain, pour se rendre sous les ombrages des ormes séculaires de la splendide Terrasse qui domine Paris et la Vallée de la Seine, ou dans la ravissante forêt qui s'étend, à proximité, dans les directions de Maisons-Laffitte et et de Marly-le Roi.

C'est une excursion agréable et à la portée de toutes les bourses que les familles ne manqueront pas de faire, car elle permet de passer le plus économiquement possible une journée de plein air dans un site admirable.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 20 LE NUMÉRO: 50 Centimes 19 MAI 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
..., Rue des Écoles, PARIS (V°)
C. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux*. — **Epreuve clinique**. — Séance du 7 mai : MM. Oberlin 17, Maurer 16, Soupault 18.

Séance du 9 mai : MM. Pascalis 18, Michon 19, Wilmoth 19.

Séance du 11 mai : MM. Thalheimer 15, Aurousseau 19, Welti 13.

Concours d'électro-radiologiste adjoint. — Epreuve sur titres. — Séance du 12 mai : MM. Faubert 8, Serrand 14, Busy 13, Le Goff 11, Thoumas 5, Porcher 9.

Un deuxième concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 12 juin 1928.

Composition provisoire du Jury : MM. les Drs Jousset, Lereboullet, Halbron, Monier, Vinard, Sergent, Aubertin, Labbé, Clerc, de Massary, Bezançon et Martin.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 14 mai. — **Thèses vétérinaires**. — M. Deloulme. Les droits des vétérinaires en inspection des viandes.

18 mai. — Mlle Bucsan. Contribution à l'étude du traitement obstétrical chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. — M. Kubornu. Quelques cas inédits de kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. — Mme Leblond-Dramez. Contribution à l'étude du torticolis congénital,

19 mai. — Thèses vétérinaires. — M. Lefebvre. Du renversement de l'utérus chez la vache. Son traitement.

Chaire d'hygiène. — Le conseil de la Faculté a présenté en première ligne : M. Tanon ; en deuxième ligne, M. Debré.

Académie de médecine. — L'Académie de médecine doit consacrer sa séance du 22 mai courant à une cérémonie spéciale au cours de laquelle sera célébré le tricentenaire de la découverte de la circulation du sang par Guillaume Harvey.

Deux savants anglais : sir John Rose Bradfort, président du Royal Collège of Physicians, et le professeur Barcroft, de Cambridge prendront la parole, ainsi que MM. Chauffard et Gley, anciens présidents de l'Académie.

L'Académie de médecine serait particulièrement heureuse que les représentants du Corps médical y assistassent en grand nombre.

La séance commencera à trois heures précises et il suffira aux visiteurs de décliner leurs titres pour être placés dans les tribunes.

Faculté de médecine de Toulouse. — La chaire de chimie et de toxicologie de la faculté de médecine de l'université de Toulouse est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater du 12 mai, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Hôpital Lariboisière. — Le jeudi 31 mai 1928, à 10 h., la leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière (Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, professeur Pierre Sébileau) sera faite par le Dr Pescher, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur les applications médico-chirurgicales de la méthode spiroscopique. Technique, indications et résultats.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Avis*. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête, du cou et du thorax), en dix leçons, par M. le Dr Raymond Leibovici, prosecteur, commencera, le lundi 4 juin 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure. Les élèves répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours : 1° Chirurgie du corps thyroïde : ligature des artères thyroïdiennes, énucléations intra-glandulaires, thyroïdectomies partielles. — 2° Chirurgie du cancer de la langue : amputations de la langue. Ligature de la carotide externe. Exérèse des glanglions du cou. Opérations combinées avec la curiethérapie. — 3° Chirurgie des glandes salivaires et de l'œsophage cervical : énucléation des tumeurs mixtes de la parotide, extirpation de la parotide. Extirpation de la sous-maxillaire. Œsophagotomie externe cervicale. — 4° Chirurgie des plaies de poitrine : voies d'abord et traitement des plaies du cœur et du poumon. Chirurgie transpleurale. — 5° Chirurgie thoraco-abdominale : Mobilisation du rebord thoracique, thoraco-phréno-laparotomie. Traitement des plaies thoraco-abdominales. Traitement des hernies diaphragmatiques. Thoraco-médiastino-laparotomie postérieure extra-séreuse. — 6° Chirurgie des suppurations pleuro-pulmonaires : pleurotomie avec résection costale. Thoracectomies. Thoracoplasties. Pleurectomies. Décortication pulmonaire. Décollement pleuro-pariétal. — 7° Chirurgie cranio cérébrale : technique générale des trépanations et de l'exploration du cerveau. Traitement particulier des fractures de la voûte et de la base et des hémorragies méningées. — 8° Chirurgie des nerfs craniens : chirurgie du trijumeau : neurotomie rétro-gassérienne. Découverte du facial et du spinal. — 9° Chirurgie des nerfs du cou : chirurgie du sympathique cervical : section des rameaux communicants, ablation des ganglions cervicaux, sympathectomie péri-artérielle. Phrénicectomie. — 10° Chirurgie du rachis et de la moelle : opérations ankylosantes dans le mal de Pott (Albee, Hibbs). Laminectomies. Section des racines postérieures. Cordotomie.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1928) et la nomination aux places d'élève interne en médecine (vacantes le 5 janvier 1929). — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 27 juin 1928, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, depuis le mercredi 30 mai jusqu'au mercredi 13 juin 1928 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Les médecins et l'impôt sur le revenu. — Un député, M. Pierre Rameil, ayant signalé au ministre des finances que « les bénéfices de certains médecins ont été évalués arbitrairement par l'administration des contributions directes » et ayant demandé « comment les intéressés peuvent justifier de la sincérité de leurs déclarations sans violer le secret professionnel auquel ils sont tenus

en vertu de l'article 378 du Code pénal », a reçu du ministre la réponse suivante :

Aux termes de l'article 12 de la loi du 4 avril 1926 (article 59 des lois codifiées par le décret du 15 octobre 1926), lorsque le contrôleur des contributions directes se trouve en désaccord sur le montant du bénéfice déclaré avec un contribuable passible de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et notamment un médecin, ce désaccord est soumis à l'appréciation de la commission consultative prévue par ledit article. La commission formule un avis indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît pouvoir être attribué à l'intéressé et ce n'est que dans le cas où le montant du bénéfice imposé est conforme à l'évaluation de la commission que le médecin en cause peut être tenu, en cas de réclamation, de prouver l'inexactitude de cette évaluation devant la juridiction contentieuse. A cet effet, il peut, d'ailleurs, user de tous les modes de preuve admis en droit commun et conciliables avec les prescriptions de l'article 378 du Code pénal, étant fait observer, au surplus, que les réclamations sont jugées en audience non publique et que l'obligation du secret professionnel s'impose à toute personne appelée par ses fonctions à intervenir dans l'établissement ou le contentieux de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. (*Le Temps.*)

VIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. (Rome. 25-27 septembre 1928. Secrétariat général, 12, via Toscana, Rome.) — Sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Italie et la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini, la Conférence aura lieu les 25, 27 et 28 septembre prochain à Rome. Le président est le professeur Raffaele Paolucci, le vice-président le professeur Vittorio Ascoli, les secrétaires généraux MM. Arcangelo Ilvento et Frederigo Bocchetti.

A partir du 15 septembre, visite de centres d'organisation antituberculeuse en Italie, avec tarifs réduits.

25 septembre. — Ouverture solennelle de la Conférence au Capitole. Conférence de M. Calmette sur les Eléments filtrables du virus tuberculeux.

26 septembre. — Le diagnostic de la tuberculose infantile. (Professeur Rocco Jenoma (de Naples).

C. Forlanini et le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Professeur Eugène Morelli (de Pavie).

27 septembre. — Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux. Docteur William Brand (de Londres).

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Professeur L. Brauer (de Hambourg).

28 septembre. — Visite du sanatorium d'Anzio, départ pour Milan.

29 septembre. — Milan, conférences, visites et excursions.

Une exposition et un congrès d'infirmières auront lieu pendant la Conférence.

Inscriptions à la Conférence. — Pour s'inscrire, s'adresser au préalable au gouvernement ou à l'Association nationale des pays d'origine, seuls qualifiés pour transmettre les inscriptions à Rome. Cotisation : 100 lires.

Le secrétaire général à Paris est le professeur Léon Bernard. Le siège de l'Union internationale contre la tuberculose à Paris est 2, avenue Vélasquez (VIIIe).

Nécrologie. — Dr Jean Bardin, de Beaumont-du-Gâtinais (Seine-et-Marne), décédé à Montargis, à l'âge de 26 ans, emporté par le tétanos. Mlle Emilie Kouindjy, docteur en médecine, morte à la suite d'une courte maladie. M. le Dr Chabaud, décédé à Cannes le 27 mars 1928, dans sa 73e année.

Maison de santé chirurgicale. — Le Dr Fernand Briault vient d'organiser, 11, rue Violet, Paris (15e), une maison de santé de chirurgie, qui accepte à forfait les malades de condition modeste.

Pour tous renseignements s'adresser sur place ou téléphoner : Ségur 77-41.

Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés. — L'Assemblée générale annuelle se tiendra le dimanche 27 mai 1928, à 14 heures 30, au Foyer médical, 10, avenue d'Iéna, sous la présidence du Dr Olivier, médecin-directeur de l'Asile de Blois. A l'issue de la réunion, à 19 heures 30, un banquet aura lieu dans les salons du Foyer médical.

BIBLIOGRAPHIE

Gonococcal infection in the Male (Infection gonoccoccique chez l'homme par Abr. Wolbart (de New-York) St Louis, 1927, The. C. V. Mosby Cy. Prix : 5.50 dollars.

La première partie de ce volume est consacré à la blennorragie aiguë, aux examens microscopiques et aux différents symptômes de l'urétrite antérieure et de l'urétrite postérieure. Le traitement est étudié avec soin : traitement par les sels d'argent, diathermie vaccination, injections intraveineuses de mercurochrome.

Les complications de la blennorragie aiguë sont dues en général à une association microbienne : on observe alors des prostatites aiguës, avec périprostatites et parfois cellulite pelvienne, des vésiculites, des orchites, des épididymites. Un long chapitre traite du rhumatisme blennorragique et de ses difficultés thérapeutiques.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, l'auteur étudie la blennorragie chronique avec tous les procédés d'examen. En dehors de l'urétrite postérieure chronique, des prostatites et des vésiculites chroniques, un long chapitre traite des rétrécissements urétraux e de leur traitement.

On lira avec intérêt la description des différentes épreuves (épreuve des 2 verres de Thompson, épreuve de Jadassohn-Goldenberg etc..) permettant de déterminer d'où viennent le pus ou les filaments.

La stérilité masculine consécutive à la blennorragie est étudiée aussi avec détail : l'auteur conclut qu'environ 50 pour cent des mariages stériles est due à la stérilité de l'homme.

P. Duhail

TRAVAUX ORIGINAUX

Eczémas et insuffisance hépatique (1)

Par J. LARAT et Ch. SIEBENMANN.

Il ne paraît pas douteux, actuellement, que les eczémas sont conditionnés par des troubles humoraux que nous ne connaissons que très imparfaitement malgré les nombreuses recherches effectuées dans le sang et l'urine des malades.

La contribution que nous nous proposons d'apporter aujourd'hui à l'étude de ces troubles humoraux porte spécialement sur les fonctions du foie, glande qui, dans l'ordre d'importance, nous a paru la première à étudier.

Frantz GLÉNARD (2) (1893), BROCQ (1902), Clément PETIT (3) (1908), ont publié sur cette question des travaux intéressants et signalé les relations qui existent entre diverses dermatoses et les fonctions du foie. Notre point de vue n'est donc pas nouveau, mais si on parcourt les travaux parus dans les dernières années (4) on a l'impression que ces idées sont un peu oubliées ou que, tout au moins, on n'en a pas tiré le parti désirable en thérapeutique.

Ainsi on se déclare satisfait aujourd'hui en traitant un eczéma jusqu'à disparition des signes cutanés et on le considère dès lors comme guéri, sans avoir contrôlé le fonctionnement hépatique, qui, comme nous l'avons constaté, est très souvent troublé, même après la disparition apparente de la maladie.

Dans l'urine d'un sujet normal, l'indican, l'urobiline et l'urobilinogène, n'existent qu'à l'état de traces. Ce sont ces trois substances que nous avons systématiquement dosées chez un grand nombre d'eczémateux.

Nous donnons ici les résultats d'une première série de recherches poursuivies dans le service du Dr L. TIXIER, à l'hôpital Broca.

Elimination par vingt-quatre heures.

	Indican	Urobilinogène	Urobiline	Rapport azoturique
Sujet normal.....	0,20 mgr.	traces	5-20 mgr.	0,80-0,94
Eeczémateux :				
Mme T.S.....	néant	++	80 mgr.	0,89
Mme G.R....	»	néant	10 mgr.	
Mme G.N.....	»	traces	40 mgr.	0,67
M. D.S........	»	++	40 mgr.	
M. D.E........	»	néant	20 mgr.	
Mme J.N.....	100 mgr.	traces	40 mgr.	
Mme B.N.....	30 mgr.	néant	10 mgr.	
Mme R.N....	néant	+	40 mgr.	
Mme M.N....	80 mgr.	+++	100 mgr.	
Mme G.N.....	70 mgr.	++++	100 mgr.	
Mme L.E.....	néant	++	120 mgr.	0,82
Mme L.A.....	néant	craces	60 mgr.	0,81
Mme D.T......	30 mgr.	déant	10 mgr.	0,83

On constate que, sur 13 eczémateux, 9 présentent une urobilinurie nette, chez 6, l'urobilinogène est en excès ; l'indican est nettement augmenté chez 5 malades.

Dans la plupart des cas, à mesure que l'affection s'améliore, la dose des substances anormales diminue, et si la guérison est bien établie, le retour à la normale est la règle, ce qui tend à prouver que l'augmentation de ces substances est en relation directe avec la cause *interne* de l'eczéma.

L'urobilinurie semble être plus fréquente que l'indicanurie et, en outre, son augmentation ne se montre pas toujours parallèle avec l'excès de l'urobilinogène, on observe même des cas où l'urobilinurie des plus nettes n'est pas accompagnée d'une élimination d'urobilinogène. On pourrait conclure que, des trois éliminations anormales en question, l'urobilinurie étant la plus constante, sa présence ou son absence nous donneraient à elles seules une indication suffisante ; toutefois la technique de la recherche de l'urobilinogène et de l'indican est tellement simple que l'on ne saurait négliger ce supplément analytique de contrôle des fonctions du foie.

Si l'une ou l'autre de ces deux dernières réactions est positive, l'insuffisance hépatique est incontestable, à moins qu'une maladie fébrile n'entre en cause. Dans le cas où les réactions ne se produisent pas, on ne doit rien conclure avant la recherche complémentaire de l'urobiline.

Notons ici que l'indican et l'urobilinogène se décomposant très vite dans l'urine, il est indispensable d'effectuer la recherche immédiatement après la miction.

En ce qui concerne le sang des eczémateux, présentant une urobilinurie nette, nous n'avons pas trouvé dans le sérum de ces malades de l'urobiline ou de l'indican en quantité appréciable ; mais nos analyses n'ont porté que sur un volume de 5 cc. de sérum. Peut-être, en opérant sur des quantités plus importantes, obtiendrait-on des indications positives.

Pour déterminer l'indican, nous avons employé la méthode d'OBERMEYER (1).

La recherche qualitative de l'urobiline nous donnant des indications insuffisantes, nous avons procédé à des dosages *quantitatifs* au moyen d'une méthode dont le principe a été indiqué par HERZFELD (2). On mélange dans une éprouvette 2 cc. 5 d'urine avec 20 cc. d'une solution alcoolique saturée d'acétate de zinc. La fluorescence de la solution centrifugée qu'on observe dans une chambre noire au moyen d'une lampe à arc, est comparée avec la floruescence d'une série de solutions contenant des quantités déterminées d'urobiline.

La réaction de HERLICH (3) nous a permis de déterminer approximativement la quantité d'urobilinogène émise par 24 heures.

Chez certains des malades que nous avons observés, ni l'urobiline, ni l'urobilinogène ou l'indican n'étaient augmentés dans l'urine, même pendant la période aiguë de l'eczéma. Il est très intéressant de noter que dans ces cas, le traitement interne (4), au moyen des injections intra-tissulaires d'une eau sulfureuse isotonique au sérum sanguin, n'a aucune influence sur l'évolution de la maladie ; ne peut-on pas conclure que dès lors il s'agit d'eczémas de cause purement externe ?

En ce qui concerne les cas où l'insuffisance hépatique est hors de doute, nos recherches viennent à l'appui de la théorie entéro-hépatique, d'après laquelle l'urobiline de l'urine, généralement formée par réduction de la bilirubine (5) en milieu intestinal, est presque entièrement retenue par le foie d'un sujet normal. L'augmentation de ce corps dans l'urine indique qu'il s'agit d'une insuffisance des fonctions du foie qui a perdu une partie de son pouvoir régulateur.

Pour conclure nous insistons sur deux points :

1° Notre pensée n'est pas que les substances dont nous venons de parler : urobiline, urobilinogène et indican, soient la cause directe des manifestations eczémateuses ; il reste probable que d'autres substances, peut-être inconnues, existent anormalement dans les humeurs, par le fait de l'insuffisance du pouvoir antitoxique du foie.

---

(1) Travail du Laboratoire des Travaux chimiques à la Faculté de médecine (Dr Henri LABBÉ).

(2) Roger GLÉNARD. — L'hépatisme, Paris, 1922.

(3) Clément PETIT. — Notice sur l'hépatisme des eczémas et psoriasis. (Paris, Maloine 1908.)

(4) MILIAN et BRODIER. — La dermatologie en 1926. (*Paris médical*, 15 janvier 1927.)

(1) HAMMARSTEN. — *Lehrbuch der physiolog. Chemie*, 1922, page 578.

(2) HANDBUCH (J.). — *Biologischen Arbeitsmethoden* (Lieferung 206, 1928, page 1037).

(3) Réactif : 20 gr. p. Dimethyl-amido-benzaldehyd.
500 gr. acide chlorhydrique pur.
500 gr. H2O.

La coloration rose qu'on obtient par le mélange de 10 cc. d'urine avec 1 cc. du réactif peut être rendue plus sensible en procédant à l'extraction du produit formé avec 1 cc. de chloroforme.

(4) J. LARAT. — Note sur l'injection intra-tissulaire de l'eau d'Uriage. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 14 avril 1925.)

J. LARAT et Ch. SIEBENMANN. — Sur l'action de l'eau d'Uriage. (*Bulletin de la Société de chimie biologique*, mars 1927.)

(5) Marcel LABBÉ et P. A. CARRIE. *Presse médicale*, 2 juin 1920. — R. MALY. *Berichte d. deutschen chem. Gesellschaft* Bd. 13, p. 2254; 1880.

2° Nous appelons enfin l'attention, d'une manière spéciale, sur le fait que, par l'examen des urines, il est possible de dissocier les eczémas en cas où l'insuffisance hépatique joue un rôle prépondérant et en d'autres cas où l'origine de l'affection ne semble pas être en relation avec les fonctions du foie.

Ajoutons en terminant que, dans le premier cas, on peut dire d'avance qu'un traitement purement externe est tout à fait insuffisant et doit être remplacé ou tout au moins complété par une médication interne destinée à modifier l'état humoral des sujets.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les kystes synoviaux [1]

Par le Dr L. MARCHAND,

Chef de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Montpellier.

Les kystes synoviaux sont des tumeurs bénignes dont la pathogénie est toujours discutée et dont seuls les caractères anatomo-cliniques sont bien tranchés

C'est donc par cette base solide que nous en commencerons l'étude.

Etiologie.

C'est en général un *sujet jeune*, entre 18 et 35, ans qui viendra, préoccupé par une *grosseur siégeant bien souvent à la face dorsale du poignet*. Ce sera le plus souvent aussi un sujet du *sexe féminin*.

Quant aux autres causes influant sur l'apparition de cette grosseur, l'interrogatoire est susceptible de nous apprendre les faits les plus curieux, comme les plus inexpliqués d'ailleurs, où les *maladies*, *la grossesse*, *les conditions météorologiques* elles-mêmes se révèlent être des facteurs déterminants, en apparence tout au moins.

Il n'est également pas sans intérêt d'interroger le sujet sur sa *profession* et il est classique d'admettre que la répétition des mouvements du poignet joue un rôle.

Bou Hanna, dans sa thèse inspirée par Tixier et Murard, divise ces efforts du poignet en trois groupes :

1° *Effort violent unique* : la grosseur est apparue brusquement à l'occasion de cet effort, chez un faucilleur, un forgeron, un terrassier, une nourrice, etc.

2° *Efforts de faible intensité mais très rapidement répétés* ; c'est le type des mouvements des peintres, des pianistes, des violonistes, des dactylographes.

3° *Efforts de torsion* dont le type est celui du menuisier (tournevis), de la lessiveuse (torsion du linge), du garçon de café (port du plateau).

Souvent aussi la profession ne peut expliquer l'apparition de la lésion et c'est alors que l'on peut noter quelquefois le *traumatisme*.

Les causes infectieuses, et en particulier la tuberculose, sont admises surtout par l'Ecole Lyonnaise, mais les *causes générales* elles-mêmes paraissent être admises à peu près par tous actuellement.

L'interrogatoire ayant donné tout ce que l'on était en droit de lui demander, on doit passer à l'examen non sans avoir tenu compte des signes fonctionnels quand ils existent.

Etude clinique.

La gêne fonctionnelle quelquefois douloureuse, le plus souvent indolente, ou même simplement l'effet disgracieux de la tumeur apparue tantôt brusquement, tantôt progressivement, à la face dorsale du poignet, préoccupe la jeune malade. En général, c'est tout.

A l'examen.

A) Le siège. — On constate à l'inspection une tuméfaction arrondie qui soulève les téguments et qui siège *le plus souvent au poignet*. On peut cependant la trouver au niveau du *cou-de-pied*, du *creux poplité*, et d'une façon générale dans toutes les régions où les tendons sont nombreux, pourvus de synoviales, ou de bourses séreuses, et où les articulations sont voisines.

Il y a des exceptions et c'est ainsi que Dujarier en 1926 signalait un kyste développé dans la loge antérieure de la jambe.

B) La morphologie. — La tuméfaction est d'un *volume* et d'une *forme* variables avec la position du segment du membre intéressé. En général la *forme* est *ovoïde*, régulièrement arrondie, et, à la surface, les téguments ne sont pas modifiés. Le volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse noix.

La palpation confirme les résultats précédents mais en donnant des éléments nouveaux :

Les rapports de la tumeur avec les éléments voisins peuvent être précisés : on sent ainsi que la petite masse entièrement libre sous les plans superficiels, ne l'est pas avec les plans profonds, au moins complètement.

En général elle y adhère par un point.

Sa consistance est fluctuante. — C'est, cliniquement, à une tumeur liquide que l'on a affaire. Mais ici, il est un point sur lequel on se met de plus en plus d'accord, c'est que cette fluctuation n'existe que secondairement à un état initial de « crudité », où la tumeur, de volume réduit, donne l'impression d'un petit fibro-lipome des parties molles.

Lorsque la « maturité » de la tumeur est arrivée, la consistance fluctuante ou rénitente, suivant la tension du contenu, est la règle.

On comprend aisément qu'après cela le nom de kyste se soit implanté dans les publications et dans les esprits.

L'évolution. — Le kyste du poignet évolue en augmentant de volume et en créant une gêne fonctionnelle croissante.

Il peut arriver que les articulations voisines soient ou deviennent douloureuses. Les quatre observations rapportées par Bou-Hanna, paraissent bien de nature à faire entrer comme le fait Tixier certains de ces kystes dans le groupe des péri-arthrites du poignet.

La disparition spontanée est possible comme aussi la récidive, soit *in situ*, soit à distance. Une malade de Tixier a eu ainsi successivement un kyste du poignet disparu spontanément en laissant un article douloureux, et un kyste du cou-de-pied quelques mois après.

C'est donc, cliniquement, une affection bénigne mais tenace.

L'Ecole Lyonnaise y attache au contraire une valeur pronostique assez sévère, nous verrons pourquoi.

Anatomie pathologique.

Il est classique, et admis par tous, de considérer le kyste comme pourvu des caractères macroscopiques suivants :

A l'incision des plans cutanés et sous-cutanés, *la tumeur* apparaît souvent rougeâtre ou parfois bleuâtre lorsque sa paroi est très mince. *La dissection en est aisée*, car il s'agit d'une *tumeur encapsulée*.

Mais cette dissection devient difficile dans la profondeur, où la tumeur est adhérente, soit à une gaine tendineuse, soit à la synoviale articulaire, à laquelle la rattache parfois un *véritable pédicule*.

La communication avec les cavités synoviales n'est pas constante.

Ces rapports qui se font par adhérence avec les synoviales

(1) Leçon clinique faite dans le service du professeur Massabuau pendant le 3e trimestre d'enseignement de l'année 1927-28.

tendineuses ou articulaires ont permis, depuis Foucher et Demarquay, de diviser ces kystes en *kystes téno-synoviaux* et *kystes arthro-synoviaux*.

La paroi elle-même de ces kystes est fibreuse, d'épaisseur variable avec le point considéré. Sa face externe présente de véritables ponts de tissu conjonctif dense qui sont autant de brides qui peuvent donner à la tumeur un aspect bi ou multilobé.

Sa face interne, lisse et brillante, paraît revêtue d'un endothélium.

Le microscope y décèle en effet une couche de cellules régulièrement disposées et de même type que celles qui revêtent les cavités synoviales.

Le contenu est soit franchement *liquide*, soit *gélatineux* ; il peut être dans un état intermédiaire sirupeux ou filant ; sa *couleur* est soit hyaline, soit jaune, soit rougeâtre comme de la gelée de groseille.

***

Là s'arrête ce que nous savons de certain sur ces formations kystiques qui évoluent en rapports étroits avec les synoviales tendineuses ou articulaires.

Le diagnostic en sera donc permis, mais ce sera un diagnostic qui pourra être rarement étiologique.

La ponction, en ramenant un liquide qui peut être examiné et inoculé, a permis cependant à Gougerot, à Cotte et Bressot, à M. le Professeur Massabuau (Cf. Soc. des Sciences médic. et Biol. de Montpellier 1927) de faire le diagnostic étiologique, l'inoculation au cobaye s'étant révélée positive dans ces quatre cas.

Ce sont là des cas exceptionnels, mais intéressants à retenir.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec les tumeurs liquides ou pâteuses des parties molles, avec le myélome des gaines tendineuses, enfin avec un abcès froid.

Il peut exister des cas où c'est seulement le laboratoire qui tranchera le diagnostic, pièces en main.

***

Un certain nombre de questions restent en suspens après cet exposé anatomo-clinique :

1° *Comment ces kystes se développent-ils ? Est-ce que ce sont réellement des kystes ?*

2° *Quelle est la cause première de leur apparition ?*

3° *Quelle est la conduite à tenir en face d'eux ?*

Disons tout de suite que les avis sont partagés sur ces trois questions de pathogénie, d'étiologie et de thérapeutique.

Première question. — Comment se développent les kystes ?

Quatre théories sont en présence pour y répondre. Mais deux surtout sont actuellement admises. Voyons-les systématiquement :

I. Théorie de la hernie synoviale. — Emise par Begin, reprise par Poirier, cette théorie, basée sur le fait que l'effort est souvent incriminé, explique le kyste par la saillie d'une portion de la synoviale à travers une éraillure capsulaire, ou encore par une hydarthrose sous-jacente et l'intermédiaire des diverticules postérieurs ou latéraux normaux au poignet

Pour expliquer la non réductibilité du kyste, il faut alors faire intervenir une inflammation secondaire oblitérante.

Cette théorie ne peut expliquer l'absence de caractère synovial du contenu de certains kystes.

II. Théorie folliculaire. — Cette théorie, la plus ancienne (1851), date de Gosselin.

Elle est basée sur un fait anatomique : la présence de multiples corpuscules blanchâtres ou grisâtres situés immédiatement au-dessous de la synoviale articulaire, en particulier au poignet en arrière du semi-lunaire et du scaphoïde. Leur taille est variable, ils sont cachés dans le tissu cellulaire sous-synovial et sont plus ou moins saillants. Durs et résistants, ils ne communiquent pas avec l'article.

Ce sont eux qui seraient, dans cette théorie, le point de départ des kystes.

Gosselin remarque que kystes et corpuscules ont la même position et écrit :

« 1° Les membranes synoviales articulaires en général sont pourvues de prolongements ou culs-de-sac qu'il est permis d'appeler cryptes ou follicules synovipares.

2° L'oblitération de l'orifice de ces cryptes et l'accumulation de synovie à l'intérieur sont le point de départ des kystes synoviaux articulaires du poignet. »

III. Théorie néoplasique. — Il ne s'agissait pas pour Ledderhose et Torn, promoteurs de cette théorie d'une néoplasie vraie, mais d'un *kystome*, une dégénérescence gélatineuse circonscrite du tissu conjonctif péri-articulaire.

Multiloculaire à l'origine, le kystome deviendrait uniloculaire en augmentant de volume.

L'origine serait une endartérite oblitérante des petits vaisseaux.

La transsudation séreuse en résultant serait suivie de prolifération, puis de dégénérescence gélatineuse des éléments conjonctifs.

Si la circulation se rétablit, la dégénérescence s'arrête, la paroi s'organise.

Les recherches de Bazy, mises au point dans la thèse de son élève Lataix (Thèse de Paris, 1927), se rattachent à la théorie précédente par ce fait que la théorie émise, et soutenue actuellement par Lecène (1927), Duval et Moutier, comporte un élément essentiel : une dégénérescence gélatiniforme du tissu conjonctif.

Cependant cette théorie diffère de celle des auteurs allemands, en ce qu'elle place cette dégénérescence non plus, à la façon de Langemack pour les hygromas, dans une zone d'adaptation du tissu cellulaire, mais dans une *masse fibreuse préexistante* péri-articulaire ou péri-synoviale.

Lataix étend cette théorie qui a le mérite d'avoir pour base des travaux sérieux, qui est étayée de microphotographies des plus convaincantes, aux *hygromas*, aux *kystes intra-tendineux*, ce qui est plausible, aux *kystes des os* et aux *fibro-myxomes utérins* ce qui l'est moins.

Il faut remarquer encore que cette théorie a le mérite d'expliquer :

1° La phase de « crudité » que les observateurs avait notée depuis longtemps.

2° La différence du contenu des kystes, dont les uns continuant à dégénérer restent gélatineux (*kystes fertiles* de Bazy), et les autres, arrêtés dans leur évolution (*kystes mûrs*), deviennent liquides.

Nous ne pouvons nous étendre sur les détails anatomo-pathologiques et histologiques, renvoyant pour cela à la thèse de Lataix.

IV. La théorie tuberculeuse. — Anciennement émise par Poncet et Leriche, elle a été reprise récemment par l'Ecole Lyonnaise.

En particulier Tixier et Murard l'ont remise en lumière à la faveur de quatre observations cliniques, et malgré l'absence de tout résultat positif bactériologique ou anatomo-pathologique.

Les arguments de ces auteurs sont dans la fréquence des lésions articulaires voisines ou dans la production d'affections tuberculeuses (méningite, pleurésie, tuberculose pulmonaire) sur le même sujet.

Il y a également les inoculations positives de Gougerot, de Cotte et de Bressot, ainsi que celle du professeur Massabuau.

L'observation du professeur Massabuau est absolument

formelle, l'inoculation étant confirmée par un examen anatomo-pathologique où l'on a pu mettre en évidence de la façon la plus nette des follicules tuberculeux.

En présence de ces quatre théories ayant, pour les deux dernières, toutes chances d'être exactes pour un certain nombre de cas, faut-il conclure en faveur de la théorie néoplasique ou de la théorie tuberculeuse ?

La dégénérescence colloïde du tissu conjonctif est actuellement prouvée, mais les toxines bacillaires ne peuvent-elles la réaliser ?

C'est sur cette question que nous resterons.

Deuxième question. — QUELLE EST LA CAUSE PREMIÈRE ?

Cette cause est générale, c'est là un point sur lequel on est d'accord. Mais il semble bien que la même cause n'explique pas tous les cas. L'avenir dira si la proportion des cas où la tuberculose est démontrable est vraiment importante.

Troisième question. — QUELLE EST LA CONDUITE A TENIR ?

Extirper le kyste, l'écraser, ou le détruire par ponction et injection modificatrice, sont trois méthodes possibles et qui ont été employées tour à tour.

L'écrasement. — Procédé ancien, commode mais douloureux, il donne des résultats variables, définitifs s'il s'agit d'un *kyste mûr*, passagers s'il s'agit d'un *kyste fertile*. (Terminologie de Bazy).

Cet éclatement provoqué du kyste est logique puisque c'est la manière dont les kystes guérissent spontanément.

Cet écrasement pourrait être une bonne méthode, mais à la condition, actuellement irréalisable, de pouvoir affirmer cliniquement la maturité du kyste.

Il peut constituer une mauvaise méthode s'il s'agit d'un kyste bacillaire. Il est en tout cas incertain.

***

La ponction suivie d'injection modificative est un progrès, mais un progrès insuffisant, sur la méthode de l'écrasement.

Elle comporte le risque d'escarre, par libération du liquide modificateur ($Zn\ Cl^2$ ou teinture d'iode) dans le tissu cellulaire, et si elle est loin d'être toujours radicale, elle est toujours douloureuse.

***

L'exérèse chirurgicale comportant une extirpation large des parois kystiques et une destruction systématique de sa base d'implantation est la méthode de choix.

Elle a le mérite de s'accommoder des théories modernes et d'avoir à son actif une absence à peu près complète de récidives.

C'est elle donc qui est à conseiller.

***

Documentation. — Ceux que la question intéresse liront avec profit :

1. MURARD. — *Presse Médicale*, 1920, n° 31.
2. GOUGEROT. — *Paris Médical*, 1921, P. 335.
3. BOU HANNA. — Les kystes synoviaux du poignet. Leurs rapports avec la tuberculose. (Thèse de Lyon, 1920, n° 160.)
4. DUJARIER. — Kyste de la loge antérieure de la jambe. (Soc. de Chirugie 27 janvier 1926. *B. et M.* III° année, p. 114 à 116.)
5. LETULLE et L. BAZY. — Kyste du poignet, (*B. et M. de la Soc. de Chir.*, 1926, p. 553 à 557.)
6. LATAIX.. — Étude sur la pathogénie et le traitement des kystes dits synoviaux, (Thèse de Paris, 1927, A. Legrand, éditeurs)
7. LECÈNE. — *B. et M. de la Soc. de Chir.*, 1927, n° 1.

VARIETÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (1).

La lugubre chirurgie de 1870-71.

Cérat et cataplasmes. — Une pipe léguée in extremis. — *Pourriture d'hôpital et fer rouge. — Proclamations patriotiques et semelles de carton, — Versaillais et communards en wagon. — Alcool. — Presse enragée et guerre civile.*

Donc chaque jour, Primet et moi, nous quittions, à 6 h. du matin, la petite chambre que nous occupions, au-dessus d'un bureau de tabac près d'une des poternes des remparts et, par l'hiver d'une exceptionnelle rigueur qui régna l'Année Terrible, nous franchissions les glacis couverts de neige, sous des raffales de vent glacial et, après nous être lestés du morceau de pain et du verre de vin de quinquina alloués aux élèves par le Service de santé, nous commencions les pansements.

Dans les salles se trouvaient en permanence d'énormes bassines de farine de lin dont nous retirions avec de larges cuillers de bois Q. S. pour confectionner de larges cataplasmes. Toutes les plaies qui paraissaient « enflammées », suivant le langage du temps, recevaient un de ces « épithèmes antiphlogistiques » au lieu du pansement habituel, le plumasseau de charpie ou la compresse fenêtrée, enduite avec soin du cérat, extrait avec une spatule de bois d'un gigantesque pot toujours à ciel ouvert sur « l'appareil », longue table occupant le centre de la salle.

Les pauvres gens qui avaient reçu plusieurs blessures, se voyaient appliquer, matin et soir, autant de compresses cératées ou d'épithèmes émollients : l'art du panseur consistait à faire les plus ingénieux et les plus classiques bandages roulés avec des renversés corrects pour maintenir en place ces topiques, dont nul de nous ne soupçonnait les dangers. Nous entretenions donc, avec un zèle diabolique et inconscient, ces interminables suppurations, dont on ne s'inquiétait pas pourvu que le pus fût *louable*, d'un beau jaune, crémeux, etc.

Un brave Bavarois, qui se trouvait dans mes lits, avait reçu une douzaine d'éclats d'obus disséminés sur les points du corps les plus éloignés ; je le pansais avec d'autant plus de minutie que nous étions devenus de très bons amis ; je savais un peu d'allemand et m'efforçais de remonter son moral. Naturellement il mourut, mais si reconnaissant que, dans ses derniers jours, il me fit présent d'une superbe pipe à long tuyau, dont le fourneau de porcelaine était décoré d'une Gretchen peinte ; j'ai conservé ce souvenir pendant toute ma vie d'étudiant.

Quand le pus cessait d'être louable, s'il devenait vert-bleu ou fétide, ou quand apparaissaient les signes de l'effroyable « pourriture d'hôpital », le chirurgien éteignait dans les anfractuosités des plaies plusieurs cautères rougis à blanc, de formes variées, qui chauffaient sans cesse sur un réchaud promené de lit en lit. Les cris des patients, l'odeur de chair brûlée nous étaient fort pénibles, mais nos chefs étaient convaincus que c'était pour le bien des blessés. Quand j'ai vu plus tard dans l'amphithéâtre de la Faculté de Paris la fresque représentant Ambroise Paré au moment où il repousse le fer rouge qu'on lui présente pour cautériser les plaies saignantes, je me

(1) Voir le n° 19 du 12 mai 1928.

suis rappelé la scène inverse dont j'avais été si souvent le témoin en ces tristes jours.

On pansait ensuite avec des plumasseaux de charpie imbibés de vin aromatique ou de vinaigre chaud ; aux pansements suivants il fallait extirper délicatement avec les pinces les escarres qui se détachaient, les longs lambeaux de tissu conjonctif mortifié qui flottaient dans le pus.

Sur ces entrefaites une chute me valut une fracture de l'acromion. Alité quelque temps dans le service des officiers, je fus traité par eux comme un jeune camarade et choyé par les religieuses. Ce me fut une occasion de revenir aux distractions littéraires, abandonnées depuis le départ de mon cher condisciple du lycée.

J'avais un Montaigne, vulgaire édition sur papier grossier achetée dans la ville et à laquelle j'avais fait moi-même une pseudo-reliure en toile à voiles, qui a eu la vie dure, puisqu'elle est encore dans ma bibliothèque et que je l'avais à mon chevet pour les angoissantes insomnies de 1914-18. Ce vieux bouquin, comparé aux éditions de Fortunat Strowski et de mon Montaniste collègue Armaingaud, est comme une chaumière comparée à des palais. Mais les charmes de notre Michel national n'y brillent pas d'un moins vif éclat. Un Rabelais, un Homère, un Lucrèce et les *Pensées* de Marc Aurèle furent aussi en ce temps mes compagnons de prédilection.

J'avais repris mes pansements et mes cours ; la guerre se poursuivait avec les rares espoirs de redressement, auxquels succédaient si vite les nouvelles accablantes des désastres successifs. Les émotions plus récentes et prolongées quatre ans ont naturellement estompé le souvenir des sentiments que j'ai éprouvés pendant les six mois de la première guerre franco-allemande.

Je n'ai pas oublié pourtant ma tristesse profonde quand je voyais dans la ville et sur les glacis les mobiles et les mobilisés, avec leurs vêtements minables et des chaussures à semelles de carton, faire l'exercice ; ils avaient des fusils de tous modèles, dont les officiers avaient beaucoup de peine à leur expliquer le maniement, quand ces recrues venaient de Bretagne. Leurs figures haves et blêmies par le froid faisaient pitié. Les attelages de l'artillerie étaient aussi pitoyables, chevaux efflanqués de toutes les tailles, harnachés de cordes.

Cependant, en général, un bon esprit et l'entrain gouailleur n'abandonnaient pas ces braves gens, qui, à peine exercés, rejoignaient les armées. On lisait encore avec enthousiasme les proclamations de Gambetta ; mais, à partir de décembre, bien des gens réclamaient la paix, même à tout prix, et l'armistice fut accueilli avec soulagement par la majorité des Rochefortais.

Ce fut au moment où on apprit les événements du 18 mars et la Commune de Paris que les discussions politiques prirent, parmi les étudiants et dans les cafés de Rochefort, une violence particulière. Les insurgés trouvèrent d'abord un certain nombre de défenseurs, qui voyaient dans l'insurrection une protestation contre l'humiliation nationale. Mais l'indignation fut unanime contre eux, quand on connut les meurtres des otages et les incendies.

Alors nous vîmes arriver des trains pleins de blessés de la bataille parisienne. J'ai très présent le souvenir de ce spectacle. Dans des wagons de marchandises sur la paille, pêle-mêle, des blessés des deux partis ; soldats de l'armée de Versailles et « communards », de tout âge — j'ai vu un gamin de 14 ans et des vieux à barbes blanches — continuaient à s'insulter et des gendarmes, revolvers chargés, les empêchaient de se jeter les uns sur les autres. Dans les salles de l'hôpital on dut les séparer, ce qui n'avait pas été nécessaire pour les Allemands et les Français. L'horreur de la guerre civile m'apparut dans toute sa force.

Beaucoup de ces blessés de la Commune étaient manifestement en état d'alcoolisme ; les accès de delirium tremens furent nombreux.

Quand ils étaient guéris, on les transférait au pénitencier de l'île d'Aix ou de l'île de Ré. Si on allait les visiter, leurs regards furieux répondaient aux réflexions souvent indignées des curieux. A cette époque je ne trouvais aucune excuse à ces Français qui avaient voulu brûler Paris sous les yeux des Allemands ; je ne connaissais qu'une version des évènements du second siège. J'ai compris plus tard qu'il y avait eu parmi les insurgés plus de victimes que de meneurs, — que l'alcool, distribué à profusion à une population d'affamés, avait créé une sorte d'ivresse permanente et de délire obsidional, capable de livrer les cerveaux populaires à toutes les suggestions d'une Presse enragée, dont la plupart des journaux étaient soudoyés par des partis politiques. J'ai compris le rôle odieux des chefs, qui cherchaient, à la faveur des troubles, à reprendre ou saisir le gouvernail de la chose publique,

L'été était venu ; les deux guerres étrangère et civile finies, le nombre des blessés diminua progressivement ; les cours de l'Ecole cessèrent et je rentrai à Paris, beaucoup plus mûr qu'on ne l'est d'ordinaire dans sa dix-huitième année.

Qu'avais-je appris en dix mois ? Peu et beaucoup. A faire correctement des pansements sales, à manipuler avec précaution des blessés et des malades, à être un aide averti dans les opérations ; j'avais vu évoluer des typhiques, des paludéens, des vénériens ; j'avais appris l'infection purulente et la pourriture d'hôpital, sans presque ouvrir de livres. J'avais surtout senti naître et croître en moi la sympathie pour les malades, — en tant que malades, — qu'ils fussent doux ou brutaux, dociles ou révoltés ; j'avais pris l'amour de l'hôpital, si bien qu'à partir de ce temps, même quand des occupations tout autres me firent négliger les traités de médecine et les cours, je n'ai jamais cessé de fréquenter régulièrement les hôpitaux, avec ou sans fonctions officielles, pendant 48 ans.

Mes projets anciens de rentrer au lycée pour aborder le concours de l'Ecole Normale ne me tentaient plus ; j'aspirais à revenir me préparer à la médecine navale au retour des vacances. Ma destinée devait être autre.

(*A suivre.*) Paul LE GENDRE.

Notice historique sur la dernière maladie et les restes mortels de Buffon. Le crâne et le cerveau (1),

Par G. VARIOT,

Médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Rien de ce qui touche à la mémoire des grands hommes doués d'un génie universel, tel que celui de Buffon, ne laisse indifférentes les générations qui les suivent. On s'intéresse à leur origine, à leur famille, à leur enfance, à leur éducation, à leur vie privée, à leurs amis, à leurs collaborateurs, aux lieux dans lesquels ils ont vécu. Sur ce sujet, les documents biographiques ne nous manquent pas (2) ; mais il appartient surtout

(1) Communications à la Société d'Histoire de la Médecine.

(2) *Voyage à Montbar*, par Hérault de Séchelles en 1785. Vie privée de Buffon par le chevalier Aude 1788. Mémoires de Humbert-Bazile, le dernier secrétaire de Buffon. Je tiens à remercier vivement mon ami le Dr Paul Dorveaux, archiviste de l'Académie des sciences, pour tous les les renseignements bibliographiques qu'il a bien voulu me fournir. et pour son cordial accueil à la Bibliothèque de l'Institut.

à nous médecins d'étudier la constitution organique de cet homme extraordinaire dans ses rapports avec les manifestations de sa vaste intelligence. Nous voulons même aller plus loin, le suivre jusqu'au terme de sa carrière, connaître la cause et la marche de la maladie qui a mis fin à ses jours, de même que les lésions des organes constatées lors de l'autopsie.

Enfin, on entoure d'un pieux respect, d'une sorte de vénération, les restes mortels de ces grands génies ; la sépulture de Buffon, en particulier, profanée pendant la Révolution, nous inspire un vif intérêt. J'exposerai spécialement dans ce travail l'histoire des deux précieux débris que nous possédons de son corps, le *crâne* et le *cerveau*.

Buffon est issu d'une robuste race de Bourguignons ; il était né à Montbard le 2 septembre 1707 et il fut baptisé le même jour dans l'église Saint-Urse, où il devait être inhumé. Il était l'aîné de cinq enfants que son père, Benjamin-François Leclerc, conseiller au parlement de Bourgogne, avait eu d'un premier mariage. Son père mourut à 92 ans, son aïeul avait vécu jusqu'à 88 ans, et son bisaïeul jusqu'à 94 ans. Buffon lui-même est mort dans sa 81e année (1). La longévité était donc héréditaire dans sa famille et ce fait n'est peut-être pas étranger à l'opinion qu'il s'était formée sur la durée de la vie humaine. A plusieurs reprises, soit dans le chapitre sur la vieillesse de son Histoire naturelle, soit dans sa correspondance, il exprime cette idée, que la nature de l'homme devait lui permettre de vivre un siècle. Dans une lettre au président de Ruffey, en 1780, il écrit : « C'est depuis environ 60 ans que nous nous connaissons, c'est-à-dire que nous nous aimons et j'espère que nous signerons encore 1800, comme 1780. Tout homme sage doit croire qu'il vivra jusqu'à cent ans ; il vaut mieux se tromper de cette façon que de toute autre » (2). Mais Buffon appuyait son opinion sur une considération générale fort juste, résultant de la longévité comparée chez les animaux. « La durée totale de la vie peut se mesurer en quelque sorte par celle du temps de l'accroissement... L'homme croît en hauteur jusqu'à 16 ou 18 ans et cependant le développement entier de toutes les parties de son corps n'est achevé qu'à 30 ans. Les chiens prennent, en moins d'un an, tout leur accroissement en longueur et ce n'est que dans la seconde année qu'ils achèvent de prendre leur grosseur. L'homme qui met 30 ans à croître, vit 90 ou 100 ans, le chien qui ne croît que pendant deux ou trois ans, ne vit aussi que 10 à 12 ans. Il en est de même de presque tous les animaux. »

La caducité et la décrépitude correspondant à la dégénérescence lente de l'organisme, suivent donc un rythme qui se rapproche de celui de la croissance.

Buffon était vigoureusement charpenté, il avait une stature haute de cinq pieds et demi soit environ 1 m. 82 cent. Voltaire, a dit de lui : « qu'il avait l'âme d'un sage dans le corps d'un athlète ».

D'après ses multiples portraits et surtout d'après la statue et les bustes de Pajou, on voit qu'il avait la tête plutôt petite, le front large mais un peu fuyant. On a pu contrôler directement sur le crâne retrouvé en 1927 dans la sépulture de Montbard, les caractères de sa conformation céphalique comme je l'exposerai plus loin. Il avait les traits du visage réguliers et le teint assez coloré. Mme de Pompadour, qui ne manquait pas de goût, lui aurait dit un jour à Versailles : « Vous êtes joli garçon ». Cependant il a signalé lui-même qu'il était très myope, qu'il avait la vue faible, ce qui l'avait empêché de s'intéresser à la botanique, car il ne pouvait pas faire d'herborisations.

Bien que Buffon vécut en grand seigneur à Montbard comme à Paris, qu'il tînt table ouverte, il ne commettait pas d'excès. Le matin on lui apportait, à 8 heures, sur un plat d'argent, un carafon de vin et un morceau de pain. Il déjeunait donc d'une *trempée*, comme un vrai Bourguignon. Il prenait son grand repas à deux heures, avec sa famille et ses hôtes ; il était fort gai et ne dédaignait pas les plaisanteries un peu salées et même les propos égrillards. Il ne prenait ni café ni liqueurs. Après le dîner à Montbard, il se promenait souvent seul sur les terrasses attenantes à sa maison, visitait les serres et les volières, et se remettait au travail à 5 heures jusqu'au soir. A partir de 1783, c'est-à-dire du début de sa maladie, Humbert-Bazile nous dit qu'il se nourrissait surtout d'œufs, de poisson et de laitage. Il était levé à 5 heures du matin et couché à 9 heures du soir. L'histoire de son fidèle valet de chambre Joseph, qui le tirait hors de son lit de grand matin et qui recevait un écu pour cela, est restée légendaire.

Comme beaucoup d'hommes d'une forte constitution, Buffon avait des besoins génitaux à satisfaire et il avait un penchant prononcé pour le beau sexe. Il eut quelques aventures de jeunesse, cependant il paraît n'avoir éprouvé qu'une seule grande passion, celle pour Mademoiselle de Saint-Belin, qu'il épousa à 45 ans, malgré l'opposition de son père. Son amour fut partagé par sa femme beaucoup plus jeune que lui ; elle lui donna un fils et une fille. Il se plaisait à appeler son fils Buffonnet pendant son enfance. On sait que cet unique héritier de son nom périt sur l'échafaud en 1793, comme un vulgaire ci-devant .Sa fille mourut à l'âge de 18 mois. Mme de Buffon était très belle, mais d'une santé délicate, et elle mourut jeune ; son mari fut inconsolable de sa perte et fit à la suite une longue et grave maladie, sur laquelle nous ne sommes pas renseignés, mais qui l'obligea à interrompre ses travaux.

Depuis lors Buffon ne chercha dans ses rapports avec les femmes que le plaisir physique. Hérault de Séchelles, qui avait été reçu à Montbard, a prétendu que ses aptitudes génitales l'avaient poussé à fréquenter « les petites filles » ; ce terme est équivoque, mais il semble probable qu'à cette époque il s'appliquait aux filles galantes et non à des enfants. Le chevalier Aude, qui avait été aussi son hôte, nous apprend « que Buffon abrégeait les préliminaires, que les plaisirs difficiles lui auraient coûté trop de temps, qu'il les abandonnait aux amateurs : les jeunes filles, les femmes niaises étaient fort de son goût, pourvu qu'elles fussent jolies. »

Il n'est donc pas question, on le voit, de petites filles. Ces habitudes sexuelles un peu sommaires ne l'empêchaient pas de se montrer d'une galanterie raffinée avec les femmes de la haute société et spécialement avec Mme Necker, qui avait une grande admiration pour son génie et il a été « dans son jeune âge comme dans sa vieillesse, un de leurs plus vigoureux courtisans... Il cherchait des jouissances journalières dans une classe de femmes peu faites pour l'enlever à la gloire, sa grande maîtresse... il leur offrait un tempérament au lieu d'un cœur et des écus au lieu de soins ». On voit donc que rien dans la vie de Buffon, qui avait une si haute tenue, ne peut légitimer le soupçon de relations sexuelles anormales. Il aimait trop la nature pour ne pas la respecter. La tradition, à ce sujet, qui s'est perpétuée à Montbard parmi les vieillards, n'a retenu aucun souvenir qui puisse nuire à la mémoire du grand homme ; je m'en suis assuré par moi-même lors d'un récent voyage.

Buffon n'a pu laisser des œuvres aussi variées et aussi parfaites sans fournir une somme énorme de travail. Il a dit quelque part qu'il avait passé quarante ans de sa vie à son bureau et jusqu'à 14 heures par jour. Cette extrême assiduité ne lui laissait que peu de temps pour prendre de l'exercice musculaire.

A Montbard, il allait le matin à pied, de sa maison à son fameux cabinet de travail situé au haut des terrasses, d'où il dominait la ville et les collines circonvoisines. La distance parcourue n'était que de deux à trois cents mètres. Son cabinet, de travail consistait dans un petit pavillon carré, très simple, n'ayant qu'un rez-de-chaussée et qui a été heureusement conservé. Il l'avait fait construire non loin de la tour antique du Château des comtes de Montbard, et il pouvait y méditer silencieusement à l'abri des importuns. Comme meubles, un secrétaire, un vieux fauteuil et une table ; une seule gravure au mur représentant Newton. C'est dans cet endroit bien isolé, que Buffon a écrit les pages immortelles de son Histoire naturelle, et l'on a rapporté que J.-J. Rousseau, lors de son passage à Montbard, se mit à genoux devant cet asile du grand littérateur, pour en baiser le seuil.

Il ne prenait pas d'autre exercice, d'après son dernier secré-

(1) Voir pour la généalogie de Buffon, les Mémoires de Humbert-Bazile.

(2) Correspondance de Buffon publiée en deux volumes par son arrière petit-neveu, M. Henri Nadault de Buffon, avocat général à Rennes.

taire, que de se promener de long en large dans ce cabinet, qui n'a pas plus de cinq mètres de côté. Parfois il faisait des promenades jusqu'au village de sa terre de Buffon, à quatre kilomètres de Montbard, pour visiter les forges très importantes qu'il avait fait construire et qu'il dirigeait. Mais ce grand seigneur avait de vastes écuries et des équipages, et il est peu probable qu'il faisait à pied ses excursions dans le voisinage. On peut donc admettre que cette vie trop sédentaire a contribué au développement de la maladie qui l'a tourmenté pendant ses dernières années et qui a fini par l'emporter à 81 ans.

Il n'est pas douteux, comme je vais l'établir, qu'il a succombé à des accidents de lithiase rénale, et nous savons bien que cette affection résulte des troubles nutritifs qui surviennent habituellement chez les hommes de cabinet. La mort de Bossuet, cet autre grand Bourguignon, a été causée par une longue et douloureuse maladie des voies urinaires. Un des contemporains de Buffon, d'Alembert, est mort aussi de la pierre, et j'ai eu l'occasion de rappeler que Voltaire devait être sondé dans les derniers temps de sa vie (1). Plus près de nous, Sainte-Beuve a été atteint aussi de la gravelle et a succombé à des troubles consécutifs. La lithiase rénale, avec ses complications, est donc fréquente chez nos grands hommes de lettres.

En 1785, Buffon était déjà très incommodé par des accidents vésicaux. Hérault de Séchelles nous apprend que, lors de sa visite à Montbard, l'illustre savant venait de passer cinq nuits sans fermer l'œil, dans des souffrances inouïes ; « et cependant il était frais comme un enfant et tranquille comme en santé » tant il avait d'empire sur lui-même. Plus loin il ajoute : « comme les maux étaient continus, ainsi que les besoins, il me priait de me retirer et me faisait rappeler quelques moments après ».

Mais il y avait plusieurs années qu'il avait commencé de rendre des graviers, qu'il était sujet à de violentes coliques néphrétiques et à des crises de dysurie.

En 1783, dans une lettre à son collaborateur l'abbé Bexon, il écrit : « qu'il est encore incommodé, d'un jour à l'autre, par des graviers, et que le lait qu'il prend six fois par jour lui fait du bien. »

Dans une autre lettre, du 18 août de la même année, à Mme Necker il s'exprime ainsi : « Le gravier n'est, pour ainsi dire plus rien, les urines passent très librement, il ne reste qu'un peu de faiblesse et de désagrément de ne pouvoir m'occuper d'études profondes ou des objets qui me seraient le plus agréables. »

Il écrit à son fils en 1784 : « Je suis toujours tracassé et souvent douloureusement par des graviers gros ou petits, je continue toujours l'usage du savon (probablement le savon d'Espagne, composé pharmaceutique riche en soude) et ne bois d'autre eau que celle de Contrexéville. Je ne vois cependant pas le bien que les remèdes me font .»

Le 18 juillet 1784, il mande à Daubenton : « Il n'y a que huit jours que je suis quitte des grandes souffrances que m'occasionnaient les gros graviers. Ils sont devenus plus petits et même il paraît qu'ils se ramollissent. Cela augmente ma confiance au savon que je n'ai pas interrompu depuis deux mois. » A la fin de 1784, il supporte déjà très difficilement la voiture et, dans une lettre du 7 novembre à Mme Necker, il se plaint des souffrances qu'il a éprouvées pendant son voyage de retour de Montbard à Paris : « Le roulement sur le pavé de Fontainebleau à Paris m'a fait rendre du sang et je vais garder la chambre 8 à 10 jours, pour ne pas m'exposer à de pareils accidents sur le pavé de Paris. »

Le 3 octobre 1785, dans une lettre à M. Thouin, son collaborateur aux jardins du roi, il écrit : « Après 17 jours d'insomnie et de douleurs cruelles, qui ne m'ont pas permis de jouir d'un instant de repos, ni de sommeil, j'ai rendu tout à la fois dix graviers, dont deux sont plus gros que des balles de pistolet, et ce n'est que de cette nuit que j'ai retrouvé le sommeil. »

A cette époque, Buffon eut des chagrins de famille à cause de l'inconduite de sa bru, née de Cépoy, qui s'affichait comme maîtresse du duc d'Orléans, de celui qui devait être décapité plus tard, sous le nom de Philippe Egalité. Il ne parvint pas à rétablir le ménage de son fils et il lui donna l'ordre de quitter son régiment et d'aller voyager. Le mariage fut rompu, et le fils de Buffon dut se consoler en épousant une de ses cousines Mlle Daubenton, de Montbard.

(1) Le cerveau de Voltaire par G. Variot. *Bulletins* de la Société d'histoire de la médecine, 1927 et *Progrès Médical*.

Les accidents de lithiase rénale dont souffrait Buffon allèrent en s'aggravant, mais il ne fit appel aux soins de Portal qu'à une période avancée, alors qu'il était âgé de 80 ans. Ce dernier était un des médecins de la cour, et comme il était docteur de la Faculté de Montpellier et non de Paris, il avait fallu l'attacher comme professeur d'anatomie à la personne du Dauphin, pour lui donner le privilège d'exercer la médecine. Buffon, qui avait de l'estime pour lui, fit créer en sa faveur une chaire d'anatomie aux jardins du roi, Antoine Portal devait avoir une longue et brillante carrière ; il fut membre de l'Académie des sciences, président de l'Académie de médecine, peu après sa création, et l'un des plus célèbres praticiens de son temps. Il ne soigna donc Buffon que tardivement et nous a laissé une brève relation de sa maladie que je reproduis textuellement (1).

« M. de Buffon, à l'âge de 75 ans, éprouva des variations dans l'excrétion des urines ; incommodité d'abord. Deux ans après, les urines devinrent troubles, avec un sédiment muqueux, quelquefois chargé d'une substance sablonneuse, d'autres fois rougeâtre et grisâtre. Le malade se plaignait de douleurs lombaires, surtout à droite. L'excrétion des urines devint difficile, il ressentait en les rendant des douleurs piquantes et fugaces au bout du gland et quelquefois une sensation graveleuse vers le périnée et le fondement, surtout lorsqu'il allait en voiture et dans les chemins raboteux. Deux ou trois années s'écoulèrent dans cet état, cependant son teint jaunit, il survint des troubles dans les digestions, de l'amaigrissement, de l'œdématie aux pieds et aux jambes, avec une grande diminution de l'excrétion des urines, qui étaient épaisses et foncées de couleur.

Il parvint ainsi à l'âge de 80 ans lorsqu'il me fit appeler. Tout me parut annoncer une pierre et menace d'hydropisie. Mais ayant considéré le grand âge du malade et qu'il était depuis quelque temps considérablement maigri, avec un teint jaune et du dérangement dans les digestions, je crus pouvoir l'éloigner de toute idée de l'opération de la taille. Je lui proposai d'augmenter l'usage de ses boissons adoucissantes et diurétiques et je soutins, ainsi mon malade, bien persuadé que la lithotritie n'était pas praticable. Le dévoiement se réunit à la fièvre qui était continue et redoublait le soir. C'est ainsi que finit ce grand homme. »

Buffon était revenu dans l'hôtel de l'intendant des jardins du roi (aujourd'hui la maison de Buffon conservée dans l'enceinte du Muséum), pour y mourir le 16 avril 1788. Il y fut entouré jusqu'à la fin des soins de sa famille et de la sympathie de ses nombreux amis. Mme Necker, sa noble et grande amie, comme il se plaisait à la nommer dans ses lettres, lui prodigua les marques de la plus tendre sollicitude, cherchant à le réconforter dans ses cruelles souffrances. La dernière lettre qu'il dicta à son fils, la veille de sa mort, fut pour remercier cette généreuse femme d'un livre publié récemment par son mari.

Sentant sa dernière heure approcher il voulut remplir publiquement ses devoirs religieux et, comme le curé de Saint-Médard tardait à arriver, il perdit patience et s'exclama : « Ils veulent donc me laisser mourir sans sacrements ».

L'autopsie de son corps, qui devait être transporté à Montbard, suivant sa volonté, eut lieu, en vue de l'embaumement, le 16 avril, sept heures seulement après la mort. Elle est signée de Portal, Retz et Girardeau. Retz était médecin du roi par quartier (pour un trimestre), et avait été vraisemblablement adjoint à Portal à la phase ultime de la maladie. Quant à Girardeau, qui procéda à l'autopsie et à l'embaumement, il était membre de l'Académie de chirurgie. Voici d'ailleurs la relation intégrale de l'autopsie de Buffon extraite du Traité des hydropisies de Portal.

A l'ouverture du corps on reconnut :

1° Un épanchement dans le bas ventre d'une humeur grisâtre,

(1) Observation extraite du Traité des hydropisies de Portal. T. I.

comme purulente, dont on évalua la quantité à deux pintes ; l'estomac et l'intestin très gonflés et parsemés de points livides.

2° La vessie d'un volume quatre fois plus grand environ que dans l'état normal ; ses parois d'une épaisseur d'un demi travers de doigt, d'une nature dure et comme cartilagineuse en divers endroits ; sa surface interne comme ulcérée, avec des mucosités ; des cellules d'où s'écoula une grande quantité de matière purulente dont (la vessie était remplie. Il y avait en outre dans ce viscère une trentaine de pierres de la grosseur d'un gros pois, et une douzaine d'autres plus petites d'une dureté excessive. Quelques-unes étaient logées dans les cellules de la membrane muqueuse et le reste flottait dans la capacité.

3° Le rein droit, d'un volume double de celui qu'il a dans l'état naturel ; sa substance ramollie, ses cavités dilatées et parsemées de petits graviers. L'uretère du même côté aussi très dilaté ; le rein gauche aussi volumineux que l'autre, mais sans graviers.

4° Tous les autres organes n'ont rien présenté qui ne fut dans l'état naturel.

Signé : PORTAL, RETZ et GIRARDEAU.

Le crâne de Buffon fut scié pour enlever le cerveau, suivant l'usage au XVIIIe siècle pour les hommes célèbres, lorsqu'ils étaient embaumés. Mais Portal, on le voit, ne donne aucun détail sur la conformation du cerveau, il se borne à spécifier que, à part les lésions des voies urinaires, tous les autres organes étaient dans l'état naturel. A cette époque, malgré les beaux travaux de Vicq d'Azyr sur les centres encéphaliques, on ne pratiquait pas encore les recherches anthropologiques sur le cerveau qui ont été poursuivies depuis lors ; on ne le pesait même pas. Nous relevons cependant dans un article nécrologique publié dans le *Mercure de France*, à la date du 26 avril 1788, relativement à l'autopsie, « que le cerveau s'est trouvé d'une capacité un peu plus grande que celle du cerveau ordinaire ».

Buffon, dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, avait demandé qu'on remît son cœur, comme souvenir, à Faujas de St-Fond, le géologue, un de ses collaborateurs qu'il affectionnait particulièrement. Mais, après l'autopsie, le fils de Buffon refusa d'abandonner le cœur de son père et offrit en échange à Faujas le cerveau, qu'il accepta.

Le cœur et le cerveau furent placés dans des urnes en cristal. L'urne contenant le cœur fut conservée par le fils de Buffon ; mais, en 1793, après son arrestation, qui précéda de peu de temps sa mort sur l'échafaud, ses biens furent mis sous séquestre et ses meubles vendus au profit de la nation. On ne sait entre les mains de quel acquéreur tomba l'urne qui portait cependant une inscription gravée sur le verre ; le contenu en fut ainsi perdu. Quant au cerveau il fut gardé très précieusement par Faujas et plus tard par ses héritiers dans son urne de cristal sur laquelle était gravée cette inscription : « Cervelet de Buffon, conservé par la méthode des Egyptiens ». Nous exposerons plus loin l'histoire et les périgrinations de cette relique déposée en 1870 dans le piédestal de la statue de Pajou, au Muséum.

Le corps du grand homme fut embaumé, comme nous l'avons dit, lors de l'autopsie, et Girardeau reçut mille livres d'honoraires pour son intervention. Nous avons le reçu de la somme ainsi libellé : « Je soussigné, chirurgien en chef en survivance des maisons de l'hôpital général et membre du collège de l'Académie royale de chirurgie, reconnais avoir reçu de M. Lucas (l'intendant de Buffon) la somme de mille livres pour l'ouverture de feu M. le Comte de Buffon, embaumement, dépense des aromates, frais particuliers et honoraires, dont quittance à Paris le 21 avril 1788. Signé : Girardeau. »

Pour le transfert du corps à Montbard, où l'inhumation devait avoir lieu dans le caveau de la chapelle seigneuriale, le maitre plombier Farcy fournit un très grand cercueil de plomb, du prix de 300 livres, plus deux épitaphes en cuivre payées 36 livres, plus une boite carrée en plomb pour mettre les entrailles, payée 66 livres : c'est ce cercueil qui devait exciter la convoitise des révolutionnaires de Semur qui profanèrent la sépulture en 1794 pour en retirer le plomb. Nous trouvons encore parmi les comptes publiés dans les mémoires d'Humbert-Bazile la mention d'un coffre en sapin fourni par Hainaut, pour le convoi de M. de Buffon, du prix de 21 livres. Il est vraisemblable que ce coffre, placé à l'intérieur du cercueil en chêne plombé fut seul respecté, lors de la violation du caveau à Montbard et laissé, sans avoir été ouvert, sur des tréteaux, comme nous le verrons plus loin.

Sur les épitaphes en cuivre fournis par Farcy pour être apposés sur les cercueils étaient gravés les titres et dignités du défunt : Messire Georges Leclerc, comte de Buffon, seigneur de Montbard, marquis de Rougemont, vicomte de Quincy, seigneur de la mairie, les Hérauts et autres lieux, intendant des jardins du roi et des cabinets d'histoire naturelle, l'un des quarante de l'Académie française, trésorier perpétuel de l'Académie royale des sciences, membre des Académies de Berlin, de Londres, de St-Pétersbourg, de l'Institut de Bologne, de Florence, d'Edimbourg, de Philadelphie, de Dijon, etc., décédé à l'hôtel de l'intendance des jardins du roi, la nuit du 15 au 16 avril 1788, à minuit quarante minutes, âgé de 80 ans sept mois huit jours, présenté à l'église St-Médard sa paroisse et transporté dans sa terre de Montbard. Ces épitaphes ont disparu, en même temps que le plomb des cercueils.

Les obsèques de Buffon à Paris furent d'une solennité princière, les frais pour la décoration funèbre, pour les cérémonies du culte furent très élevés ; le luminaire à lui seul coûta 832 livres. Trois mille billets grand format, du prix de 300 livres furent adressés aux invités. Une foule immense se pressait au cortège ; on fit appel aux soldats de la garde de Paris pour maintenir l'ordre et M. de Reynaud, major de la garde, reçut pour ses hommes, une gratification de 72 livres. Les garçons des jardins du roi suivirent, aux flambeaux, le corps de M. de Buffon jusqu'à Villejuif et eurent une gratification de 18 livres. Enfin, pour ne rien omettre, je rappelle que la garde malade qui l'avait soigné pendant les vingt derniers jours de sa vie, reçut de M. Lucas 72 livres, « plus, suivant l'usage, un drap et un bonnet de coton qui étaient autour du corps de M. de Buffon, à son décès ».

L'inhumation à Montbard eut lieu en grande pompe dans le caveau de la chapelle seigneuriale annexée à l'église Saint-Urse et que Buffon avait fait construire.

Il avait obtenu, non sans difficulté, de l'évêque de Langres, l'autorisation d'édifier cette chapelle qui devait servir à la sépulture de sa famille.

On raconte que, pendant que les ouvriers travaillaient au caveau creusé dans le roc, il leur disait : « Faites-le profond et commode, car je serai ici plus longtemps qu'ailleurs. »

Profanation de la sépulture de Buffon en 1794.

Je rappellerai brièvement les circonstances dans lesquelles fut profanée la sépulture où les restes du grand homme reposaient avec ceux de sa femme, de sa fille et de son père. Le général Du Plessis a publié sur ce sujet une étude bien documentée (1) à laquelle je me bornerai à faire quelques emprunts. Les restes de Buffon reposèrent en paix de 1788 à 1793, mais le 13 septembre 1793, le Comité de Salut Public prit un arrêté qui devait avoir pour conséquence la violation des sépultures les plus vénérables dans toute la France.

Considérant qu'il faut du cuivre, de l'étain, du métal de cloche, de fer, de l'acier, du plomb, etc., pour fabriquer des canons, des fusils et des balles, arrête : 1° que les plombs, cuivre, étain, fer, qui sont dans les maisons nationales, celles des émigrés et celles de la ci-devant liste civile, serviront à la fabrication d'armes et seront mises à la disposition du Ministre de la guerre.

Suivent les signatures parmi lesquelles celles de Carnot et de Robespierre...

Cet arrêté devait être complété le 2 décembre 1793 par une circulaire notifiée aux districts par le ministre de la guerre Bouchotte. On y relève les passages suivants :

Je crois de mon devoir de vous rappeller qu'il existe dans les souterrains et caveaux destinés aux sépultures fastueuses, une quantité considérable de fer et de plomb que l'orgueil de l'aristocratie y ont accumulée. Sous le règne de l'égalité doivent disparaître tous ces vains monuments. Il ne pourra en être élevé désormais qu'à l'action vertueuse qu'un citoyen aura faite.

(1) La profanation de la tombe de Buffon. *Bulletin* de la Société d'archéologie de Montbard, avril 1927.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'Anatomie Topographique, par le Pr VILLEMIN. Un volume in-8° de 756 pages, 351 figures, noires et coloriées : 90 fr. (Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris 6e.)

Dans ce précis, l'auteur a adopté, pour la nomenclature et la délimitation des régions, les dénominations classiques et les limites ordinairement admises. Pour leur étude, il a contribué comme la plupart des anatomistes à envisager les plans successifs de la superficie vers la profondeur. Ceci est relativement facile quand il s'agit des membres, dont la constitution est toujours à peu près identique.

Leur étude comporte généralement des régions antérieure et postérieure séparées par une cloison ostéo-aponévrotique ou une articulation que l'on range dans l'une ou l'autre des régions. Cette façon de faire est encore possible pour certaines parties de la tête et du cou et pour les parois du tronc. Elle ne l'est plus quand il s'agit du contenu des cavités cranio-faciale, thoracique, abdominale et pelvienne. Ces cavités contiennent en effet des organes suffisamment bien individualisés au point de vue topographique pour qu'ils ne soient pas morcelés par les limites des régions pariétales. C'est ce qui explique que, pour la tête, le thorax, l'abdomen et le bassin, après avoir étudié leur parois en régions, l'auteur a adopté pour le contenu de leurs cavités, des divisions fondées sur la disposition même des organes. A ce propos, tenant compte des recherches récentes de tous ordres, il a montré l'importance que pouvaient avoir les variations des dimensions des cavités, et notamment de la cavité abdominale sur la forme et les rapports de ces organes.

L'auteur a fait précéder l'étude des régions, sans toutefois s'étendre trop longuement, de quelques renseignements sur les formes extérieures, et il a indiqué, avec les points de repère les plus importants, quelques données d'utilisation pratique immédiate.

Tout en restant dans le cadre d'un précis, l'auteur a voulu donner au texte une forme suffisamment explicite, afin que les étudiants en médecine et même les praticiens puissent y trouver toutes les notions d'anatomie topographique absolument indispensables à leurs études et à l'exercice courant de leur profession.

L'illustration a été augmentée de nombreuses figures surtout dans les parties où le texte a été le plus remanié. Beaucoup d'entre elles sont des figures originales faite d'après nature à une échelle déterminée le plus souvent simplifiées ou même schématisées pour les rendre d'une lecture plus facile.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois Le n° 3 : fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 avril 1928 : E. de Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (X). — A. Mathiez : La réaction thermidorienne (II) : Les nouveaux indulgents. — F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (IV) : La couleur locale et les droits des nationalités. — M. Poete : L'évolution des villes : Athènes (II) A. Jolinet : Le drame de Strindberg (VI) : Le secret de la Guilde ; le Voyage de Pierre — Bonheur. — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (IV) : saint Basile.

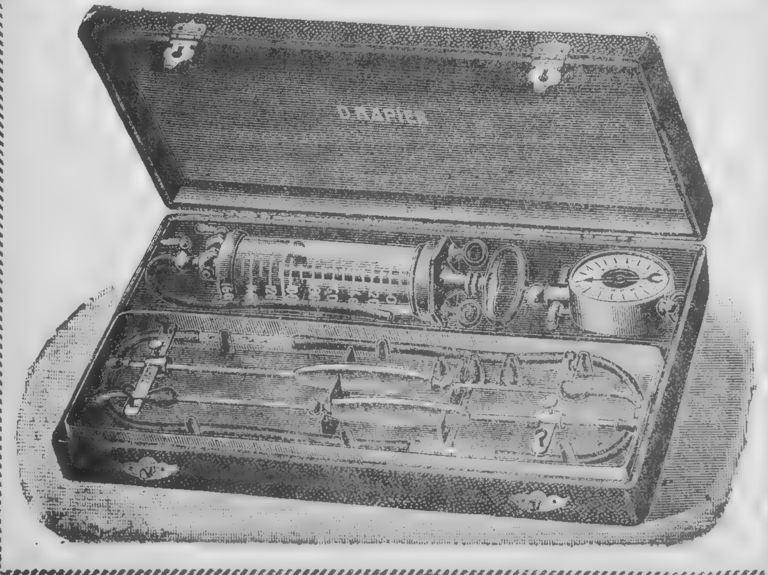
L'ashtme et son traitement. — Etiologie, pathogénie et diagnostic, par J. André (du Mont-Dore). 1 vol. de 372 pages (J. B. BAILLIÈRE et Fils, éditeurs, 1928. — Prix : 30 francs.

Ce volume est un exposé particulièrement clair et complet de la question si complexe de l'asthme. Une longue pratique médicale, au cours de laquelle il lui a été donné d'examiner des milliers d'asthmatiques et d'accumuler des observations, permet à l'auteur de présenter au corps médical une étude critique des théories pathogéniques et des méthodes de traitement ; comme aussi d'exposer sur cette affection son opinion personnelle.

Aide-Mémoire des Collectionneurs. — Signalons, aux amateurs, à tous ceux que les œuvres et objets d'art intéressent, un *Aide-Mémoire des Collectionneurs*, accompagné de cent quatre-vingts illustrations, que M. Edouard Rouveyre vient de publier chez l'éditeur d'art. Ernest Gründ, rue Mazarine, 9, à Paris.

On y trouve des anecdotes historiques, littéraires et artistiques, des particularités, bizarreries, relatives à quelques curiosités, œuvres et objets d'art, bibelots, miniatures, manuscrits, gouaches, livres, dessins, estampes, tableaux, etc., qui seront utiles aux antiquaires, amateurs et collectionneurs.

Cet *Aide-Mémoire*, d'un prix minime (seize francs), est imprimé avec luxe, sur beau papier.


D.RAPIER

Ce dernier cas était pourtant celui de Buffon qui avait élevé, dans ses œuvres, un monument immortel à la science et à la littérature.

Néanmoins les administrateurs du district de Semur crurent devoir appliquer ces prescriptions à la sépulture de l'illustre savant. Les officiers municipaux de Montbard, obéissant à l'ordre qui leur était enjoint, avertirent les membres composant le Directoire du district de Semur, qu'à leur connaissance il existait dans un caveau d'une chapelle attenante à l'église, appartenant au citoyen Leclerc, ci-devant Buffon, deux cercueils en plomb, l'un du père Leclerc, l'autre de sa fille.

Les bons souvenirs que Buffon avait laissés étaient encore récents et la Société populaire de Montbard tenta de s'opposer à la profanation de ses restes mortels, elle prit une délibération le 20 décembre ainsi libellée : « Le citoyen Guiod est chargé de faire une pétition à la *Convention nationale*, pour lui demander que le corps du père Leclerc-Buffon fut déposé dans un lieu où il a travaillé le plus particulièrement dans les sciences ; qu'un tombeau soit posé sur les cendres de ce grand homme pour conserver sa mémoire, que cette place soit donnée et déclarée être une propriété de la commune de Montbard »

Malgré cette opposition, la municipalité de Montbard recevait du Directoire de Semur une nouvelle communication du 21 décembre 1793, donnant l'ordre de faire sortir de leur caveau les cercueils de Buffon et de sa fille, mais elle hésitait à l'exécuter et l'agent national fut obligé, le 3 janvier 1794, de requérir la municipalité d'avoir à faire *peser* les deux cercueils le plus tôt possible et d'en expédier rapidement le plomb au Directoire.

L'opération se fît le jour même ; les deux cercueils donnèrent un poids total de 228 livres de plomb ; on y ajouta 15 onces de cuivre provenant de l'épitaphe apposée sur le cercueil et qui fut brisée en plusieurs morceaux. Dès le lendemain on transportait le métal à Semur, où il fut fondu par un potier d'étain pour être converti en plateaux et envoyé au ministre de la guerre.

Mais après qu'on eut enlevé le plomb doublant le cercueil en chêne fourni par Farcy à Paris et dont nous avons parlé plus haut, il restait le coffre en sapin, dans lequel était enfermé le corps embaumé de Buffon. Il paraît à peu près certain que ce cercueil intérieur n'aurait pas été ouvert pendant les opérations nécessaires pour récupérer le plomb ; on l'aurait replacé sur deux tréteaux et le caveau aurait été refermé.

Pendant ce temps la pétition de la Société populaire de Montbard était parvenue à la Convention nationale. Le Comité de Salut Public en fut ému et voulant dégager sa responsabilité des conséquences déplorables résultant de son arrêté, il adressa la lettre suivante à la municipalité (1) :

Citoyens. Le Comité a été instruit que la commune de Montbard s'est emparée du cercueil de plomb dans lequel étaient enfermés les restes de Buffon. Cet acte auquel elle s'est crue autorisée pour l'exécution littérale de la loi, pourrait être interprété défavorablement par les malveillants qui cherchent chaque jour de nouveaux prétextes pour calomnier notre sublime révolution. L'enlèvement de ce plomb destiné à foudroyer les hordes de barbares, pourrait être présenté comme une violation des cendres d'un homme que l'Europe compte parmi ses plus célèbres naturalistes. C'est à la commune à prévenir la calomnie. Le Comité vous invite, en conséquence, à placer sur la tombe de Buffon, avec quelque solennité, une simple pierre qui prouvera le respect que vous avez pour sa mémoire.

La municipalité ne donna aucune suite à l'invitation du Comité de salut public et le corps fut laissé simplement dans le caveau de la chapelle seigneuriale.

Depuis ces tristes évènements on rouvrit deux fois le caveau pour recevoir les dépouilles mortelles de Edme Nadault de Buffon, conseiller au parlement de Bourgogne, neveu du grand homme, décédé le 18 février 1804 et, beaucoup plus tard, pour l'inhumation d'Elisabeth-Georgette Daubenton, mariée au fils de Buffon et décédée le 17 mai 1852. A cette époque, le Conseil de fabrique de l'église Saint-Urse contesta formellement aux héritiers de la famille, la propriété de la chapelle seigneuriale, dont Buffon avait payé de ses deniers la construction de même que celle du caveau. Maintenant cette chapelle est ouverte comme une dépendance de l'église.

On doit noter, d'après le témoignage de M. Henri Nadault de Buffon, que lorsqu'en 1852, le caveau fut ouvert pour la dernière fois, on aurait trouvé, dans le coffre en sapin posé sur les tréteaux, le corps du grand homme noirci comme une momie d'Egypte ? On savait que le cœur et le cerveau avaient été conservés à part à Paris.

Il semble certain que la nouvelle de la profanation de la sépulture de Buffon fut connue à Paris par les professeurs des jardins du roi auxquels on venait d'attribuer le nom de Muséum d'histoire naturelle. Cette pléiade d'hommes éminents avaient presque tous été les collaborateurs, les amis ou les élèves de cet illustre maître. Ils voulurent réparer autant que possible, les horreurs commises à Montbard par les énergumènes révolutionnaires. Nous en trouvons la preuve dans l'extrait suivant des procès-verbaux de l'assemblée des professeurs (1).

Extrait de la séance du 14 Pluviose an IV, à laquelle ont assisté les citoyens Daubenton, Mertrud, Lamarck, Lacépède, Thouin, Van Spaendonck, Jussieu Portal, Desfontaines, Brongniart et Geoffroy.

L'Assemblée désirant rendre à Buffon les honneurs dus à son génie et à ses écrits immortels et voulant recueillir ce qui reste de ce grand homme dans un lieu rempli de ses bienfaits et de sa gloire, arrête :

1° Qu'il sera écrit à sa famille pour lui demander qu'elle consente à la translation du corps de Buffon et à son dépôt au Muséum d'histoire naturelle.

2° Qu'il sera présenté au directoire exécutif un programme par les citoyens Lacépède, Daubenton et Jussieu, pour en obtenir son agrément.

3° Qu'un projet de monument simple sera demandé au citoyen Molinos et joint, après l'approbation des professeurs, au programme présenté au Directoire.

Extrait de la séance du 24 pluviôse an IV.

Le citoyen Molinos présente un projet de monument à élever à Buffon. Il est adopté et les commissaires, nommés dans la dernière séance, sont chargés de le présenter au directoire exécutif.

Extrait de la séance du 24 germinal an IV.

Il sera écrit au commissaire du pouvoir exécutif de Montbard pour lui demander les renseignements sur l'état actuel des restes de Buffon.

Il ne fut pas donné suite à ce projet de transfert des restes mortels de Buffon dans l'enceinte du Muséum qui lui devait, sinon sa création, remontant à Guy de la Brosse, au moins une organisation nouvelle et plus complète de l'enseignement des sciences naturelles, l'agrandissement considérable des jardins descendant jusqu'à la Seine, et la construction des galeries pour les collections : Buffon avait avancé 100.000 livres pour en hâter l'installation.

Ces galeries subsistent encore en bordure de la rue Geoffroy-Saint-Hilaire ; elles ont été désaffectées en grande partie, depuis qu'on a ouvert au public, il y a 25 ans environ, les nouvelles galeries monumentales de Zoologie plus spacieuses que les anciennes.

Inspection du caveau de la chapelle seigneuriale de Montbard en 1927. — Découverte du crâne de Buffon.

Depuis la violation de la sépulture pendant la période révolutionnaire, on admettait généralement qu'après l'ouverture du cercueil pour en retirer le plomb, les restes du grand naturaliste avaient été dispersés ou anéantis. Mais, comme nous l'avons indiqué plus haut, lors de l'inhumation de la dernière comtesse de Buffon, en 1852, dans le caveau, le corps de Buffon, momifié après l'embaumement, avait été retrouvé dans son cercueil en sapin placé sur des tréteaux, tel que l'avaient laissé les profanateurs. On ignorait ce qui s'était passé depuis 1852 et il était à craindre que le coffre en bois blanc n'eût pas résisté à la pourriture et aux injures du temps.

(1) *Archives de la Côte-d'Or.*

(1) *Archives* du Muséum d'histoire naturelle.

C'est sans doute ce qui détermina les membres de la Société d'Archéologie de Montbard, présidée par M. Dargentolle, à faire une inspection dans le caveau de la chapelle seigneuriale (1) ; elle eut lieu le 19 mars 1927, après entente avec le clergé de l'église Saint-Urse.

A part l'inscription suivante placée au-dessus de la porte extérieure, aujourd'hui murée, de la chapelle : « Buffon a été inhumé dans le caveau de cette chapelle, le 20 avril 1788 », on n'avait pas d'indication exacte sur l'entrée du caveau, qui était scellé par une dalle de pierre dans laquelle on avait enchassé des petits pavés noirs, de forme carrée pour imiter le reste du pavé. Après deux tentatives infructueuses, à la porte extérieure et à la porte intérieure de la chapelle, on découvrit l'existence d'une dalle beaucoup plus grande que celles du pavé et difficile à distinguer à cause de l'incrustation dans sa couche extérieure, de plusieurs petits pavés noirs régulièrement disposés. Un escalier de cinq marches, après le soulèvement de la grande dalle, conduit au fond du caveau. Celui-ci est spacieux et voûté, orienté dans le même sens que l'église, c'est-à-dire de l'est à l'ouest ; il mesure 3 m. 90 de longueur sur 2 m. 10 de largeur, et la voûte, en berceau brisé, s'élève à 1 m. 80 au-dessus du dallage.

A droite du caveau, le long de la paroi ouest, est un cercueil en bois de sapin mouluré, à la façon de la tôle ondulée ; il a paru aux membres de la Société être d'un âge relativement récent, et être, sans conteste, celui de la comtesse de Buffon, inhumée en 1852. Ce ne pourrait être le cercueil contenant les restes de Buffon, puisque ainsi que nous l'avons bien spécifié il consistait dans un simple coffre en sapin recouvert par le cercueil en chêne plombé qui a été détruit en 1794. On n'a pas retrouvé d'autres cercueils, mais le long de la paroi sud, sur un dallage intact « est une masse noire de deux mètres de long environ, où se mêlent ossements, terreau et débris de planches. Deux crânes sont en évidence à l'extrémité ouest de cet amas. L'un d'eux est nettement sectionné, *scié* en deux parties qui s'ajustent parfaitement ». A la tête manque le maxillaire inférieur. L'autre crâne est entier, non scié, et est dépourvu de dents comme le précédent. Il est bien probable qu'il s'agit du crâne du père de Buffon, inhumé avant lui dans le caveau, et qui est mort à l'âge de 92 ans ; l'absence de dents n'a rien d'extraordinaire à cet âge avancé. Quant au premier crâne *scié* régulièrement, de sorte que la voûte est bien séparée de la base, il ne paraît pas douteux qu'il s'agit du crâne de Buffon, comme je l'expliquerai plus loin ; aucun des autres crânes retrouvés dans la sépulture n'est sectionné de la même manière. En poursuivant, le 25 mars, les recherches interrompues pendant quelques jours, dans le caveau, on retrouva, parmi d'autres os mélangés, un maxillaire inférieur dénué de dents, qui s'adaptait exactement par ses condyles à la base du crâne scié. Tous ces ossements, y compris les crânes, ont été déposés dans une petite bière en sapin confectionnée par les soins de la Société d'archéologie. Sur une dalle en saillie, au milieu du caveau, la bière neuve a été déposée ; elle porte une plaque de marbre avec cette inscription gravée : Buffon, 1927. Le 26 mars, le caveau a été refermé et le pavé de la chapelle entièrement reconstitué et cimenté. Une petite croix, gravée en creux, indique seule la dalle qui recouvre l'ouverture.

Nous avons pu contrôler nous-même, lors d'une visite récente à Montbard, guidé par M. Dargentolle, la disposition extérieure du caveau qui forme une sorte de cachette. Ne serait-il pas utile de faire graver une inscription indiquant la place même de la sépulture ?

Les membres de la Société d'archéologie n'ont pas essayé de reconstituer le squelette de Buffon ; c'eût été une opération difficile et qui eût nécessité une grande expérience des recherches anthropologiques. Etant donné le mélange des ossements de plusieurs squelettes, la discrimination des os du père Benjamin-François Leclerc et de son fils Buffon eût été particulièrement malaisée ; il est vrai que nous connaissons la haute taille de ce dernier, et qu'à l'aide de cet indice, on eût pu tenter de mesurer la longueur des fémurs et des tibias lui appartenant ; mais la reconstitution du squelette entier n'eût guère été possible ; elle n'avait d'ailleurs pas un intérêt de premier ordre.

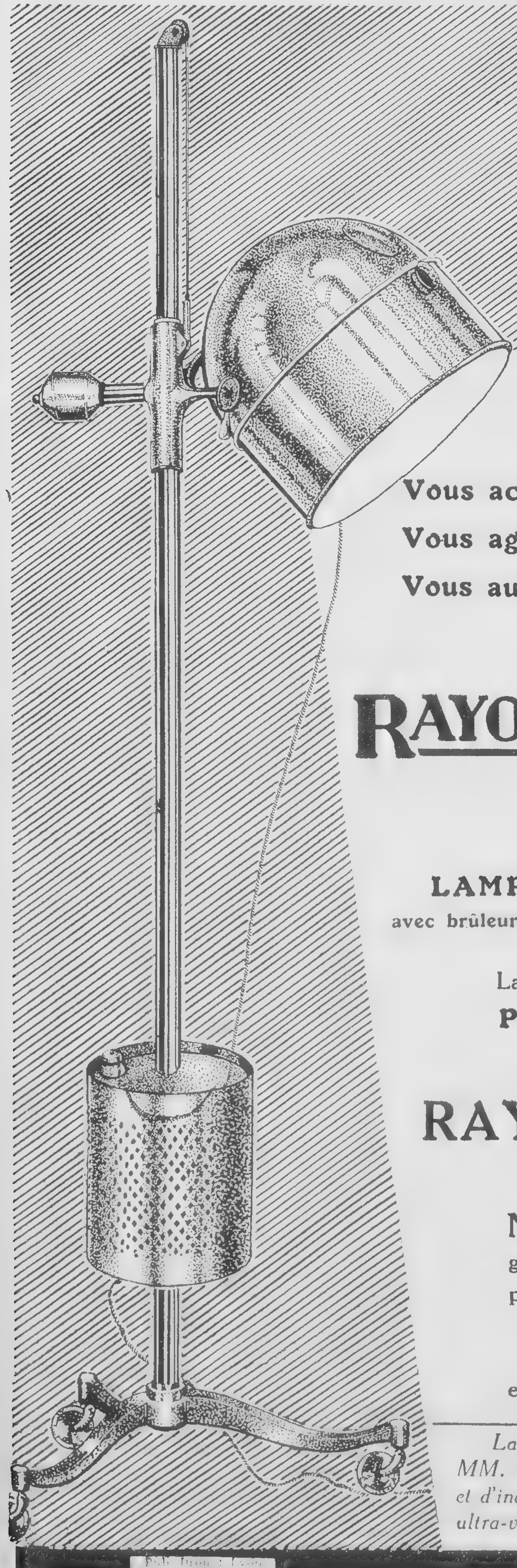
Il en était autrement du crâne du grand homme que l'on a pu heureusement identifier, puisqu'il différait entièrement des autres crânes des membres de la famille ; en effet, comme je l'ai dit plus haut, il avait été scié en deux parties lors de l'autopsie faite par Girardeau pour en extraire le cerveau. La séparation complète de la voûte et de la base du crâne par le trait de scie que l'on voit très nettement sur le cliché photographique ci-joint, peut être considérée comme une preuve rigoureuse qu'on se trouve bien en présence du crâne de Buffon. D'ailleurs la courbe spéciale de l'os frontal, un peu fuyante en arrière, correspond exactement à celle qu'on remarque sur la statue en marbre qui a été exécutée par Pajou, aussi bien que sur la tête du buste du même artiste, conservé au musée du Louvre. Il ne peut donc rester aucun doute à ce sujet, puisque, je le répète, aucun des autres crânes ne présentait de trait de scie semblable.

Il était d'usage, au 18e siècle, d'ouvrir le crâne des grands hommes pour en extraire le cerveau ; il en fut ainsi pour Voltaire et pour J.-J. Rousseau, et j'ai décrit, après mon ami le Dr Paul Dorveaux, les modifications profondes qu'avait subies le cerveau de Voltaire, conservé par l'apothicaire Mitouart, sous le nom de cervelet. J'ai étudié cette relique donnée au Musée de la Comédie-Française, et j'ai établi qu'il s'agissait, non du cervelet seulement, mais d'un débris du cerveau entier, rétracté et desséché. A cette époque, on se servait habituellement du terme de cervelet pour désigner le cerveau conservé dans des liquides spéciaux. C'est ainsi que le cerveau de Buffon, conservé précieusement par Faujas de Saint-Fond, a été offert au Muséum sous le nom de cervelet comme l'indique la plaque en marbre apposée sur le piédestal de la statue de Pajou. Je reviendrai plus loin sur ce point. Je rappelle que lorsqu'en 1897, on fit des recherches dans les tombeaux de Voltaire et de Rousseau au Panthéon, pour s'assurer que leur squelette y était bien contenu, car on avait émis des doutes à ce sujet, le procès-verbal de cette cérémonie funèbre relate que le crâne de Voltaire aussi bien que celui de Rousseau, examinés par Marcellin Berthelot, avaient été sciés, et que



Le crâne de Buffon retrouvé en 1927 *dans la chapelle de Montbard.*

(1) *Bulletin* de la Société d'archéologie de Montbard, 1927.



la voûte avait été séparée de la base (1). Le crâne de Buffon a donc été sectionné comme celui de ses illustres contemporains et son authenticité ne saurait être contestée, vu les circonstances dans lesquelles il a été retrouvé, l'an dernier, dans le caveau de la chapelle seigneuriale de Montbard.

Il eût été intéressant de faire l'examen craniométrique complet, suivant la méthode rigoureuse des anthropologistes, de mesurer exactement les diamètres et de calculer la capacité cranienne, d'où l'on peut déduire le volume du cerveau, d'enregistrer l'angle facial, etc... Mais l'essentiel est que nous soyons sûrs de posséder le crâne du grand homme ; un jour ou l'autre, si l'on rouvre le caveau, on pourra compléter l'inspection sommaire faite l'an dernier. M. Dargentolle a bien voulu me communiquer un calque qu'il a soigneusement tracé au crayon, sur le pourtour de la circonférence de la calotte cranienne appliquée sur un plan horizontal. Ce schéma permet de se faire une idée approximative de la grandeur et de la forme de l'enveloppe osseuse des centres encéphaliques. Sur cette coupe, la paroi du crâne paraît légèrement asymétrique ; la bosse fontale gauche est un peu plus saillante que la droite et la région pariéto-temporale droite est assez fortement renflée.

Le diamètre antéro-postérieur de la calotte est de 19 cent. 1 et le diamètre transverse maximum de 14 cent. 8. M. Papillault mon collègue à la Société d'anthropologie, a fait très justement remarquer que la longueur du diamètre antéro-postérieur devait être un peu majorée, car le trait de scie portant sur le frontal, est sur un plan postérieur à celui de la glabelle, et la courbe de la région frontale est un peu oblique en arrière. Si l'on calcule l'indice céphalique, d'après les dimensions de la calotte cranienne, on obtient le chiffre de 77, ce qui doit faire classer Buffon comme dolicocéphale.. La circonférence de la calotte cranienne ne mesure que 53 centimètres. 5.

Ces documents, bien qu'incomplets, permettent cependant de présumer que le crâne et par suite le cerveau de Buffon n'avaient pas un développement qui dépassaient la moyenne. D'ailleurs les anthropologistes ont reconnu que, chez les hommes supérieurs, le poids de l'encéphale était loin d'être toujours très élevé, et que le volume de cet organe n'était pas en rapport constant avec la puissance des facultés intellectuelles. Le poids du cerveau de Gambetta n'excédait guère 1.100 gr., et le poids du cerveau d'Anatole France, enregistré lors de son autopsie récente par MM. Dubreuil-Chambardel et Guillaume, n'atteignait que 1.040 gr. Ce sont des poids bien inférieurs à la moyenne qui est de 1.330 gr. chez les Français. On doit donc convenir que nous ne sommes pas encore fixés sur les rapports du développement de la masse encéphalique avec les fonctions psychiques.

Le cerveau de Buffon. — Dépôt du cervelet dans le piédestal de la statue de Pajou au Muséum en 1870.

Lors de l'autopsie de Buffon, comme je l'ai indiqué plus haut, le cerveau fut remis entre les mains de Faujas de Saint-Fond, au lieu du cœur qui fut conservé par le fils du grand homme. Faujas était un collaborateur très cher au grand naturaliste ; il l'avait fait nommer adjoint à l'intendance des Jardins du Roi, et quelques jours avant sa mort, il avait exprimé le vœu qu'on lui donnât son cœur comme souvenir. Mme Necker et Mlle Blesseau, gouvernante de la maison de Montbard, eurent seules connaissance de cette dernière volonté qui ne devait pas être exécutée.

Par suite de circonstances que nous ignorons, la famille de Faujas quitta Paris pour aller résider à Toulignan dans la Drôme, et le cerveau contenu dans son urne de cristal, sur laquelle était gravée l'inscription : « Cervelet de Buffon, conservé par la méthode des Egyptiens », fut confiée, en dépôt, à un ami habitant Paris, M. du Barroux. Celui-ci se servit de cette précieuse pièce anatomique pour entrer en relation avec des savants, et Georges Cuvier connaissant cette relique, demanda au fils de Faujas de la céder au Muséum pour la placer au pied de la statue en marbre de Pajou, qui décorait une salle de cours dans les galeries construites par Buffon. Le fils de Faujas refusa de se séparer de ce souvenir vénérable cher à sa famille. En 1829, M. du Barroux vint à mourir et Faujas écrivit une lettre aux héritiers pour réclamer le cervelet, demandant que l'urne lui fût envoyée à Toulignan par le *roulage* et non par la diligence, pour éviter des frais trop élevés de transport. Il est probable que pendant ce long voyage, le cerveau secoué par les cahots de la voiture, dût être fortement détérioré. Néanmoins, la caisse arriva à destination et un procès-verbal fut dressé le 28 mai 1829 à Toulignan constatant que son contenu était en bon état. « Après avoir ouvert l'urne, on trouva le cervelet entier et bien conservé et tous les admirateurs du génie de Buffon l'ont examiné avec beaucoup d'attention » (1). Ce procès-verbal de réception fut signé par le Préfet de la Drôme, en tournée d'inspection pour le coneil de révision, par un maréchal de camp, un médecin militaire, etc. (1).

Depuis 1829 jusqu'en 1867 le cervelet fut conservé par la famille Faujas dont la situation de fortune devait être médiocre. Toujours est-il que Mme Faujas se trouva obligée de tirer parti de cette relique de Buffon et qu'elle se concerta avec M. Henri Nadault de Buffon, arrière-petit-neveu de l'illustre savant, et avocat général à Rennes, pour l'offrir au ministre de l'instruction publique qui était alors M. Duruy.

Mme Faujas réclamait, en échange du cervelet, deux bourses dans un lycée impérial pour ses deux fils, faisant valoir qu'on lui offrait 50.000 fr. en Russie pour ce souvenir vénérable.

M. Nadault de Buffon se chargea de toutes les démarches administratives qui furent longues et laborieuses, de la correspondance avec le ministre, avec le directeur du Muséum, etc... Voici le texte de la lettre adressée par le ministre au directeur du Muséum, qui était alors M. Chevreul, pour l'informer de l'offre qui était faite par M. H. Nadault de Buffon et Faujas de Saint-Fond.

Paris, 3 *juillet* 1867.

M. le Directeur.

M. Nadault de Buffon m'a offert pour le Muséum le cerveau de Buffon conservé dans la famille du savant géologue Faujas de St-Fond, l'ami de Buffon.

J'ai fait connaître à M. Nadault que cette offre me paraît devoir être accueillie avec reconnaissance par le Muséum et que je suis disposé pour ma part, à accorder aux jeunes Faujas de St-Fond une bourse impériale.

Je reçois aujourd'hui de M. Nadault de Buffon une nouvelle lettre dans laquelle je lis ce qui suit : « L'intention de M. Faujas est que je remette au Muséum, en son nom et au mien, le cerveau de Buffon, dont je suis actuellement détenteur, après que votre Excellence aura bien voulu obtenir un décret de concession de bourse pour chacun de ses deux enfants, et sous les conditions que :

1° Le cerveau de Buffon sera déposé au Muséum dans un lieu digne de lui.

2° Sur l'inscription qui l'accompagnera, le nom de M. Faujas figurera avec le mien.

3° Pour mieux honorer la mémoire de Buffon, la remise de son cerveau sera faite avec une certaine pompe destinée à témoigner du prix que l'Etat et les professeurs du Muséum attachent à la conservation de ce précieux reste. »

Je vous prie de vouloir bien saisir le plus tôt possible l'assemblée des professeurs de cette proposition. Vous voudrez bien me faire connaître, dans un rapport spécial, avec l'avis de l'Assemblée, votre avis personnel sur les dispositions qu'il conviendrait de prendre pour répondre aux intentions du donateur.

Recevez, M. le Directeur, etc....

Pour le Ministre de l'Instruction publique
et par autorisation,

Le Dir. du Personnel.

Je reproduis le procès-verbal de la séance dans laquelle fut accepté le cervelet par les professeurs du Muséum :

(1) Voir le procès-verbal de la cérémonie dans le journal l'*Illustration*, janvier 1898.

(1) Le procès-verbal de réception du cervelet de Buffon à Toulignan, établissant son authenticité, la lettre de Faujas aux héritiers de M. du Barroux pour réclamer la pièce anatomique et toutes les lettres administratives que je vais citer sont conservées à la bibliothèque du Muséum.

Séance extraordinaire du 6 juillet 1867.

Don fait au Muséum du cerveau de Buffon.

Furent présents : MM. Chevreul, Milne Edwards, E. Blanchard, de Quatrefages, Decaisne, Becquerel, Daubrée, Duméril, Serres et Lacaze-Duthiers.

M. le Directeur donne lecture de la lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 3 juillet 1867, faisant connaître que M. Nadault de Buffon lui a offert pour le Muséum le cerveau de Buffon conservé dans la famille de Faujas de St- Fond, ami du célèbre naturaliste.

M. le Ministre demande que l'Assemblée soit saisie des propositions faites par M. Nadault de Buffon dans sa lettre.

L'Assemblée accepte avec reconnaissance l'offre qui est faite. Le cerveau sera déposé dans le socle de la statue de Buffon placée dans les galeries de zoologie, avec une inscription où figureraient les noms des donateurs.

L'Assemblée est unanime pour exprimer le désir que la cérémonie de la remise du cerveau soit très simple, tout en étant digne du grand nom qui est une des gloires du Muséum.

Lettre du Ministre :

Paris, le 2 avril 1868.

M. le Directeur,

Je charge M. du Mesnil, chef de la 1re division, de vous remettre officiellement le cerveau de Buffon qui vient de m'être adressé par M. Nadault de Buffon, avocat général à Rennes, mandataire de M. Faujas.

Vous voudrez bien remettre à M. du Mesnil un récépissé à mon nom, constatant la réception et la date.

Je vous prie, en outre, d'arrêter le plus promptement possible, en assemblée, les dispositions nécessaires pour répondre aux désirs des donateurs. Vous voudrez bien ensuite m'adresser votre rapport avec l'indication complète des voies et des moyens.

Vous jugerez sans doute nécessaire d'écrire directement à MM. de Buffon et de Faujas au nom de l'Assemblée. Vous voudrez bien me faire connaître s'il ne vous paraît pas convenable de réclamer en tems (*sic*) utile, l'insertion d'une note spéciale au *Moniteur*.

Recevez, M.... etc....

Le Ministre de l'Instruction publique,
V. Duruy.

La remise du cerveau au Muséum n'eut lieu cependant que le 30 novembre 1869 et il ne fut placé dans le piédestal de la statue que le 17 octobre 1870 comme en font foi les pièces suivantes :

L'an mil huit cent soixante-dix, le dix-sept octobre, le cervelet de Buffon a été déposé dans le piédestal de la statue de cet illustre savant, située dans la salle des cours de la galerie de zoologie, en présence de MM. Chevreul, directeur du Muséum, Gervais ; professeur, secrétaire de l'Assemblée ; Deshayes, professeur ; André, archiviste et Chezal, agent comptable du Muséum.

(*Suivent les signatures.*) Fait à Paris, le 17 octobre 1870

Lettre du Directeur du Muséum
A M. le Ministre de l'Instruction publique
et des Cultes.

Paris, le 18 *otctobre* 1870.

M. le Ministre,

J'ai l'honneur de vous informer que conformément au désir exprimé dans la dépêche de votre prédécesseur en date du 13 mai dernier, le cervelet de Buffon a été déposé le 17 du présent mois, dans le piédestal de la statue de cet illustre savant qui orne l'une des salles de la galerie de zoologie.

Un procès-verbal constatant le dépôt et dont vous trouverez ci-joint copie, accompagne le vase qui contient ce précieux reste. L'inscription suivante a été gravée sur la plaque en marbre scellée sur le piédestal même :

Le cervelet de Buffon, offert au Muséum par MM. Faujas de St-Fond et Nadault de Buffon, a été déposé dans l'intérieur de ce piédestal le 17 octobre 1870.

J'ai reçu dimanche 30 novembre 1869, de M. Lescours, chef de bureau du Ministère de l'Instruction publique, le cerveau de Buffon.

E. Chevreul.

M. Nadault de Buffon, qui a publié la belle correspondance de son grand-oncle, reçut comme récompense de ses longues négociations, la rosette d'officier de l'Instruction publique. Il fut très reconnaissant à M. Duruy de cette distinction. Le ruban rouge était rare dans ce temps. Il est peu probable qu'il ait pu assister au dépôt de la relique dans le piédestal de la statue, car le 17 octobre 1870, les Allemands commençaient d'investir Paris et l'on doit remarquer le petit nombre de professeurs qui ont signé le procès-verbal du dépôt, la plupart d'entre eux avaient dû quitter la capitale.

Nous n'avons trouvé dans les Archives du Muséum aucun document qui nous fournisse des indications sur l'état de la pièce anatomique, dite cervelet de Buffon, et qui a été incluse dans le piédestal de la statue de Pajou, sous ce nom, suivant l'inscription gravée sur la plaque de marbre. Il est à peu près certain qu'il s'agit non du cervelet, mais de ce qui reste du cerveau. Le cas est le même que pour le cervelet de Voltaire conservé au Théâtre-Français comme je l'ai déjà rappelé. Nous avons relevé à ce sujet un vague renseignement dans un journal bourguignon, l'*Echo de l'Auxois*, du 14 novembre 1867 : « Le cerveau de Buffon serait entièrement desséché, de l'apparence du parchemin. Ce n'est, à vrai dire, que l'enveloppe dont la matière cérébrale a été retirée. »

Nous ne sommes donc nullement fixés sur l'état de conservation du cerveau de Buffon et il m'avait paru intéressant, pour s'en assurer, de faire desceller la plaque de marbre recouvrant l'urne enfermée dans le piédestal de la statue. Je soumis cette idée à mon ami M. Anthony, professeur d'anatomie comparée au Muséum qui avait qualité pour procéder à l'examen scientifique de la vénérable relique et pour en assurer la conservation. Le conseil des professeurs fut saisi par lui de la question et l'on demanda même l'autorisation au ministre de procéder à cette vérification. Mais je ne sais pour quelle cause, l'administration du Muséum n'a pas donné suite à ce projet.

Néanmoins, je suis parvenu par une enquête personnelle à recueillir des renseignements dont il faut se contenter pour le moment. Un gardien des nouvelles galeries de zoologie, attaché depuis longtemps au Muséum et que j'ai interrogé à ce sujet, m'a déclaré avoir eu en mains le cervelet de Buffon pour le porter dans le cabinet du directeur, lors du déplacement de la statue de marbre, qu'on a descendue des anciennes galeries, pour l'exposer au bas d'un escalier des nouvelles galeries de zoologie, où elle se trouve actuellement. Les souvenirs de ce brave gardien sont très précis et m'ont paru dignes de foi. Il y a une quinzaine d'années environ, on décida d'enlever de sa niche dont j'ai vu l'emplacement dans une salle de cours désaffectée au premier étage des anciens bâtiments, le lourd marbre de Pajou ; dans la crainte de briser l'urne contenant le cervelet pendant le transfert, on descella la plaque de marbre qui ferme la loge creusée dans le socle, et on chargea ce gardien de porter la relique dans le cabinet du directeur qui était alors M. Edmond Perrier. « L'urne en cristal, m'a-t-il dit, n'était guère *plus grande qu'une coupe à champagne* » ; et il ne doutait pas que son contenu fut un cervelet, car il n'était pas plus gros qu'une pomme séchée et durcie, d'une coloration grisâtre. L'urne ne contenait aucun liquide, mais un ruban y était attaché avec une inscription. Lorsque la statue fut installée dans sa place actuelle on remit en place l'urne qui était restée quelque temps dans le cabinet du directeur et on rescella la plaque qui obture la loge. Je me crois donc autorisé, d'après ces renseignements d'un témoin oculaire, à admettre que le soi-disant cervelet de Buffon n'est qu'un résidu desséché du cerveau désagrégé partiellement, à la suite de ses longues et multiples pérégrinations, donc tout à fait comparable au cervelet de Voltaire, dont j'ai présenté la description détaillée à la Société.

Ainsi s'est donc réalisé le vœu de Georges Cuvier qui, dès 1827, aurait voulu déposer le cerveau de Buffon au pied de la statue de Pajou. A défaut des restes mortels du grand homme, que les professeurs auraient voulu faire transporter de Montbard au Muséum, en l'an IV, on conserve donc aujourd'hui un reliquat rétracté de ce puissant cerveau qui a élaboré ce monument scientifique et littéraire immortel qu'est l'*Histoire naturelle générale et particulière.*

Ce débris infiniment précieux est enfermé dans un reliquaire

vraiment digne de lui, dans le socle de la belle statue que le roi commanda à Pajou en 1776, du vivant de Buffon, qu'il voulait honorer comme le plus grand savant de son siècle. Le roi ordonna en outre de graver sur le socle, cette inscription célèbre : *Majestati naturæ par ingenium*. Le marbre n'est pas exposé en bonne place, sous un escalier, et ne peut être admiré comme il mérite de l'être, à cause du manque de lumière. M. Perrault Dabot, inspecteur des beaux-arts, vient de le faire classer comme monument historique.

Buffon est représenté debout ; les épaules, les bras et la partie supérieure du torse sont nus ; le corps est drapé à l'antique, suivant la mode adoptée par les sculpteurs du temps. La jambe gauche nue, avec le pied, émerge sous la draperie ; la main droite tient un stylet et la gauche une tablette. La tête peu volumineuse, d'une exécution très soignée, est légèrement renversée en arrière, la région frontale est un peu fuyante et correspond bien à la forme du crâne retrouvé l'an dernier. Quelques attributs symboliques sont au pied de la statue : à droite une tête de lion ; entre les pieds, le museau d'un chien posé sur les deux pattes, à gauche un globe terrestre, en bas des blocs de minéraux et un serpent qui rampe tortueusement. Pajou exécuta aussi plusieurs bustes en marbre ; l'un fut envoyé par Buffon à l'impératrice Catherine qui était une grande admiratrice de son génie, un autre est à l'Académie de Dijon, un autre enfin conservé au musée du Louvre.

La statue de Pajou fut achevée à l'insu du grand naturaliste, qui la trouva en 1776, à son retour de Montbard à Paris. En voyant cet hommage éclatant rendu à son génie, sa surprise égala sa reconnaissance.

Mais Bachaumont, dans ses mémoires, critique déjà l'emplacement choisi pour exposer ce marbre, au pied de l'escalier du cabinet d'histoire naturelle de sa Majesté. « Elle est, écrit-il, fort mal située et n'est pas bien dans le point optique qu'il faudrait à ce monument. » Ce n'est donc qu'ultérieurement que ce beau marbre fut placé dans la niche en vue de laquelle il avait été taillé, au premier étage des galeries d'histoire naturelle ; il resta dans cette salle de cours, au voisinage de la bibliothèque, jusqu'à son transfert, il y a quinze ans, au pied de l'escalier des nouvelles galeries de zoologie, où il est encore mal éclairé, comme au temps de Bachaumont Le 18 janvier 1776, à propos de cette statue, Buffon écrit à son ami, le président de Ruffey : « Je vous remercie bien vivement de la part que vous avez eu la bonté de prendre à cette statue, que je n'ai en effet ni mendiée ni sollicitée, et qu'on m'aurait fait plus de plaisir de ne placer qu'après mon décès J'ai toujours pensé qu'un homme sage doit plus craindre l'envie que faire cas de la gloire, et tout cela s'est fait sans qu'on m'ait consulté. » D'autre part, dans une lettre à son fils qu'il avait envoyé en Russie pour remercier la grande Catherine de ses libéralités et pour lui porter son buste et ses œuvres, il demande : « Si sa Majesté impériale ne fera pas placer au bas du buste l'inscription gravée par ordre du roi sur le piédestal de la statue à Paris ? »

Et, Geoffroy St-Hilaire, dans un mémoire bien connu sur Buffon, rapporte les circonstances singulières dans lesquelles avait été commandée la statue de Pajou par le roi. Le grand naturaliste avait rendu de tels services qu'il crut pouvoir demander la survivance de sa charge, vraisemblablement pour la léguer à son fils. Il était, on le sait, fort bien en cour, et Louis XV qui appréciait fort son génie, l'avait créé en 1771, comte de Buffon, par lettres patentes, du nom de la terre qu'il possédait dans ce village, et qu'il devait illustrer. Après l'avènement de Louis XVI, sa faveur ne diminua pas, de plus il était intime avec la famille du ministre Necker. Mais il devait se trouver en compétition avec un courtisan ambitieux, le comte d'Angevillers qui désirait joindre à sa charge d'intendant des bâtiments du roi celle d'intendant de ses jardins. Le courtisan l'emporta sur le grand naturaliste et Buffon fut très affecté de cet insuccès. Ce fut pour le consoler que d'Angevillers reçut du roi l'ordre de commander la statue de Pajou. Cet honneur extraordinaire rendu à son génie lui était donc doublement dû.

La fin de la carrière si brillante du grand homme fut attristée par d'autres déceptions et d'autres mécomptes. J'ai déjà signalé les infortunes conjugales de son fils dont il ressentit douloureusement le contre-coup. Il fit aussi, vers cette époque, de grandes pertes d'argent, par la malhonnêteté de l'intendant qui régissait les forges qu'il avait organisées dans sa terre de Buffon et dans lesquelles travaillaient plusieurs centaines d'ouvriers. Par une bien intéressante communication à l'Académie de Dijon, M. Estaunié, de l'Académie française, nous a fait connaître Buffon comme grand industriel ; non seulement il faisait forger les belles grilles qu'on admire autour de son parc de Montbard, mais aussi les grilles qui fermaient les jardins du roi à Paris et qui subsistent encore. Bien plus, avec l'illustre chimiste bourguignon Guyton de Morveau, il poursuivait des recherches pour perfectionner le métal des canons qui éclataient trop souvent dans les armées du roi.

Mais sa plus grande épreuve, qu'il subit courageusement, fut la longue et cruelle maladie dont j'ai retracé les phases et l'évolution progressive. Faut-il le plaindre d'avoir succombé avant le grand cataclysme de la Révolution qui ne devait même pas respecter sa sépulture ?

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le traitement de la constipation chronique

Par Madame le docteur **Gabrielle POUCHET-SOUFFLAND**,
Assistante de consultation à l'Hôpital des Enfants-Malades.

La constipation habituelle est un des écueils les plus sérieux de la thérapeutique. Bien que ne constituant pas une maladie, à proprement parler, cet état se montre souvent tout particulièrement rebelle à l'influence des médicaments. D'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, les sollicitations médicamenteuses exercées sur la puissance sécrétoire des glandes intestinales ou sur le pouvoir péristaltogène du système nerveux, le plus souvent sur ces deux mécanismes à la fois, pas plus que celle exercée sur le pouvoir osmotique de la muqueuse, ne fournissent de résultats avantageux pour remédier aux inconvénients contre lesquels on les utilise. Il en est encore de même si l'on s'attaque à l'état de la fibre musculaire lisse de la tunique intestinale.

Tous ces moyens, excellents quand ils sont judicieusement employés pour lutter contre une constipation accidentelle dont l'examen clinique aura nettement déterminé l'origine, ne peuvent provoquer que des résultats douteux, parfois même néfastes, s'ils sont appliqués aux cas de constipation habituelle que l'on pourrait, par opposition aux précédents, qualifier de *constipation essentielle*, c'est-à-dire ne relevant d'aucun état morbide caractérisé, mais capable cependant de déterminer, à la longue, des troubles graves de l'état général.

On se trouve donc placé ici entre deux écueils : nuire d'une façon plus ou moins grave par l'abus des drogues laxatives ou purgatives, nuire en abandonnant l'organisme à son état de constipation habituelle.

L'expérience et l'observation démontrent en effet d'une façon péremptoire que des sollicitations fréquemment répétées sur l'action physiologique déterminée par un appareil donné finissent par le paralyser et provoquer un phénomène précisément inverse de celui que l'on cherchait à obtenir. Combien de sujets, après avoir cru constater des résultats efficaces par l'emploi de laxatifs ou de purgatifs légers voient, au bout de quelque temps, leur constipation plus accentuée et tenace que jamais !

Quelle que soit la délicatesse avec laquelle un laxatif, même léger, exercera son action, il provoquera toujours une influence irritante, plus ou moins accentuée, entraînant à sa suite des phénomènes d'osmose, d'hypersécrétion, de péristaltisme ; et la répétition de ces influences entraînera fatalement une parésie, voire une paralysie de ces fonctions.

C'est donc par des moyens en quelque sorte mécaniques, en tout cas respectant absolument les phénomènes de régence qui intéressent la puissance sécrétoire des glandes, le pouvoir péristaltogène du système nerveux sympathique, le pouvoir osmotique de la muqueuse intestinale, l'état de la

fibre musculaire lisse de la tunique intestinale, qu'il faut intervenir pour avoir raison de la constipation habituelle.

Les produits que l'on a proposés pour lutter contre la constipation sont extrêmement nombreux, décelant par cela même leur insuffisance. Beaucoup sont surtout du ressort de l'hygiène alimentaire : pruneaux, fleurs de pêcher et de roses pâles, miel, petit lait. D'autres commencent à manifester une légère action médicamenteuse : casse, tamarin, sureau, mauve, glycérine, soufre en fleur. Enfin, les plus intéressants parce qu'ils se montrent, à la fois, plus efficaces et plus anodins : les huiles, les mucilages provenant des graines de lin, de moutarde blanche, de psyllium, de certaines mousses ou de l'agar-agar.

Les **huiles végétales**, surtout l'huile d'olives, exercent une influence cholagogue rendant leur intervention utile dans certains cas.

Il n'en est pas de même des **huiles minérales**, dont le type le plus en vogue actuellement est l'huile de parafine. Elles présentent l'incontestable avantage, lorsqu'elles sont bien neutres, de ne pas irriter la muqueuse intestinale, d'agir surtout par leur pouvoir lubrifiant et de faciliter le glissement du bol fécal. Mais, comme inconvénients, il faut citer : la lenteur de leur action, le dégoût qu'elles inspirent à beaucoup de personnes, la gêne apportée au mécanisme d'absorption des villosités intestinales qu'elles tapissent d'une couche en quelque sorte isolante, enfin les suintements fâcheux qui se produisent par l'orifice anal dès que la quantité ingérée dépasse deux cuillerées à soupe par 24 heures. On a essayé de les associer au malt, à l'amidon, au mucilage, dans le but tant d'éviter ces derniers inconvénients que d'associer leur influence à celle des mucilages.

Les **mucilages** constituent les produits les plus recommandables pour lutter contre la constipation chronique. Ce sont des médicaments de consistance plus ou moins visqueuse, due à des principes gommeux ou mucilagineux, capables de se gonfler en absorbant une certaine quantité d'eau ou même de réaliser une pseudo-dissolution.

Ces principes existent dans un grand nombre de végétaux, parfois même en telle abondance qu'on les qualifie de plantes mucilagineuses. On les trouve dans les organes les plus divers : fleurs (mauves, guimauves), feuilles (bourrache, capillaire), semences (lin, coings, psyllium, moutarde blanche), bulbes (salep, scille, oignons), écorces (cerisier, prunier, amandier, abricotier et autres plantes de nos régions appartenant à la famille des rosacées et fournissant la *gomme nostras* ou *de pays*) ; légumineuses, surtout exotiques (astragalus dont une transformation de la cellulose dans les phytocystes des parenchymes de la tige fournit la *gomme adragante*, acacias, donnant des gommes arabiques du Sénégal, etc.). Il faut mentionner aussi certains lichens (lichen d'Islande) renfermant une substance amylacée susceptible de se gonfler dans l'eau bouillante et de donner un mucilage comparable à celui obtenu avec l'amidon de blé.

Mais, parmi les plantes mucilagineuses, les plus intéressantes pour l'objet qui nous occupe sont les fucus comprenant les algues qui fournissent l'agar-agar et le carra-gahen, contenant un principe mucilagineux différent de celui des autres végétaux.

S'il présente certains avantages, l'emploi en nature de ces produits végétaux n'est pas exempt d'inconvénients qui peuvent entraîner des conséquences plus ou moins graves. L'utilisation des graines de lin, de psyllium, de moutarde blanche provoque la stagnation dans le tractus intestinal de cellulose capable de subir dans le cæcum, en présence de la flore microbienne si abondante dans cette région de l'intestin, des métamorphoses accompagnées de fermentations qui donnent naissance à une assez abondante production de gaz entraînant la distension douloureuse du côlon droit et augmentant le ballonnement douloureux de la fosse iliaque droite.

Si l'emploi de l'agar-agar expose moins à ce dernier inconvénient, ce mucilage n'est cependant pas complètement exempt de cellulose et sa capacité de gonflement n'est pas encore très considérable.

On s'est alors évertué à préparer des mucilages aussi purs que possible et susceptibles d'absorber une quantité d'eau relativement considérable.

C'est ainsi qu'on a proposé récemment une nouvelle préparation, le normacol, extrait d'une plante mucilagineuse de la famille des légumineuses papillonnacées, originaire de l'Asie Mineure, et riche, à la fois, en arabine soluble dans l'eau et en bassorine insoluble. Il est présenté sous l'aspect d'un granulé riziforme obtenu par enrobage dans du sucre. Il est agréable, d'une ingestion très facile, une gorgée de liquide suffit pour permettre la déglutition d'une cuillerée à café de la drogue. Le normacol existe sous trois formes : 1° *normacol pur*, mucilage simplement enrobé de sucre ; 2° *normacol ordinaire*, mucilage enrobé dans du sucre et additionné d'une petite quantité de bourdaine (ramnus frangula) ; 3° *normacol sans sucre*, mucilage additionné de bourdaine et non enrobé de sucre ce dernier à l'usage des diabétiques.

Le Normacol ordinaire (avec bourdaine) est la forme qui convient à la grande majorité des cas, la quantité de bourdaine qu'il contient est trop faible en effet pour provoquer une irritation de l'intestin, elle est utile, d'autre part, en tant que cholagogue et excito-sécrétoire des glandes de la muqueuse. Le normacol pur (sans bourdaine) est cependant préférable, par excès de précautions pour ainsi dire, chez les entéritiques, les femmes enceintes, les tout jeunes enfants... dont le médecin veut au plus haut point ménager la muqueuse intestinale.

Le pouvoir d'absorption d'eau par le normacol est considérable et nettement plus accusé que celui des autres formes pharmaceutiques des mucilages. Après une heure de contact, à la température de l'organisme (37°), le mucilage pur, absorbe cinquante fois son volume d'eau. Le produit ainsi obtenu constitue une masse volumineuse, lisse et comme glacée, onctueuse et douce au toucher, dans laquelle on retrouve, naturellement très amplifiée, la forme primitive des grains qui conservent leur indépendance réciproque, sans se souder les uns aux autres et sans former une masse homogène.

Cette absorption d'eau est moins accentuée et moins rapide en milieu acide, tandis qu'elle est, au contraire, plus considérable en milieu alcalin. Ce mucilage est indigestible et inassimilable, il n'entrave en aucune façon la digestion des aliments. Lorsqu'il est ingéré à la fin du repas, il ne produit ni distension ni pesanteur de l'estomac, étant infermentescible. La digestion gastrique ne se trouve pas ralentie, et le cheminement du normacol dans l'intestin est insensible, ne produisant ni coliques, ni borborygmes, ni ballonnement abdominal. L'expulsion des fèces se produit sans difficultés, sous forme d'une selle moulée, de consistance molle. En se gonflant, le mucilage a constitué une masse pâteuse avec le contenu de l'intestin et son pouvoir lubrifiant joint à l'influence péristaltogène exercée par la masse agissant sur les parois de l'intestin, détermine une facile expulsion du bol fécal. Par le volume qu'il donne aux fèces, en leur conservant un degré convenable d'hydratation, par le glissement qu'il facilite sur la paroi, le normacol réalise une véritable mécanothérapie et une efficace rééducation du péristaltisme.

D'autre part, l'absorption remarquable de liquide qu'il peut réaliser, (administré, alors. sous la forme de normacol pur), permet d'utiliser cette propriété dans le traitement des diarrhées pour transformer en masse mucilagineuse le contenu liquide de l'intestin. C'est alors simplement un remède, s'adressant au symptôme diarrhée, capable de supprimer une manifestation désagréable ou même pénible, mais insuffisant pour amener la guérison.

Toutefois, malgré les bons effets que l'on peut obtenir par l'emploi de ce produit, il ne faut pas oublier que la guérison de la constipation chronique est essentiellement une question d'hygiène et de régime alimentaire longtemps et patiemment observé, souvent puissamment aidé par l'intervention de cures thermo-minérales.

Première observation. — Mme R., 47 ans.

Etat général, assez bon, présentait une appendicite chronique depuis 20 ans au moins. Opérée il y a 2 mois, appendicectomie. Libération d'une bride sur le côlon ascendant. Suites opératoires excellentes, sauf un état diarrhéique, 3 à 4 garde-robes par jour, avec douleurs. Nous la soumettons au normacol pur.

Les garde-robes après quelques jours de traitement reprennent une consistance normale. Les douleurs disparaissent. La malade

continue toujours de prendre aux deux principaux repas une cuillerée à café de normacol pur.

Deuxième observation. — Lucienne C., 7 ans.

L'enfant présente une constipation chronique depuis sa première enfance. A l'examen on trouve foie normal, intestins normaux, très légère réaction appendiculaire, état général bon.

Nous conseillons le normacol. Les garde-robes deviennent régulières et la maman qui devait changer continuellement de laxatif, nous déclare que depuis un mois elle continue à avoir des résultats réguliers.

Troisième observation. — Mme S., 24 ans.

Etat général bon. Enceinte de 5 mois, constipation opiniâtre, avec fortes hémorrhoïdes.

Nous lui conseillons le normacol pur et le normacol avec bourdaine Elle intercale l'un et l'autre et obtient ainsi un excellent résultat sans douleurs ni diarrhée.

Quatrième observation. — Mme W., 34 ans.

Etat général bon, Enceinte de 7 mois. Constipation, digestions difficiles avec acidités, hémorrhoïdes. Prend régulièrement une cuillerée à café de normacol au repas du soir et régularise ainsi ses garde-robes. Les acidités sont très diminuées.

Cinquième observation. — Mme F., 60 ans.

Etat général médiocre. Diabétique. Constipations fréquentes. Prenait des huiles diverses, mais les résultats étaient très irréguliers et même nuls depuis un, certain temps.

Nous l'avons mise au normacol sans sucre et la malade s'en trouve tout à fait bien depuis un mois. Elle présente une garde-robe moulée sans diarrhée et régulière.

Sixième observation. — Mme D., 39 ans.

Hystérectomie pour fibrome. Constipation post-opératoire. Le normacol donné aux doses de 2 cuillerées à café par jour nous donne une garde-robe régulière et sans douleurs.

Septième observation. — Mme B., 29 ans.

Hystérectomie pour annexite suppurée.

Présente des suites opératoires longues, constipation opiniâtre.

Le normacol avec bourdaine employé régulièrement nous donne après 3 jours de traitement un résultat satisfaisant.

Huitième observation. — Mlle E., 3 ans.

Etat rachitique, très marqué, gros ventre, avec paresse intestinale. Depuis l'âge de 6 mois l'enfant présente un état de constipation. La mère a donné successivement tous les laxatifs prescrits pour la 1re enfance (huiles, sirop de fruits, etc) mais après quelques semaines, l'accoutumance se produisait et la maman devait changer de médication. Nous avons conseillé le normacol. L'enfant le prend bien et la maman nous déclare que l'effet se montre régulier. Selles moulées sans diarrhée ni coliques.

Neuvième observation. — M. J. F., 6 ans.

Etat de constipation avec débâcles diarrhéiques.

Foie paresseux, intestin ballonné. En dehors du traitement conseillé pour activer les fonctions du foie, nous prescrivons l'administration du normacol. L'enfant le supporte bien et en alternant avec le normacol à la bourdaine et le normacol pur, nous obtenons des garde-robes régulières sans débâcle.

Dixième observation. — M. J. A., 56 ans.

Emploi sédentaire, prend peu d'exercice et présente avec un état général bon, un état de constipation chronique. Nous lui conseillons le normacol et après l'emploi de ce médicament pendant un mois, il nous déclare qu'il a obtenu des garde-robes tout à fait régulières et abondantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1928.

L'intra-dermo-réaction en chirurgie. — *M. Pierre Bazy*, dans une note brève et par un exemple concret, montre que l'intra-dermo-réaction, introduite en chirurgie par le Dr Louis Bazy, permet de préciser le moment où des lésions inflammatoires — appendicite, salpingite, etc. — de l'abdomen sont suffisamment refroidies pour être opérées sans danger.

La vaccination antituberculeuse par le B. C. G. chez les enfants en milieux sains. — *M. A. Calmette*. — M. Lignières n'a apporté aucune preuve expérimentale ou clinique permettant de dire que l'emploi du B. C. G. pouvait peut-être présenter quelque danger pour les enfants nés en milieu indemne. Tous les travaux publiés récemment en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis et en Italie ainsi que dans beaucoup d'autres pays, attestent au contraire l'innocuité parfaite du B. C. G. ainsi que son efficacité. L'hypothèse de M. Lignières est d'ailleurs manifestement controuvée par la diminution de la mortalité générale de l'ensemble des enfants vaccinés, comparativement à celle des enfants non vaccinés de même âge (3, 1 % jusqu'à 1 an pour les vaccinés contre 8,5 % nés vivants et non vaccinés). Et actuellement, en France, 81.600 enfants ont été vaccinés du 1er juillet 1924 au 1er mai 1928 avec le B. C. G. dont plus de 75.000 en milieu *apparemment* sain.

A l'étranger, dans beaucoup de pays, la vaccination par le B. C. G. est largement pratiquée et les résultats actuellement connus sont partout très favorables. Aussi dans plusieurs villes, les services publics d'hygiène ont-ils réussi, depuis plus d'un an, à faire accepter la vaccination de leurs nouveau-nés à 80 et même 89 % des familles. On doit souhaiter que l'immense effort ainsi réalisé se poursuive et que les considérations purement hypothétiques de M. Lignières n'en arrêteront pas l'élan.

M. Lignières tient à déclarer tout d'abord que personne plus que lui n'a suivi dès sa naissance et n'admire davantage la grande découverte que MM. Calmette et Guérin. C'est qu'en effet il a cherché lui-même durant de longues années, sans y parvenir pleinement, une méthode capable d'atténuer le bacille de Koch, c'est-à-dire qu'il donnaît les grandes difficultés qui ont été si brillamment surmontées par nos savants compatriotes. D'autre part, ses études sur les maladies infectieuses et leur prophylaxie auxquelles il s'est dédié depuis bientôt quarante ans, lui permettent de se rendre compte du profit qu'on peut retirer d'une vaccination efficace contre la tuberculose.

Ses expériences déjà publiées sont d'ailleurs complètement d'accord avec celles de M. Calmette et de ses collaborateurs, lesquelles démontrent que le B. C. G. est un puissant moyen de lutte contre la tuberculose et qu'il doit être toujours recommandé quand la contagion tuberculeuse est à craindre.

S'il a fait une restriction à la généralisation de l'emploi du bacille bilié, c'est-à dire à son application à des sujets sains, élevés en milieux indemnes, c'est que nous avons aujourd'hui. sur le mécanisme de son action prémunisante, des données nouvelles. En effet, on avait cru, et M. Lignières a été du nombre, que le B. C. G. restait localisé au point où il avait été inoculé et que, assez rapidement, il disparaissait de l'organisme. On sait maintenant d'une façon certaine qu'il cultive à l'endroit où il a été introduit, qu'il envahit l'organisme par le système lymphatique, qu'il reste des mois et qu'il peut même provoquer la formation de petites lésions. *Ces petites lésions, il faut le remarquer, ne sont pas des lésions de tuberculose puisqu'elles ne sont pas réinoculables aux animaux les plus sensibles et qu'elles guérissent toujours.*. Cette evolution se manifeste parfois aussi par une hyperthermie en général très peu marquée. Il faut bien noter encore que l'intensité de l'envahissement bacillaire et des réactions consécutives sont des plus variables suivant la réceptivité des sujets : tandis que beaucoup montrent des réactions à peine perceptibles, chez d'autres elles sont sensiblement plus accentuées. La prémunition n'est obtenue qu'au prix de cette évolution du B. C. G. dans l'organisme.

L'auteur insiste pour qu'on ne lui fasse pas dire, surtout, que le B. C. G. donne ainsi la tuberculose, ce serait une erreur grave contre laquelle il s'élève tout le premier ; mais en même temps, il est obligé de reconnaître que le caractère absolument anodin du B. C. G., auquel il avait cru tout d'abord, n'existe pas, de sorte que son application n'est pas aussi banale qu'on pourrait le désirer. Il ne faut cependant rien exagérer puisque les statistiques de M. Calmette paraissent montrer que le B. C. G. est bien supporté. Evidemment, on peut critiquer ces statistiques puisque M. Lignières a montré que nous serions encore des années pour déterminer la part qui pourrait incomber au B. C. G. dans les cas malheureux puisqu'il ne produit pas la tuberculose et qu'il peut être présent dans l'organisme sans qu'on puisse le mettre aisément en évidence.

Y a-t-il des circonstances — réceptivité individuelle, symbiose — qui rendent les sujets plus sensibles au B. C. G., c'est très possible, mais l'avenir seul le dira.

Admettons maintenant que le B. C. G. ne puisse jamais trouver un terrain préparé qui le rend dangereux, ce que, pour sa part, M. Lignières désire ardemment, est-ce à dire que nous aurons le droit de l'employer sur des sujets sains élevés en milieu indemne comme le soutient M. Calmette. La réponse n'est pas douteuse ; elle est négative, parce que ce serait déterminer gratuitement une infection qui n'est pas anodine, qui est de longue durée et qui ne s'adresse à aucun péril sérieux. Lorsque la contagion tuberculeuse est à craindre, alors la légère infection déterminée par le B. C. G. ne compte pas devant le danger imminent et grave de la tuberculose. L'argument qu'il faut vacciner parce qu'on ne sait pas si le sujet ne sera pas plus tard en milieu infectant ne peut se soutenir pour la simple raison que le nouveau-né reste dans un milieu qui ne change généralement pas pendant les premières années de sa vie ; quand plus tard il pourrait, en effet, se contaminer, il y a longtemps qu'il ne serait plus prémuni par le B. C. G.

En résumé, tandis que l'on doit recourir à la vaccination par le B. C. G. quand la tuberculose est à craindre, il paraît toujours à M. Lignières qu'elle doit être écartée si les sujets sont sains et élevés en milieux indemnes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1982.

Hypertrophie staturale et génitale chez un enfant. — M. *Variot*, à propos de la récente présentation de MM. Bernard et Lelong, montre que l'observation rapportée par les auteurs vient confirmer ce que l'on sait sur les rapports entre le développement statural et le développement du système nerveux.

Recherches sur les spirochétoses putrides broncho-pulmonaires. — MM. *Léon Kindberg*, *Cattan* et *Adida* communiquent un résumé des documents cliniques, anatomiques, bactériologiques et expérimentaux qu'ils ont à l'heure actuelle réunis sur ce sujet. Ils comportent d'abord l'étude de 16 *observations cliniques*, dont 12 cas de gangrène pulmonaire de forme variable et deux cas de gangrène compliquée de tuberculose : l'examen des crachats montre toujours des formes spiralées. Dans deux cas de forme bronchitique, il s'agissait d'association fuso-spirillaire ; dans tous les cas de lésion putride du poumon il y avait des spirochètes nombreux, polymorphes, présents constamment, mais avec des recrudescences répondant aux poussées évolutives cliniques. Il coexistait toujours une flore anaérobie banale très abondante.

Dans 5 autopsies, ils ont pu vérifier les faits décrits par M. Bezançon et ses collaborateurs et par MM. Lemierre et Léon Kindberg à la séance précédente : les spirochètes existent à l'état de pureté relative, en nombre vraiment colossal dans la zone périphérique d'extension des foyers gangréneux ; on les retrouve dans les zones d'alvéolite ; ils criblent même au loin les parois vasculaires. Il est impossible, selon la conception de M. Bezançon, de ne pas y voir l'agent d'attaque auquel se superposerait dans le temps l'action des anaérobies. Mais sur les coupes comme dans les crachats, les spirochètes se sont montrés d'un polymorphisme remarquable.

Les recherches bactériologiques, faites avec les méthodes les plus variées, n'ont pas permis d'obtenir de véritables cultures, encore moins de cultures pures, mais la simple conservation avec multiplication *in situ*. L'inoculation de ces cultures fut négative. Les essais de culture de bacilles fusiformes n'ont donné que des cultures impures : il semble que ce soit un germe doué d'une certaine variabilité ; rien cependant qui puisse faire conclure avec Senarelli à sa transformation en spirochète.

Les inoculations de crachats ont donné des abcès putrides riches en spirochètes. L'examen histologique de ces abcès montre la même disposition des spirochètes, excentrique et extensive, que dans les lésions pulmonaires humaines ?

Dans les tubes de cultures comme dans les abcès expérimentaux, les spirochètes ont toujours été très polymorphes.

Dans l'ensemble, et provisoirement, les auteurs concluent que dans la gangrène à rechutes ou abcès putride, les spirochètes jouent un rôle considérable, premier dans le temps et l'enchaînement des causes. C'est la confirmation des faits énoncés pat le P. Bezançon. Mais très vite se surajoute une pullulation des germes anaérobies, qui peut ou non commander l'évolution, le pronostic, la résistance aux thérapeutiques arsenicales. Quant à la nature de ces spirochètes il convient d'être réservé : les auteurs n'ont pu mettre en évidence un spirochète unique toujours semblable à lui-même et bien défini. Ils hésitent entre l'hypothèse d'un germe très polymorphe ou celui d'une infection par germes multiples, comme pour les microbes anaérobies. Dans ce cas, l'un d'entre eux pourrait prendre dans certaines circonstances et chez certains malades une prépondérance presque absolue.

Aspect achondroplasique. Arriération mentale. Troubles trophiques cutanés. — MM. *P. Lechelle*, *D. Douady* et *Joseph* présentent une femme de 63 ans atteinte de nanisme d'aspect achondroplasique survenu à l'âge de 6 ans et accompagné d'arriération mentale considérable. Prenant en considération certains troubles trophiques conférant à la peau une finesse spéciale, let auteurs estiment que des altérations dues au déficit génital et thyroïdien sont développées chez leur malade, en même temps que l'aspect achondroplasique.

Abcès gangréneux du poumon. Spirochètes. — MM. *Etienne Bernard* et *Desbucquois* présentent la pièce anatomique et les coupes d'un cas d'abcès gangréneux du poumon. L'évolution rapide en deux mois; la localisation unique, la limitation nette de la caverne, se traduisant microscopiquement par une ligne de séparation grisâtre, et histologiguement par un épaississement de la zone dite « de propagation » font penser que le terme d'abcès est le mieux approprié. La flore microbienne de crachats a été constituée de microbes anaérobies et de pirochètes du type Bezançon-Etchegoin. Absence de bacille fusiforme. Quelques jours avant la mort, il y avait dans l'expectoration de véritables décharges de spirochètes. Sur les coupes histologiques, on retrouve le spirochète dans la zone où les éléments cellulaires sont reconnaissables, c'est-à-dire dans la zone périphérique d'extension. On note, d'autre part, l'importance de la sclérose, surtout périvasculaire, malgré la rapidité du processus. Les auteurs pensent que ce cas justifie le terme d'abcès gangréneux, abcès, à cause des caractères anatomiques, gangréneux non seulement par suite de la fétidité mais à cause de la flore microbienne, spirochètes anaérobies, qui fait à l'heure actuelle, semble-t-il, l'unité de la gangrène pulmonaire. L'évolution en deux mois fait la transition entre le cas suraigu de Mutermilch et Séguin et les cas chroniques étudiés par MM. Bezançon et Lemierre. Ce n'est pas la flore microbienne qui conditionne ces évolutions différentes, puisque dans ces cas les mêmes germes ont été retrouvés non seulement identiques dans leur morphologie, mais identiques dans leur topographie tissulaire. La notion d'abcès gangréneux enfin n'est pas sans utilité pratique, car c'est probablement dans ces lésions uniques et nettement circonscrites que l'on pourra peut-être espérer le succès d'une intervention chirurgicale.

René Giroux.

Les Guérisseurs. Cahier d'essais médicaux, psychologiques et traditionnistes. Paris, Nourry, 1928. Grand in-8 de 48 pages 5 fr.

Dr Capitan : Présentation. — Dr J. Vinchon : Du rôle de la suggestion dans les succès obtenus par les guérisseurs. — Dr Vergnes : Les empiriques guérisseurs, leurs remèdes leurs doctrines. — P. Saintyves : Les Guérisseurs mystiques, leurs procédés, leurs origines. — M. Garçon : Quelques types de guérisseurs.

CHRONIQUE

A propos des crises gastriques.

Bien souvent on opère pour ulcère de l'estomac et on ne trouve point d'ulcère. Il en est de même pour les soi-disant ulcères du duodénum.

Ceci s'explique facilement par la difficulté de poser le diagnostic précis de localisation de l'ulcère et aussi par la présence de symptômes gastriques similaires chez les tabétiques. SINAKEWITSCH et TOPORKOFF (1) rapportent quelques observations de cet ordre. Dans certains cas, l'opération ne découvre point d'ulcère : dans d'autres cas, on opère des ulcères qui sont syphilitiques ; dans d'autres cas, encore, on opère à plusieurs reprises, sans résultats, pour ulcère supposé de l'estomac, du duodénum, pour appendicite ; il y a des cas où l'opération n'est pas pratiquée étant donnée la constatation de la syphilis nerveuse et le traitement spécifique ayant donné un résultat favorable.

Le diagnostic, dans les questions touchant l'ulcère gastrique, doit évoluer suivant trois directions : les crises gastriques, l'ulcère constaté sont-ils un ulcère rond ou bien syphilitique ? Ce dernier cas exige une investigation neuro-pathologique très détaillée. Dans les cas suspects, il faut examiner non seulement le malade, mais aussi ses parents, frères, sœurs, mari.

Les conclusions des auteurs sont les suivantes : 1º le tableau clinique de l'ulcère gastrique rond, des crises gastriques et de la syphilis est similaire ; 2º il faut dans tous les cas suspects d'ulcère gastrique examiner avec la plus grande attention du côté de la syphilis, du système nerveux ; 3º dans les cas qui ne sont pas nets, il faut soumettre le malade au traitement spécifique, 4º dans les cas d'ulcère sténosant syphilitique, il faut operer, 5º considerant la facilité de la syphilis à provoquer des dystrophies, il faut dans chaque cas particulier de crises gastriques rechercher l'ulcère gastrique ou duodénal.

***

Les crises gastriques méconnues chez des tabétiques avaient été, prealablement a cet article, l'objet d'un autre mémoire du professeur TOPORKOFF (2).

Le tabès est dans le plus grand nombre de cas constaté tardivement, ce qui dépend de la similitude de ses nombreux symptômes avec d'autres symptômes cliniques. Telles sont les crises gastriques. Ces crises entraînent bien souvent des erreurs de diagnostic, il en résulte des consequences néfastes (traitement prolongé et inefficace de l'estomac, de l'intestin, retard de l'application du traitement spécifique). Pour étayer ces considérations, TOPORKOFF se fonde sur 62 observations. Son travail est divisé en plusieurs chapitres : 1º la symptomatologie, 2º le dépistage, 3º le traitement, 4º le pronostic.

Nous résumons ses conclusions.

1º Les crises gastriques ont lieu dans 8 à 9% des cas de tabes, mais on a toute raison de les considérer plus frequentes.

2º La forme la plus rare des crises gastriques est la forme à vomissements (4 cas sur 62), ensuite vient la forme douloureuse (24 sur 62), puis la forme commune (35 pour 62) le plus souvent, la forme initiale restesans modification toute la durée de l'évolution de la maladie.

3º Le plus souvent, les crises ont un prodrome plus ou moins long, quelquefois durant des années.

(1) Prof. N. SINAKEWITSCH et Prof TOPORKOFF. — Crises gastritriques et ulcère de l'estomac. *Revue Médicale (Wratschebnoe Obosrénie)*, nº 5 1925 édition de Berlin.

(2) Prof. TOPORKOFF. — Les crises gastriques des tabétiques. (*Recueil des travaux des professeurs de l'Université d'Irkoutsk (Russie)*,1922.

4° La périodicité des crises ne doit pas être considérée comme étant régulière.

5° le plus souvent, les crises tabétiques se développent au début de la maladie, en sorte qu'il est possible de voir le tabes se manifestant seulement par des crises gastriques

6° Les crises gastriques présentent une des sources les plus fréquentes d'erreur de diagnostic.

7° Souvent on pense aux états catarrhaux du tube digestif et non au tabes.

8° Dans les cas de tabes, on pense parfois à l'ulcère gastrique, ou bien duodénal, ou encore à l'appendicite ou au cancer.

9° Toutes les affections indiquées du tube digestif demandent un examen approfondi neuropathologique.

10° Toutes les affections indiquées demandent un examen approfondi clinique du tube digestif.

11° Le Wassermann négatif dans le sang et même dans le liquide céphalo-rachidien ne doit point faire éliminer la possibilité de spécificité.

12° Le tabes ne peut être éliminé même en présence du liquide cérébro-spinal normal au point de vue chimique et cytologique.

13° Autant le tabes comme tel que les crises gastriques de tabétiques pouvant avoir comme origine la syphilis congénitale.

14° Le régime ne joue aucun rôle dans le développement gastriques des abétitques.

15° Le traitement spécifique des crises gastriques des tabétiques doit être énergique, et durable.

16° Le mauvais pronostic des crises gastriques doit être expliqué par l'insuffisance d application du traitement spécifique.

TRIFONOFF.

BIBLIOGRAPHIE

Physical Diagnosis, 5ᵉ éd. par W. D. ROSE. The C. V. Mosby Cy, éd. St-Louis, 1927).

Il peut sembler superflu de faire l'analyse d'un livre qui en est actuellement à sa 5ᵉ édition. Le livre de M. Rose est appelé à avoir le même succès auprès du public médical américain qu'a eu, il y a plus d'un demi siècle, dans le public de langue française le Manuel de diagnostic de Racle. C'est une très exacte description des manœuvres telles que palpation percussion, etc. qui permettent de recueillir les signes physiques dans l'étude des diverses affections médicales. Ces manœuvres sont classées par organe et à la fin de chaque chapitre, il y a une longue synthèse des éléments de diagnostic qui peuvent être appliqués aux maladies les plus couramment observées.

Ce livre est très clair et il est excellemment illustré, grâce à la collaboration de l'auteur et des éditeurs Mosby.

Henri VIGNES.

Précis de thérapeutique, par P. CARNOT, F. RATHERY et P. HARVIER. Un volume de 704 p. Paris J.-B. Baillière, 1928.

Le troisième volume est consacré aux médications d'organes et, à propos de chacune d'elles, selon le plan très pratique adopté, sont étudiés d'une part les médicaments principaux qui peuvent servir de types et autour desquels se groupent les médicaments accessoires ; et d'autre part, à titre d'exemples, les traitements de plusieurs cas cliniques usuels.

Par P. Carnot sont traitées la thérapie digestive, ainsi que celle de l'appareil hépato-biliaire, de l'appareil génital et de la peau.

Un programme aussi vaste ne peut être analysé dans tous ses détails : mais parmi les pages les plus originales nous citerons celles consacrées à la médication de l'appétit, des diarrhées, des dysenteries et des entéro-colites, ainsi que la partie concernant la thérapie hépato-biliaire où, après une étude précise des cholagogues, l'auteur applique les notions théoriques ainsi établies à la thérapeutique des diverses maladies du foie ; même remarque

pour les troubles menstruels et les néoplasmes utérins ; enfin à propos des dermatoses, le lecteur appréciera particulièrement les directives succinctes qui lui permettront de s'orienter au milieu des innombrables méthodes qui s'offrent devant lui. Rathery a signé les pages relatives aux affections du rein, auxquelles sert d'introduction un remarquable résumé des données physiologiques modernes concernant la diurèse et le mode d'action des diurétiques. Les médications nerveuses et pulmonaires sont l'œuvre de L. Harvier : mais nous insistons principalement sur les médications cardio-vasculo-sanguines dues au même auteur.

La digitaline et l'ouabaïne occupent, à juste titre, la première place : et leur action, leur mode d'administration, leur posologie, leurs indications et contre-indications sont étudiées avec soin ; la quinine et la quinidine ne sont pas négligées, non plus que les médications d'ordre secondaire.

Puis viennent les médications vasculaires à propos desquelles entre autres, la question des hypotenseurs est très complètement exposée. Citons encore les médications hémostatique et leucolytique, et surtout les médications hématogènes, où se trouve traitée la technique de la transfusion sanguine.

Ce qui frappe dans l'ensemble, c'est la clarté à laquelle se sont efforcés les auteurs, préférant écarter d'emblée les drogues tombées en désuétude et se souvenant que si « le bon thérapeute a besoin de peu de médicaments », il doit en revanche, « bien les connaître ».

S'adressant avant tout aux étudiants, leur œuvre a d'autant plus de mérite, qu'elle prend soin, comme nous l'indiquions au début, de mettre en regard de chaque médicament les conditions cliniques où son action aura chance de s'exercer avec le maximum d'efficacité. Ainsi « bien des tâtonnements et bien des inquiétudes » pourront être évitées au débutant. Voilà pourquoi ce troisième volume du Précis de Thérapeutique représentera la suite nécessaire, et depuis longtemps désirée, des précédents.

A. CLERC.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

[FON]DÉ EN 1873. — N° 21 LE NUMÉRO: 50 Centimes 26 MAI 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
[.] Rue des Écoles, PARIS (V°)
[C.] Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

[Avec] SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
[Les a]bonnements partent du 1er de chaque mois.

[Fra]nce et Colonies	40 fr.
[Ét]udiants	30 fr.
[Be]lgique	45 fr.
[Ét]ranger 1re zone	70 fr.
2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Épreuve orale théorique. Séance du 16 mai : Questions données. — Traitement des accidents liés à l'éruption de la dent de sagesse inférieure. MM. Lattès 17, Vilenski 15, Boissier 19, Croquefer 17.

Épreuve orale théorique de prothèse. Séance du 17 mai : Question donnée. — Prise de l'articulé en vue de la construction d'un dentier complet. MM. Lattès 16, Boissier 19, Croquefer 18, Vilenski 15.

Consultation écrite. Séance du 18 juin : MM. Croquefer 30, Lattès 30, Boissier 30, Vilenski 29.

Classement des candidats : MM. Boissier 68 pts., Croquefer 65, Lattès 63, Vilenski 59. A la suite de ce concours MM. les Drs Boissier et Croquefer sont nommés stomatologistes des hôpitaux.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve opératoire. Séance du 15 mai : Questions données. — Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle. Désarticulation du coude. MM. Soupault 28, Pascalis 23, Oberlin 25, Maurer 25, Huet 28, Vilmoth 28, Michon 29, Aurousseau 27.

Candidats admis à prendre part à la dernière épreuve : MM. Michon 48, Huet 47, Wilmoth 47, Soupault 46, Aurousseau 46, Oberlin 42.

Epreuve clinique. Séance du 16 mai : MM. Soupault 19, Huet 18, Wilmoth 15, Michon 20, Aurousseau 15, M. Oberlin s'est retiré.

Epreuve supplémentaire pour les candidats *ex-æquo* pour la 2e place. Séance du 18 mai : MM. Huet 19, Soupault 20.

A la suite de ce concours sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. les Drs Michon et Soupault.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Epreuves écrites : 1° Electrologie : Les signes électriques de la dégénérescence wallérienne. Leur signification physiologique. Leur valeur au point de vue diagnostique, et leurs indications au point de vue électrothérapique ; 2° radiodiagnostic : Radiodiagnostic des arthrites chroniques de la hanche ; 3e Radiothérapie. Indications et technique de la Rœntgenthérapie des splénomégalies chroniques.

Points attribués : MM. Busy 23, Coliez 30, David 12, Delapchier 14, Foubert 19, Le Goff 30, Marchand 21, Ordioni 21, Porcher 26, Serrand 35.

Faculté d'Alger. — La chaire d'histoire naturelle médicale et de parasitologie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger est transformée en chaire de microbiologie et de parasitologie.

M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie, est nommé professeur de microbiologie et de parasitologie (chaire transformée).

La chaire de pathologie et microbiologie de la même Faculté est transformée en chaire de pathologie générale et de pathologie médicale.

M. Aubry, agrégé près la faculté, est nommé professeur de pathologie générale et de pathologie médicale (chaire transformée).

La chaire de matière médicale de la même faculté est transformée en chaire de botanique et matière médicale.

M. Senevat, agrégé près la faculté, est nommé professeur de botanique et matière médicale (chaire transformée).

Ces transformations et nominations auront effet du 1er mai 1928.

Congrès international de protection de l'enfance. (Paris du 8 au 12 juillet 1928). — La cotisation pour les membres titulaires est de 60 francs français. Elle donne droit à la participation complète au congrès (publications, fêtes, etc.). Tout membre titulaire qui désire faire une communication (en dehors des questions posées) sur un sujet intéressant la protection de l'enfance doit s'inscrire en adhérant au congrès.

La cotisation pour les membres associés est de 30 francs français. Elle leur permet seulement d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra : 1° Une section de maternité. Question : « Maisons maternelles » (Asiles pour femmes enceintes et mères-nourrices). Rapporteur général Dr Trillat (France) ; rapporteurs spéciaux : Miss Halford (Angleterre) ; Mme le Dr Marthe Erlich (Pologne).

2° Une section de première enfance. Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel ». Rapporteur général : P. Lereboullet (France) ; rapporteurs spéciaux. Dr Matija Ambrosie (Serbie) ; Prof. Brandt (Suède) ; Prof. Cacace (Italie) ; Prof. de Groer (Pologne) ; Dr Growski (Pologne) ; Dr Helen Mac Murchy (Canada) ; Dr S Vera (Grèce).

3° Une section de seconde enfance. Question : « Organisation des établissements de plein air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique ». Rapporteurs généraux : Dr Dufestel (France), partie médicale ; M. Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique : Dr Dequidt, Etude générale des Colonies de Vacances : rapporteurs spéciaux : M. Demazeures (Belgique) ; Dr Kita (Japon) ; Prof. Lampadarios (Grèce) ; M. Lemonier (France), Miss Margaret Mac Millan (Angleterre) ; Dr Eduardo Masip (Espagne) ; Miss Mary Murphy (Etats-Unis) ; Prof. Mario Ragazzi (Italie). Mme Mascart : « Hygiène de l'Ecolier ».

4° Une section de service social. Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance ». Rapporteur général : Miss Grace Albott, de Washington (Etats-Unis) ; rapporteurs spéciaux : Dr Gonsalès Alvarez (Espagne) ; Mlle Delagrange (France) ; Frau Eiserhard (Allemagne) ; Mlle Haye (Hollande) ; M. von Kock (Norvège) ; Mme Mulle (Belgique) ; Prof. Morquio (Amérique du Sud) ; Rev. S. C. Pringle (Angleterre) ; Miss Hester Viney (Angleterre).

5° Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée. Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants ». Rapporteur général : Donnedieu de Vabres ; rapporteurs spéciaux : Prof. Ugo Conti (Italie) ; M. G. T. de Jongh (Hollande) ; M. A. Komorowky (Pologne) ; Frau Dr Mende (Allemagne) ; M. Edouard Neymark (Pologne), M. Wets (Belgique).

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais. Le temps consacré à chaque communication sera au maximun de cinq minutes. L'impression de toute communication ne devra pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès. Pour tous renseignements s'adresser au siège du Congrès, 37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe). Tél. : Elysées 04-01.

Nomination d'agrégés. — Par arrêté en date du 18 mai 1928, sont nommés pour une période de neuf ans, à compter du 3 mai 1928, agrégés près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités de Paris et des départements ci-après désignés (emplois vacants) :

Faculté de médecine de Paris. — Histologie : M. Giroud. — Anatomie pathologique : M. Oberling.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger. — Chirurgie : M. Ferrari.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Médecine : M. Piéchaud. — Ophtalmologie : M. Beauvieux. — Dermatologie et syphiligraphie : M. Joulia.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — Médecine : M. Gaté.

Faculté de médecine de Montpellier. — Médecine : MM. Pagès, Puech.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Un concours s'ouvrira, le lundi 10 décembre 1928, devant la faculté mixte de Bordeaux, pour un emploi de professeur suppléant de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hôpital St-Antoine. (Clinique médicale de M. le Professeur Bezançon). — Du 4 au 29 juin, *douze leçons sur la tuberculose pulmonaire*, par M. le Professeur F. Bezançon, MM. P. Braun, André Jacquelin, Robert Azoulay, Tribout.

Lundi 4 juin, M. le Professeur F. Bezançon : Le problème de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 6, M. André Jacquelin : Le facies tuberculeux et les renseignements donnés par la morphologie. — Vendredi 8, M. le Professeur Bezançon : La période prephtisique, la notion de tramite. — Lundi 11, M. P. Braun : La notion de contagion ; la tuberculose familiale. — Mercredi 13, M. R. Azoulay : Les hémoptysies des tuberculeux. — Vendredi 15, M. F. Tribout : Le hile pulmonaire et les ombres broncho-vasculaires à l'état normal et pathologique. — Lundi 18, M. Destouches : Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 20, M. le Professeur F. Bezançon : Tuberculose pulmonaire et tuberculose externe. — Vendredi 22, M. P. Braun : Les formes dites pneumoniques. — Lundi 25, M. le Professeur Bezançon : La chimiothérapie antituberculeuse. — Mercredi 27, M. P. Braun : Les indications comparées du pneumothorax, de la phrénicectomie et de la thoracoplastie. — Vendredi 29, M. le Professeur Bezançon : La cure d'air et les stations de plaine et d'altitude.

Les leçons auront lieu à 10 heures 1/2 à l'Amphithéâtre de la clinique.

Les cours sont libres. Le Service est ouvert à tous les médecins français et étrangers étudiants en médecine, qui désirent assister aux cours. Un diplôme d'assiduité sera délivré aux auditeurs des cours.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les Drs Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le Dr Hartmann, commencera le lundi 18 juin 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours : 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opération du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses. — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10° Opérations sur l'orbite.

Chaire de clinique médicale propédeutique. — (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 11 juin au 7 juillet inclus, par M. le Professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Babonneix, Benda, De Berne-Lagarde, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, Couvreux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Kourilski, Kuss, G. Laurens, Louste, Mignot, Oury, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Turpin et Viguerie.

Conférences à l'Hôpital de la Charité. — Lundi 11 juin, 9 h. 30, M. SERGENT : Conception générale de la pathogénie et de l'évolution clinique ; 15 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique. Conceptions anatomiques ; 16 h. 30, M. DURAND : Anatomie pathologique. Les formes anatomiques. — Mardi 12 juin, 15 h. 30, M. DURAND : Bactériologie. Le virus filtrant ; 16 h. 30, M. TURPIN : Bactériologie. Les voies d'infection. — Mercredi 13 juin, 15 h. 30, M. TURPIN : Les réactions humorales ; leur valeur diagnostique ; 16 h. 30, M. SERGENT : Classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — Jeudi 14 juin, 15 h. 30, M. GÉNÉVRIER : Les signes physiques et stéthoscopiques ; 16 h. 30, M. SERGENT : Les éléments généraux du diagnostic. — Vendredi 15 juin, 15 h. 30, M. SERGENT : Les signes fonctionnels et les fausses tuberculoses par signes fonctionnels ; 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes généraux et les fausses tuberculoses par signes généraux. — Samedi 16 juin, 15 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques ; 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes radiologiques. — Lundi 18 juin 15 h. 30, M. COTTENOT : Technique radiologique ; 16 h. 30, M. SERGENT : Les signes d'activité et d'evolution. Les éléments du pronostic. — Mardi 19 juin, 15 h. 30, M. TURPIN : Tuberculoses granuliques ; 16 h. 30, M. PRUVOST : Les hémoptysies tuberculeuses. — Mercredi 20 juin, 15 h. 30, M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire ; 15 heures, 30, M. COURCOUX : Le pneumothorax tuberculeux ; 16 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la première enfance. — Jeudi 21 juin, 15 h. 30, M. MIGNOT : Tuberculose et grossesse ; 16 h. 30, M. KOURILSKY : Tuberculose et diabète. — Vendredi 22 juin, 14 heures, M. D'HEUCQUEVILLE : Mesure de la capacité respiratoire (*suite*) ; 15 h. 30, M. RIBADEAU-DUMAS : La tuberculose de la deuxième enfance ; 16 h. 30 M. LOUSTE : Tuberculose ganglionnaire et cutanée. — Samedi 23 juin, 15 h. 30. M. COURCOUX : Tuberculose pleurale ; 16 h. 30, M. COURCOUX. Tuberculose des séreuses. — Lundi 25 juin, 15 h. 30, M. BORDET : Le cœur chez les tuberculeux ; 16 h. 30, M. GRELLETY-BOSVIEL : Le foie des tuberculeux. — Mardi 26 juin, 15 h. 30, M. BABONNEIX : Le système nerveux des tuberculeux. Les méningites ; 16 h. 30, M. DE BERNE-LAGARDE : Tuberculose rénale. — Mercredi 27 juin, 15 h. 30, M. LAURENS : Tuberculose des voies aériennes et du larynx ; 16 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux. — Jeudi 28 juin, 15 h. 30, M. OURY : Le tube digestif des tuberculeux (*suite*) ; 16 h. 30, M. MIGNOT : Le pneumothorax artificiel. — Vendredi 29 juin, 15 h. 30, M. PRUVOST : Les complications du pneumothorax artificiel ; 16 h. 30, M. BORDET : Les méthodes chirurgicales de collapsothérapie. — Samedi 30 juin, 15 h. 30, M. TURPIN : Vaccination antituberculeuse. B. C. G. ; 16 h. 30, M. BENDA : Tuberculose et syphilis. — Lundi 2 juillet, 15 h. 30, M. EVROT : Le statut juridique des différents organismes de la lutte antituberculeuse et des offices publics d'hygiène sociale ; 16 h. 30, M. EVROT : Organisation départementale des dispensaires. — Mardi 3 juillet, 15 h. 30, M. KUSS : Le rôle du médecin dans un dispensaire ; 16 h. 30, Mme GOUIN : Le rôle de l'infirmière dans un dispensaire. — Mercredi 4 juillet, 15 h 30, Visite au Sanatorium de Plessis-Robinson ; Jeudi 5 juillet. Visite au Sanatorium de Bligny ; — Vendredi 6 juillet, 15 h. 30, M. PIGNOT : Les ressources héliothérapiques et actinothérapique dans le traitement de la tuberculose ; 16 h. 30, M. MIGNOT : Le traitement médicamenteux et le traitement spécifique. — Samedi 7 juillet, 15 h. 30, M. BERTIER : Le traitement des complications ; 16 h. 30, M. BERTIER : Climatologie.

Exercices pratiques (l'après-midi). Démonstrations cliniques et radiologiques. Examens de laboratoire. Visites de dispensaires, de préventorium (Plessis-Robinson) et de sanatorium (Bligny). Visite de la Pouponnière E. F.F. Boulogne.

Stage hospitalier (le matin). Répartition des élèves en équipes passant successivement par les services des conférenciers, dont ils suivront les visites et les policliniques.

N. B. — Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront reservés uniquement aux boursiers du Comité national contre la tuberculose (s'adresser 66, *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs), et aux élèves qui auront versés au Secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs. Les droits d'inscription sont de 250 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours. Ouverture du cours : le lundi 9 juin, à 9 h. 1/2, à la Charité.

Nécrologie. — Dr Evariste GRAS, ancien maire de La Ciotat (B.-du-Rh.) ; Dr RENAUDET, maire de Sainte-Maxime (Var), décédé à l'âge de 44 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Arthritisme et instabilité humorale

Par Auguste LUMIÈRE

Dans son livre « La Science et l'Hypothèse », H. Poincaré a écrit : « Les théories ne durent qu'un jour et les ruines s'accumulent sur les ruines : un jour elles naissent, le lendemain elles sont à la mode, le surlendemain elles sont classiques, le troisième jour elles sont surannées et le quatrième elles sont oubliées. »

Si la justesse de cet aphorisme s'est maintes fois confirmée, elle a été rarement aussi flagrante qu'à propos de l'arthritisme dont l'histoire de la médecine a dû enregistrer les nombreuses vicissitudes.

L'arthritisme n'a t-il point, en effet, été attribué tour à tour aux humeurs peccantes, au défaut d'oxydase dans l'organisme et à la perturbation dans la production des diastases cellulaires, à l'auto-intoxication, au ralentissement de la nutrition ou, tout au contraire, à son hyperactivité, à la névrose herpétique, à une trophonévrose d'ordre mésencéphalique, aux réactions aberrantes, dans l'intimité des tissus, dues à l'exagération de la force neurale, au dysfonctionnement endocrinien, etc. ?

Ces théories paraissent bien renfermer, en général, quelque parcelle de vérité, mais aucune d'elles ne s'accorde complètement avec tous les faits et ne peut par conséquent résister à une critique impartiale.

La confusion régnait ainsi dans le problème de l'arthritisme quand les pathologistes, impuissants à le résoudre, ont tenté de démembrer l'entité nosologique sous l'étiquette de laquelle on avait réuni antérieurement l'ensemble des symptômes attribués à cette diathèse.

L'arthritisme n'existant plus, il devenait superflu de chercher à l'expliquer. En fait, c'est avec raison que le rhumatisme aigu, le rhumatisme tuberculeux, l'ostéomalacie, le rachitisme, etc. ont été séparés de ce groupe, dont quelques auteurs ont voulu pousser la dislocation à l'extrême.

Il est bien difficile cependant de se refuser à admettre que certains sujets présentant une aptitude particulière aux lithiases, à certaines formes d'asthme, à certaines dermatoses, au diabète, à la goutte, aux migraines, troubles qui se succèdent ou alternent parfois chez le même individu, ne puissent être réunis dans un même groupement diathésique. Peut-on, en somme, rattacher tous ces phénomènes à la même cause unique, capable d'en expliquer le polymorphisme en même temps que le mécanisme ?

Chercher à le faire, c'est édifier une théorie, c'est-à-dire formuler une conception provisoire, destinée à disparaître dans un avenir plus ou moins éloigné et cela est fort décourageant ; mais l'inanité des théories est-elle si absolue que l'on doive systématiquement se dispenser de recourir à leur aide ? Nous ne le pensons pas et nous pourrions citer de nombreux exemples montrant les immenses progrès scientifiques que quelques-unes d'entre elles ont permis de réaliser.

Nous nous contenterons de rappeler l'essor formidable que la théorie atomique a imprimé à la chimie et les conséquences incalculables qui ont pu être tirées de la théorie mécanique de la chaleur ou de la théorie microbienne des infections.

La théorie est un moyen et non un but et se priver de son concours, c'est perdre gratuitement l'un des plus précieux instruments de la recherche scientifique. Prendre par conséquent à la lettre la formule de H. Poincaré pour dédaigner les conceptions théoriques, c'est à notre sens une erreur, comme c'est une erreur aussi d'oublier le caractère temporaire et précaire de toute systématisation spéculative basée sur des raisonnements purement rationnels.

C'est avec ces réserves que l'on peut se risquer à élaborer une théorie de l'arthritisme, étant entendu que cette conception devra obligatoirement être compatible avec tous les faits expérimentaux et cliniques, si l'on veut lui accorder quelque crédit.

Grande a été notre satisfaction lorsque nous avons vu récemment, à l'occasion du Congrès de Vittel, d'éminents médecins invoquer comme cause des manifestations diathésiques de l'arthritisme, les précipitations sanguines et les phénomènes colloïdaux sur lesquels nous avons appelé l'attention des biologistes (1).

Le Pr. Loeper et le Dr Debray tracent les limites de l'arthritisme et définissent ses caractères en estimant *que c'est une maladie floculante et précipitante, résultant de l'instabilité des solutions humorales* ». Le Dr H. Paillard, de Vittel, rattache le même syndrome à un *déséquilibre humoral* et, au cours des rapports et communications présentés au Congrès, ou des discussions auxquelles ils ont donné lieu, il a été fait appel à plusieurs reprises aux conceptions que nous avons introduites dans la pathologie à l'occasion de l'étude du rôle des colloïdes chez les êtres vivants.

Si le grand principe que nous avons formulé en écrivant que les colloïdes conditionnent la vie et que la destruction de l'état colloïdal, c'est-à-dire la floculation, détermine la maladie et la mort, peut expliquer un nombre considérable de phénomènes vitaux et pathologiques, nous n'avons jamais présenté ce principe comme l'unique loi biologique capable de nous faire comprendre toutes les causes et tous les mécanismes des maladies.

La floculation colloïdale est responsable de la plupart des affections, mais non de toutes et c'est précisément au moment où l'opinion médicale s'oriente vers nos conceptions que nous croyons indispensable d'apporter quelques réserves dans leur application, en vue d'éviter des généralisations abusives.

L'analyse des faits concernant l'arthritisme tend à nous faire admettre, pour cette diathèse, plusieurs pathogénies que l'on peut grouper en deux classes distinctes et il est, à notre sens, d'autant plus nécessaire d'établir cette discrimination, qu'elle nous conduira à concevoir des méthodes prophylactiques et thérapeutiques essentiellement différentes, suivant que l'on aura affaire à l'un ou à l'autre groupe d'affections du type arthritique.

C'est pour ne pas avoir fait cette distinction que l'accord n'est point encore réalisé entre les médecins, en ce qui regarde le problème qui nous occupe : les uns font de l'arthritisme une maladie cholestérinique, d'autres l'attribuent à l'uricémie, d'autres encore incriminent l'instabilité des colloïdes humoraux, etc., et chacun d'eux aurait raison si la pathogénie invoquée n'était point aussi exclusive.

En réalité, il semble bien que, comme l'a si justement écrit Loeper, l'arthritisme soit une maladie précipitante, mais le corps du délit, la précipitation, qui déclenche les symptômes morbides peut être cristalloïdale ou colloïdale ; elle peut être un précipité au sens chimique du mot, ou une floculation albuminoïde, et dans les deux cas sa genèse n'est pas la même, et le traitement causal de l'affection qui en est la conséquence doit, semble-t-il, différer.

* * *

Les précipités cristalloïdes sont principalement la cholestérine, les urates et les oxalates. L'être vivant élabore des substances chimiquement définies multiples, en quantités variables, suivant l'abondance et la nature des aliments qu'il doit transformer et suivant l'aptitude des organes à cette transformation. Parmi ces substances d'excrétion, il en est qui sont très peu solubles dans les

(1) Congrès de l'Arthritisme tenu à Vittel les 5 et 6 juin 1927. (*Revue médicale de l'Est*, 1927, Humblot et Cie, édit. Nancy.)

liquides humoraux ; chez l'animal ce sont notamment la cholestérine, les urates et les oxalates de calcium. Si la proportion de ces substances élaborées dépasse certaines limites, elles se déposeront en certains points des tissus, en occasionnant des troubles fonctionnels divers. Les dépôts s'effectueront principalement dans les régions où se produit une stase des liquides excrétés ou sécrétés par les appareils organiques, dans la vésicule biliaire, la vessie, le bassinet, les séreuses. C'est là le mécanisme bien connu des formations lithiasiques et tophiques.

Les dysfonctions organiques qui entraînent une hyperproduction de ces excreta peu solubles sont encore peu connues dans leur essence et les appareils eux-mêmes qui sont le siège de ces élaborations ne sont pas toujours bien déterminés. Toutefois, il semble que le foie joue un rôle de premier plan dans les perturbations de cette nature. C'est par le laboratoire hépatique que passent d'abord les matériaux alimentaires préparés par la digestion, et c'est dans cette glande que la cholestérine paraît prendre naissance. La présence en excès de cholestérine dans le sang est donc le fait d'un fonctionnement excessif ou défectueux du foie.

L'origine des urates et des oxalates est plus obscure, leur mode d'élimination fait supposer qu'ils se forment principalement au cours du métabolisme intime des tissus, bien que le foie semble aussi participer à leur production.

Quels que soient d'ailleurs les processus suivant lesquels ces substances sont engendrées en excès, la prophylaxie et le traitement de l'affection qui en résulte comportent, comme on le sait, un régime convenable en évitant l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments capables d encombrer l'économie de produits nocifs. Il convient ainsi d'éliminer ces produits par des dissolvants appropriés et par dilution des liquides plasmatiques ; enfin c'est vers la régularisation des fonctions hépatiques que l'attention doit aussi particulièrement se porter, si l'on veut agir efficacement sur le type d'arthritisme par précipitation.

Ces considérations constituent d'ailleurs la base des méthodes classiques, sur lesquelles il est inutile d'insister.

* * *

L'arthritisme par floculation relève plus directement de la théorie colloïdale. Les troubles ne sont plus causés par des précipités de substances chimiquement déterminées, très peu solubles dans les liquides de l'organisme, mais par des floculats protéiques insolubles.

Ce sont ici les propriétés humorales qui entrent en jeu. Il a été établi que les colloïdes plasmatiques et interstitiels qui, chez le sujet sain et normal, présentent une grande stabilité, peuvent perdre leur résistance structurale sous diverses influences, et spécialement par le phénomène de la sensibilisation anaphylactique ; au fur et à mesure que l'individu avance en âge, il est de plus en plus exposé aux sensibilisations multiples. Chaque fois qu'une matière albuminoïde étrangère à un animal vient à passer dans son milieu intérieur, cette singulière sensibilité spécifique pour la même protéine apparaît, les humeurs acquérant la faculté de floculer par cette albumine.

Les occasions de sensibilisation, au cours de la vie, se multiplient avec l'âge ; elles se produisent toutes les fois que le filtre épithélial se trouve lésé, quand il présente une brèche traumatique ou inflammatoire au travers de laquelle les grosses molécules de protéine peuvent passer.

Il est probable aussi qu'à la faveur de la surdilatation des capillaires intestinaux qui accompagnent les surcharges alimentaires, quelques albumines, non suffisamment disloquées par les sucs digestifs, parviennent à pénétrer dans le sang en contribuant à créer de nouvelles sensibilisations : l'apparition des crises d'asthme, des éruptions, des migraines à la suite de repas trop copieux vient à l'appui de cette hypothèse : les substances ayant antérieurement créé l'état de sensibilisation devenant susceptibles de provoquer des floculations quand une nouvelle imprégnation vient à se réaliser.

La multiplicité des protéines sensibilisantes conduit à des modifications humorales de plus en plus complexes : la combinaison de toutes ces préparations anaphylactiques contribue à rendre les humeurs de plus en plus instables, en sorte qu'à un moment donné, les moindres causes : refroidissement, troubles vaso-moteurs, troubles digestifs, etc. suffisent à déclancher des floculations plasmatiques.

L'instabilité humorale peut, en somme, avoir un caractère spécifique, être limitée et ne se manifester qu'à la suite d'ingestion de substances déterminées, ou bien elle peut être indifférente et polyvalente quand elle résulte de l'enchevêtrement des états de sensibilité multiples. Dans le premier cas, les accidents pathologiques ne sont déclanchés que par l'antigène sensibilisateur, tandis que dans le second, les influences physiques ou chimiques les plus diverses pourront conduire à la floculation.

On conçoit alors que la prophylaxie et le traitement des accidents consécutifs à cette floculation varient, suivant qu'il s'agit de sensibilisation spécifique ou d'instabilité humorale.

Comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises, pour qu'un floculat plasmatique entraîne des troubles pathologiques, il faut qu'il agisse sur des organes convenablement réceptifs. C'est ainsi qu'il provoquera la crise d'asthme si c'est l'appareil respiratoire qui est particulièrement sensible, ou bien il aura le diabète pour conséquence si les zones centrales de la glycogenèse se trouvent douées d'une excitabilité excessive.

Il est vraisemblable que la forme et l'abondance des floculats interviennent dans les troubles circulatoires cutanés qui se traduisent par des dermatoses.

Dans toute cette symptomatologie, l'instabilité sympathique est parallèle à l'instabilité humorale et cela se comprend puisque, selon nous, le floculat est le grand moteur du sympathique.

N'est-ce pas, en effet, en injectant dans la circulation des précipités chimiquement inertes que l'on apporte les perturbations les plus profondes et les plus diverses dans les équilibres de la vie organo-végétative ?

* * *

Les différences de symptomatologie dans l'arthritisme par précipitation et l'arthritisme par floculation se conçoivent aisément si l'on veut bien se reporter à leurs pathogénies respectives ; les dépôts cholestériniques, uratiques ou oxaliques ne pouvant se comporter comme les floculats albuminoïdes circulants. Mais, en fait, il est rare que chacun des deux types d'affection soit entièrement distinct de l'autre : le type précipitant entraînant l'instabilité colloïdale des humeurs et les manifestations anaphylactiques s'accompagnant de troubles dans les fonctions viscérales et notamment hépatiques; avec surproduction de cholestérine et d'acide urique, ou viciation dans les sécrétions internes : en sorte que, la plupart du temps, nous nous trouvons en présence d'affections arthritiques mixtes avec prédominance seulement de l'une ou de l'autre des formes nosologiques considérées.

D'autre part, si l'on admet généralement que la diathèse que nous étudions est le résultat d'une acquisition dans laquelle la sédentarité, le défaut d'exercice musculaire, l'alimentation surabondante et surtout carnée, sont les facteurs importants, si l'instabilité humorale résulte bien effectivement de la combinaison des sensibilisations anaphylactiques d'autant plus nombreuses et variées que le sujet est plus âgé, il n'en est pas moins vrai que l'hérédité intervient aussi dans la constitution du tempérament arthritique.

Les tout jeunes enfants peuvent être atteints de l'affection, ils héritent, dans une certaine mesure, de l'état humoral de leurs parents, de même que les dispositions anatomiques et fonctionnelles de leurs organes et de leur


INSTRUCTIONS
SUR L'EMPLOI DU
SIROP DELABARRE
ET SUR LES
Souffrances des Enfants


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

foie, comme le prof. Mouriquand l'a si bien fait ressortir dans le remarquable mémoire qu'il a présenté sur ce sujet, au Congrès de Vittel.

***

Pour en terminer avec ces notions résumées sur l'arthritisme tel que nous pouvons le concevoir dans nos rapports avec la théorie colloïdale, il nous reste à envisager le mécanisme des lésions qui sont la conséquence de cette diathèse.

De même que la pathogénie de l'arthritisme procède de deux processus distincts, les lésions qui en dérivent peuvent se grouper en deux classes dépendant précisément de la nature des précipitations cristalloïdes ou des floculats albuminoïdes qui les engendrent.

Celles qui sont occasionnées par les dépôts cholestériniques ou uratiques sont trop connues pour que nous nous appesantissions ici sur leurs modalités : elles sont d'ordre mécanique d'abord et résultent de l'oblitération plus ou moins complète des canaux d'excrétions ou de l'encombrement des séreuses ou des gaines tendineuses, puis elles se compliquent d'infections ou d'intoxications avec toutes leurs conséquences lésionnelles possibles.

Les altérations organiques qui constituent les scléroses dépendant de la diathèse arthritique sont, par contre, principalement l'apanage de l'arthritisme par floculation, dont les manifestations se traduisent sous forme de crises ou de poussées, c'est-à-dire de chocs du type anaphylactique atténué, avec une variété de symptômes dépendant des hypersensibilités organiques individuelles.

Feuillée a attiré l'attention sur le flux leucopathique, origine de la sclérose, que l'on observe à l'occasion des chocs, dans les tissus viscéraux divers. Cet auteur estime que le flux leucopathique apparaît en certains points des organes saus cause locale ; or, nous avons montré que tout choc détermine de petites hémorragies intra-parenchymateuses à la suite des phénomènes de vasodilatation organique inhérents à toute crise anaphylactique. Les hématies, répandues dans les espaces interstitiels, ne peuvent plus d'elles-mêmes reprendre leur place dans les vaisseaux, et les tissus n'en sont débarrassés que grâce aux leucocytes qui affluent dans les territoires où les suffusions sanguines se sont produites.

Il semble bien que cet afflux persistant des globules blancs soit le point de départ de l'envahissement conjonctif des organes et de la sclérose.

Nous avons réussi à réaliser expérimentalement la sclérose hépatique chez le cobaye, au moyen d'injections intra-vasculaires répétées de Kisselgur extrêmement divisé, provoquant des chocs atténués, sans action chimique possible, la substance choquante étant constituée par de la silice complètement insoluble.

Tel est, pour nous, le mode de production des lésions de sclérose par les floculats qui occasionnent des troubles vasomoteurs compliqués de petites hémorragies viscérales répétées, puis de flux leucopathiques et enfin d'infiltration conjonctive.

***

La conception dualiste de l'arthritisme qui vient d'être exposée rend compte de tous les faits relatifs à cette diathèse.

Elle explique les différences d'allure, d'évolution, de symptomatologie, de l'affection, ainsi que le polymorphisme de ses manifestations ou de ses crises : elle fait comprendre les raisons pour lesquelles des influences déterminantes les plus disparates, telles que le refroidissement, la surcharge gastrique, l'ingestion de certains aliments, les émotions, etc ..., sont capables de déclancher les troubles qui caractérisent les crises ; elle s'accorde avec les constatations de la thérapeutique qui peut être efficace, suivant la forme de la maladie en empruntant des moyens d'une grande diversité : la diététique, la cure de diurèse, l'emploi de substances dissolvantes spécifiques, le traitement hydrominéral deviennent aussi compréhensibles que la désensibilisation, la protéinothérapie, la colloïdothérapie ou la médication hépatique.

La variabilité des signes de déséquilibre sympathique suivant le type diathésique précipitant ou floculant, se conçoit de même ainsi que le mécanisme de la production des lésions, le rôle de l'hérédité et, en somme, tous les phénomènes se rapportant à l'affection.

COURS COMPLEMENTAIRE SUR LES RADIATIONS

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ.

(*Professeur* M. LOEPER).

L'Héliothérapie,

Par M. **P.-F. ARMAND-DELILLE.**

Parmi les méthodes physiothérapiques, l'héliothérapie occupe aujourd'hui une place des plus importantes. Longtemps discutée, parce qu'elle n'avait été employée que d'une manière empirique et dans des cas isolés, puis préconisée par les chirurgiens lyonnais qui en ont créé le nom, elle a été mise en valeur par Rollier, grâce à l'emploi systématique des grands bains de soleil dans le traitement des tuberculoses externes. Les découvertes d'Alfred Hess, qui a montré son rôle curateur dans le rachitisme, ont déterminé toute une série de recherches sur l'importance des rayons ultra-violets en bio-physiologie. On commence aujourd'hui à se rendre compte du rôle essentiel que jouent les radiations lumineuses dans le métabolisme de la nutrition des tissus, et l'héliothérapie et maintenant systématiquement employée par un grand nombre de thérapeutes.

C'est dire qu'aujourd'hui, la cure solaire doit être connue de tous les médecins puisqu'elle est à la portée de tous. Il est donc nécessaire d'en étudier les indications, le mode d'emploi et les applications thérapeutiques. C'est l'ensemble de cet exposé que nous nous efforcerons de faire tenir dans le cadre de la leçon que mon ami le professeur Loeper m'a fait l'honneur de me demander aujourd'hui.

Historique

C'est aux chirurgiens lyonnais que revient le mérite d'avoir les premiers mis en valeur les bons effets de l'héliothérapie dans les tuberculoses osseuses.

Ollier, dans son traité des résections, préconisait déjà la cure d'air et de soleil et vantait ses effets adjuvants dans la cicatrisation des plaies. Avant lui, Bonnet avait insisté sur les excellents résultats de la cure solaire. Poncet l'employa et la préconisa dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires en créant le mot d'héliothérapie.

Mais un changement se fit à la même époque qui devait nuire beaucoup à la généralisation cette thérapeutique : c'est la mise en pratique de la méthode antiseptique. A la suite des travaux de Lister et de Guérin, les chirurgiens employèrent le pansement ouaté pour préserver les plaies du contact de l'air des salles d'hôpital chargé de poussières et de microbes, et se mirent ainsi en contradiction avec les idées de l'école lyonnaise.

Cependant, à l'instigation des Lyonnais, on pratiquait la cure solaire sur le littoral méditerranéen : Vidal, d'Hyères ; Revillet, de Cannes, traitaient de cette façon leurs cas de péritonite tuberculeuse, mais leur thérapeutique n'était encore que rigoureusement locale ; on n'exposait au soleil que la partie malade. A Nice, également, Montheuis avait, à plusieurs reprises, recommandé la cure d'air et de lumière. Avant cela, la cure marine avait déjà fait ses preuves et sans qu'on s'en doutât, c'est à l'héliothérapie partielle qu'elle comportait, que la fondation de l'Hôpital maritime de Berck (1860) avait dû ses premiers succès.

La valeur de l'héliothérapie fut découverte à nouveau, tout à fait indépendamment des travaux de l'école lyonnaise, qu'il confesse avoir ignoré complètement à ce moment, par Bernhardt, de Samaden, qui a le mérite d'avoir montré l'influence dont jouit la haute altitude pour l'utilisation de la cure solaire.

C'est dans des circonstances tout à fait accidentelles qu'il a été amené à l'emploi de cette méthode, ainsi qu'il l'a raconté lui-même.

Alors qu'il était médecin de l'hôpital de Samaden, en Engadine, il était souvent appelé à soigner des malades ou des convalescents qui venaient demander à l'altitude et au beau climat de la région la stimulation nécessaire pour retrouver leurs forces. C'est ainsi qu'il fut amené à traiter un officier de l'armée coloniale anglaise, profondément déprimé par plusieurs années de séjour sous les tropiques, et qui avait, au cours de ses campagnes, reçu au flanc un coup de sagaïe qui lui avait laissé une plaie suintante dont la cicatrisation semblait interminable. Bernard voulut essayer d'assécher cette plaie et il essaya d'y appliquer un procédé que les paysans de l'Engadine emploient à la dessiccation de la viande, Dans ces pays, les habitants, après avoir tué leurs bœufs à la fin de la saison d'été ont l'habitude de faire sécher la viande en la suspendant aux balcons de leurs chalets. Elle sèche pendant la journée sous l'action du soleil et gèle pendant la nuit. La viande devient ainsi dure comme du bois, et peut être conservée ensuite pendant tout l'hiver. Bernhardt chercha à appliquer ce procédé chez son malade pour assécher la plaie. Il exposa la région blessée à des bains de soleil locaux progressivement prolongés. A sa grande surprise il constata que sous l'influence de ce traitement, les tissus, loin de se dessécher se mettaient à bourgeonner et, en l'espace de trois mois, la plaie fut complètement guérie.

Bernhardt essaya, après ce premier succès, d'appliquer ce procédé aux fistules osseuses et fit de l'héliothérapie locale surl es plaies articulaires tuberculeuses. Les résultats furent tout aussi excellents ; des guérisons furent obtenues parfois après l'élimination spontanée de séquestres osseux.

Ces premiers travaux furent publiés en 1902 et tombèrent sous les yeux de Rollier, jeune chirurgien, élève de Kocher, de Berne. Il désirait s'installer à Genève, mais pour améliorer la santé de sa femme il avait dû s'établir avec elle à Leysin. Désirant s'occuper de cas chirurgicaux, il eut recours à Kocher lui demandant des enfants atteints de tuberculose osseuse et essaya de leur appliquer les procédés d'héliothérapie recommandés par Bernhardt.

Ses résultats furent aussi concluants que les précédents. A ce moment, Rollier eut une véritable intuition, il se dit que puisque la vitalité des tissus était stimulée par une simple exposition locale, on pourrait essayer d'agir sur tout l'organisme, en donnant aux malades de grands bains de soleil — non plus seulement locaux, mais soumettant à l'action des rayons solaires toute l'étendue de la surface du corps.

Le effets de cette méthode furent merveilleux. Il vit, sous son influence, les formations fongueuses péri-articulaires se résorber progressivement sans donner lieu à des fistules, les ganglions diminuer puis disparaître complètement, les exsudats péritonéaux s'assécher complètement.

En 1905, il publia une série d'observations avec photographies démonstratives. L'efficacité de l'héliothérapie générale était des plus prouvée, mais il fallait encore longtemps pour qu'elle fût définitivement adoptée.

Elle fut combattue surtout par les chirurgiens des grandes villes, partisans des résections systématiques, ou imbus des idées de Lannelongue, qui préconisait les injections modificatrices pour favoriser la guérison par ankylose des articulations.

Il a fallu longtemps pour qu'enfin l'héliothérapie soit reconnue supérieure à ces procédés, puisqu'elle est susceptible d'amener la guérison locale sans ankylose, avec *restitutio ad integrum* du jeu de la jointure.

Mode d'action de l'héliothérapie.

Rollier avait signalé, un des premiers, que les parties les plus actives du prisme, dans la production de la pigmentation et dans l'action stimulante sur la nutrition, étaient celles qui comportent les ultra-violets.

Une série de travaux récents, entrepris par des médecins et des savants américains, vient de donner l'explication de l'action favorable des rayons solaires dans les processus de calcification et de recalcification, en particulier pour ce qui concerne le traitement du rachitisme et sa prophylaxie par l'emploi des bains de soleil.

Dès 1917, Alfred Hess, de New-York, avec l'aide de divers collaborateurs, et en particulier de Ungern pour la partie clinique, et de Pappenheimer pour la partie expérimentale, a entrepris une étude systématique de la fréquence et des conditions étiologiques du rachitisme, parmi les nourrissons de diverses consultations de nourrissons de New-York dont ils avaient la surveillance. Leur investigations ont porté sur plus de 2.000 enfants.

Ils ont tout d'abord étudié le rachitisme des enfants nègres, qui se voit avec une extrême fréquence dans les villes des États-Unis, en essayant d'établir le rôle du régime alimentaire chez la mère de race nègre, et sur l'action de l'huile de foie de morue chez l'enfant.

Au cours de leurs recherches, Hess et Unger ont fait deux remarques intéressantes. La première est que, à New-York, le rachitisme est plus fréquent chez les enfants nègres que chez les enfants blancs, et que parmi les blancs, il est plus fréquent chez les enfants de races méridionales, comme les Italiens, que chez les Anglo-Saxons ou les Scandinaves. La deuxième remarque est que le rachitisme est beaucoup plus fréquent au printemps qu'en automne, c'est-à-dire après les mois d'hiver qu'après les mois d'été. Comme tous ces enfants étaient soumis au même régime alimentaire, surveillés par les consultations de nourrissons, ils constatèrent par des enquêtes que les enfants maintenus dans des pièces obscures étaient les plus atteints, et ils se demandèrent si c'était seulement le confinement dans des pièces mal aérées qui agissait, et si le manque de lumière, pendant les journées courtes d'hiver, ne serait pas un élément qui interviendrait comme cause de la dystrophie osseuse et musculaire.

Ayant appliqué déjà l'héliothérapie dans les affections tuberculeuses des os, et connaissant les résultats signalés par Rollier qui avait eu l'occasion de traiter par la cure solaire quelques rachitiques qui lui étaient envoyés en même temps que des tuberculeux osseux, ils eurent l'idée d'employer l'héliothérapie comme stimulant de la nutrition à de petits rachitiques d'ailleurs soumis à un régime alimentaire normal (lait, jus d'orange et céréales proportionnées à l'âge). Les résultats furent des plus satisfaisants. Sous l'influence d'un traitement pratiqué sur les terrasses des hôpitaux et des maisons de New-York, ils virent très rapidement se faire une transformation de leurs petits malades, qui reprirent des couleurs et des muscles en même temps que les déformations osseuses du rachitisme disparaissaient progressivement, ce qu'ils purent contrôler sur des clichés radiographiques pris à des intervalles réguliers.

En effet, sous l'influence de ce traitement, les tuméfactions chondro-costales diminuent, et l'examen radiographique permet (leurs examens radiographiques ont porté sur plus de 1.500 jeunes sujets) de constater la diminution des tuméfactions juxta-articulaires et le processus d'ossification portant sur les épiphyses et les diaphyses. Chez un enfant dont seulement une moitié du corps fut exposée aux rayons solaires, les tuméfactions rachitiques guérirent aussi bien sur les extrémités non exposées, ce qui prouve bien que la lumière solaire agit par action générale et non par action locale.

Les auteurs ont en même temps fait un contrôle chimique des modifications du métabolisme sous l'influence de l'héliothérapie. Ils ont constaté que pendant le traitement, la teneur en phosphore du sérum sanguin, qui est diminuée chez les rachitiques, remonte rapidement pour atteindre peu à peu la normale ou le voisinage de la normale. C'est ainsi qu'un de leurs petits malades rachitiques de 7 mois, qui n'avait au début du traitement que 2 milligr. 80 de phosphore inorganique pour 100 cmc. de sang, en présentait après 3 mois de traitement, 4,13 ; un autre âgé de 13 mois, pendant le même temps passait

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du cuir chevelu. IV. — Les maladies suppuratives et exsudatives. Pyodermites et eczémas, par le Dr R. SABOURAUD. Un volume de 284 pages avec 149 figures originales : 60 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard St-Germain, Paris.

Consacré aux maladies suppuratives et exsudatives du cuir chevelu, cet ouvrage comprend à lui seul une grosse partie de la dermatologie élémentaire. Le docteur Sabouraud y expose le résultat de ses recherches et de sa pratique thérapeutique touchant les « pyodermites et les eczémas ».

Cette double monographie n'a pas seulement pour but de fournir au médecin une thérapeutique simple et précise pour tous les cas qu'il peut être appelé à rencontrer, mais elle vise aussi à élucider des faits trop incompris de la plupart des médecins et dont le rôle est capital en dermatologie.

Prenant séparément les deux principaux microbes cause des pyodermites, l'auteur envisage d'abord la lésion initiale créée par le staphylocoque doré, et ce avec assez de précision pour que chacun puisse la reconnaître en toutes ses modalités, à tous les degrés de son évolution et en toutes localisations qu'elle peut affecter. C'est seulement quand on connaît la lésion princeps du staphylocoque doré sur la peau humaine qu'on est susceptible de la retrouver sous les divers aspects cliniques qu'elle peut revêtir et qui diffèrent en apparence sans que leur nature première ait changé.

Ce qu'il a fait pour la première des pyodermites, l'auteur le fait pour la seconde qui est due au streptocoque ; ainsi on comprendra les complexes symptomatiques constitués par le mélange des deux infections et les tableaux dermatologiques que ce mélange peut fournir.

Si l'auteur tient compte dans cette étude des problèmes biologiques dont l'importance va en grandissant : réceptivité individuelle aux microbes, défense tégumentaire, sensibilisation anormale de la peau il ne s'en sert pas pour aboutir à des conclusions péremptoires, il ne s'appuie que sur des faits expérimentaux concrets qu'il a pu voir et reproduire.

Ce nouvel ouvrage de l'auteur se rattache à ses trois volumes publiés il y a quelques années consacrés aux maladies séborrhéiques, aux maladies desquamatives, aux maladies cryptogamiques, sous le titre général de « *Maladies du cuir chevelu.* »

Comme ces précédents ouvrages, celui-ci a été écrit avec le souci d'être compris du médecin non spécialisé ; on y trouvera peu ou point de mots techniques, mais des divisions très claires, une riche illustration, une biographie abondante.

Une grande âme, Ambroise Paré, par Robert MIRABAUD. Un volume in-16 : 7 francs. Librairie Fischbacher, 33, rue de Seine, Paris.

Un fidèle serviteur de quatre rois de France, un bienfaiteur des blessés, un pacifique, un écrivain plein de charme et de puissance, un grand croyant évangélique proclamé saint par la voix populaire... Telle revit en cet ouvrage la belle figure trop oubliée d'Ambroise Paré, que M. MIRABAUD évoque par des citations puisées dans l'œuvre du grand chirurgien et liées entre elles par une causerie de l'auteur avec le lecteur.

Le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis, par le Dr J. SÉDILLOT, 1 vol. : 20 fr. Arnette, édit., 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

L'A. expose sa conception personnelle du rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis et de l'association du tréponème aux microbes banaux.

Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr DESVERNINE. 1 vol. Arnette, édit., 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

L'A. expose les résultats qu'il a obtenus dans la tuberculose pulmonaire chronique, clinique et expérimentale, par la méthode du pneumothorax de Forlanini et des lysats de bacilles tuberculeux.

Guérir ?... Essai de critique médicale, par le docteur Victor TRENGA, d'Alger. Lettre-préface du docteur Henri BOUQUET, de Paris. 1 vol. in-16 jésus, de 224 pages, vélin bouffant : 15 francs. (Illustré par l'auteur). Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

PEUT-ON GUÉRIR ? SAIT-ON GUÉRIR ? Tels sont les deux énormes problèmes qu'avec une philosophie sereine, teintée d'un humour léger, l'auteur pose et essaye de résoudre. Quelque esprit inquiet, après la lecture de *Guérir ?...* se croira-t-il le droit de faire au Dr V. TRENGA le reproche d'être irrespectueux envers sa mère nourricière, la médecine ? On lui répondra : « Pourquoi pas ? Et que serait-elle à l'heure actuelle, cette médecine, si, à travers les âges, on s'était toujours contenté de révérer ce que transmettaient les prédécesseurs ? »

Au demeurant, *Guérir ?...* livre de bonne humeur et de bonne foi, se présente comme une œuvre modeste, conçue et écrite par un presque anonyme médecin de quartier, *entre deux visites*. L'auteur ne se pose ni en technicien pur, ni en littérateur impeccable. Par la plume alerte, mais non prétentieuse, du docteur TRENGA, c'est le praticien ordinaire qui, très simplement, très crânement réclame, pour lui et pour ses pairs, une place au soleil. Cette fois, non plus comme machine-à-guérir, comme marchand-de-soins, mais aussi, un peu, comme penseur et philosophe, devant participer à la vie intellectuelle et morale de la société moderne. Le « toubib » du commun tient qu'on lui reconnaisse — enfin ! — en même temps qu'un cœur ému par les misères humaines, un cerveau ouvert aux spéculations les plus hautes...

Revue des cours et conférences. Le numéro : 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du No du 15 mai 1928 : G. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (XI). — A. Mathiez : La réaction thermidorienne (III) ; La dénonciation de Lecointre. — F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (V) ; L'appel au romantisme des provinces. — G. Cohen : Crestiien de Troies ; sa vie et son œuvre (XVIII) ; Yvain ou le chevalier au Lion (*Suite*). — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (VII). — L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (V) ; Le théâtre d'idées.

de 3,77 à 4,00 ; un troisième, âgé de 7 mois passait de 3 à 4 dans l'espace de 4 mois, c'est-à-dire remontaient au taux normal. Hess et Lundagen ont fait une autre série d'observations des plus curieuses. Ils ont constaté que, même chez l'enfant normal, la teneur en phosphate de chaux du sérum sanguin atteignait à New-York son maximum en juillet-août, pérode de la plus grande insolation, et son minimum en janvier-février période de moindre luminosité.

Les auteurs ont voulu assurer le contrôle expérimental à leurs observations, et ils ont de ce fait apporté des éléments nouveaux à la connaissance de la pathogénie du rachitisme par carence solaire.

Leurs expériences ont porté sur des rats blancs.

Un lot de jeunes rats blancs d'un poids moyen d'environ 40 gr. fut soumis au régime indiqué par Scherman et Pappenheimer, et consistant en 95 % de farine blanche type, 2,97 de lactate de calcium, 2,02 de chlorure de sodium et 0,1 % de citrate de fer. Ces auteurs ont affirmé, en effet, que ce régime détermine invariablement l'apparition du rachitisme chez ces rats.

Tandis que la moitié des animaux en expérience étaient maintenus dans une obscurité absolue, l'autre moitié était exposée directement à la lumière solaire pendant une période de quinze à 35 minutes chaque jour. L'expérience fut commencée en avril, époque à laquelle on peut avoir 4 à 5 jours de soleil par semaine. Après trois semaines d'expérience, les animaux furent radiographiés, et ils furent sacrifiés pour l'étude anatomo-pathologique après 30 à 40 jours.

Ces expériences ont démontré, avec contrôle radiographique aussi bien qu'anatomique, que le régime diététique, prétendu rachitigène, n'engendrait pas le rachitisme chez les rats exposés à la lumière solaire, tandis que les animaux maintenus dans l'obscurité présentaient les lésions caractéristiques du rachitisme, tuméfaction du cartilage avec irrégularité de prolifération, absence de dépôts de phosphate de chaux et superproduction de tissu ostéoïde.

Les expériences et les recherches de Hess et de ses collaborateurs démontrent donc que les rayons solaires, et en particulier les rayons ultra-violets, ont une action spéciale sur le métabolisme du calcium et du phosphore, et par conséquent sur les processus d'ossification.

Il est vraisemblable que l'action de la lumière solaire porte sur le métabolisme de beaucoup d'autres éléments constitutifs des tissus humains et qu'elle comporte une stimulation du processus de défense contre le bacille tuberculeux, d'où les régressions de lésions d'une part, la reconstitution des travées osseuses après la guérison d'autre part, avec la reprise des mouvements articulaires.

Indications.

L'héliothérapie doit être appliquée à toutes les tuberculoses ostéo-articulaires chroniques : tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott, spina ventosa. Chez l'enfant, on évitera, dans ces cas, le traitement chirurgical : la résection. La guérison peut être obtenue par l'héliothérapie en montagne ou au bord de la mer et ce n'est qu'après avoir essayé ce moyen qu'on pourra, s'il a été insuffisant, user du traitement chirurgical, ou ponctionner les abcès, s'il en existe.

En tout cas, l'immobilisation ne doit pas être faite dans un appareil plâtré, mais doit permettre au membre d'être mis au soleil. Ce n'est que pour les cas où il la jugeait vraiment indispensable et seulement pour certains cas de coxalgie ou de mal de Pott que Rollier a construit des gouttières spéciales en celluloïd.

Les tuberculoses ganglionnaires, celles des séreuses, telles que péritonites, pleurésies en convalescence, les tuberculoses les rénales, génitales, sont aussi heureusement influencées par la cure de soleil. Il faut se garder de faire l'ablation préalable du rein ou du testicule, car l'héliothérapie en permet le plus souvent la conservation après guérison.

Il existe cependant des contre-indications. Les essais faits sur la tuberculose pulmonaire ont été infructueux ou dangereux. Dans cette forme, l'héliothérapie apparaît comme une arme à deux tranchants susceptible de donner un coup de fouet aux lésions, dans certains cas, en déterminant des poussées congestives. Exception doit être faite pour certaines formes torpides, chez les malades traités par un pneumothorax artificiel n'ayant pas de fièvre et chez lesquels il sera au contraire utile de faire de la cure de soleil.

Une autre contre-indication est celle de poussées granuliques évolutives ; il faut dans ce cas attendre que les phénomènes inflammatoires se soient atténués. Dans la péritonite tuberculeuse, il faut éviter de faire de l'héliothérapie en pleine poussée ; il faut attendre que la température soit descendue et oscille aux environs de 37 à 38, indiquant la fin de la poussée. Sous l'influence du traitement, la température finit souvent par se régulariser tout à fait. A côté des tuberculoses locales, nous avons déjà signalé parmi les indications, le rachitisme ; il faut également y ajouter les plaies de guerre comme l'a signalé Léo et certaines formes de rhumatisme subaigu.

***

Choix du climat. — Le choix du climat a son importance et il faut naturellement aller là où il y a du soleil. Les stations d'altitude des Alpes et des Pyrénées où le ciel est limpide audessus de la zone des brumes et des brouillards, qui, en hiver ne s'élève pas à plus de mille mètres, répondent aux indications de la cure solaire. Elles sont surtout favorables du 15 novembre au 15 mai et pendant l'été. En mars et avril, en septembre et octobre, il y a parfois aussi des nuages dans ces régions ; mais certaines restent presque constamment au soleil.



Une galerie de cure de Rollier à Leysin.

Leysin (1.300 mètres), où Rollier créa sa méthode donne des résultats merveilleux, bien que le voisinage du Lac Léman y amène parfois du brouillard, surtout depuis quelques années, sans qu'on puisse expliquer les causes de cette modification météréologique vraisemblablement passagère. En Suisse, l'Engadine, en France Briançon (1.400 mètres), dans les Alpes, Font-Romeu, Odeillo (1.800 mé.), les Escaldes (1.400 m.) dans les Pyrénées-Orientales, sont des stations très favorables au point de vue de la pureté de l'air.

Quant à la région méditerranéenne, admirablement ensoleillée pendant l'hiver où l'héliothérapie peut se pratiquer presque quotidiennement, elle a le désavantage d'être un peu trop chaude en été. Pendant les mois de juillet et d'août, les enfants envoyés au Sanatorium de San-Salvadour sont fatigués par la grosse chaleur et perdent parfois une partie du bénéfice de la cure. Les montagnes environnantes sont préférables comme le prouve l'installation du sanatorium des Courmettes à 850 mètres d'altitude, au dessus de Grasse, qui jouit en hiver du soleil méditerranéen, où même en plein été, les nuits restent fraîches.

Le littoral de l'océan est merveilleux en été. La Baule, Arcachon, Biarritz, Royan, Saint-Jean-de-Luz donnent des résultats excellents. Roscoff est presque aussi favorisé. Mais en automne et en hiver il y fait souvent couvert et cependant même en janvier la douceur du climat permet d'utiliser les journées ensoleillées pour donner les bains de soleil, à la condition de s'abriter du vent.

Pendant la belle saison, d'ailleurs, on peut faire de l'héliothérapie partout, non seulement sur les plages de la Manche ou à Berck, mais nous avons démontré à plusieurs reprises que l'on pouvait obtenir des guérisons à Paris. Une de nos dernières observations porte sur une fillette hospitalisée dans notre service de l'Hôpital Hérold ; la cure solaire, pratiquée à l'hôpital même, permit d'obtenir la guérison d'une tuberculose fistuleuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. Nous avons signalé des cas analogues obtenus pour la péritonite tuberculeuse dans nos anciens services d'Ivry et de Debrousse et nous en avons guéri un nouveau cas à Hérold en 1927.

Dans les cas plus graves cependant, tels que mal de Pott, coxalgie, il est exceptionnel qu'on obtienne la guérison dans ces conditions. Le traitement devant être nécessairement plus long, il est indispensable d'aller en montagne ou sur la Riviera.

Technique du grand bain de soleil.

Pour la cure solaire thérapeutique, il faut choisir de préférence une terrasse ou un balcon à l'abri du vent ; mais une chambre bien exposée au sud-est peut remplir le même but, pourvu que le lit ou le fauteuil du malade puisse être placé devant la fenêtre grande ouverte et recevoir pleinement les rayons du soleil.

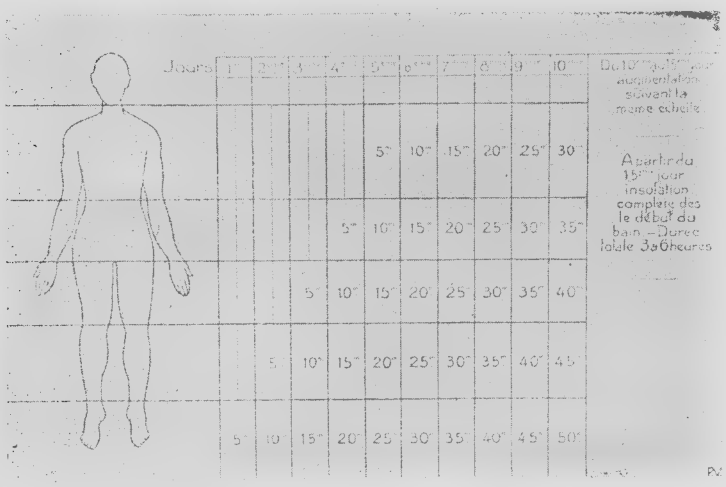


Schéma d'insolation progressive, d'après Rollier.

Sur une terrasse, ou un balcon, on est parfois obligé de disposer des paravents ou des bas-flancs, car le mouvement de l'air augmentant le refroidissement du corps, peut être nuisible si la température de l'air est basse, ainsi que cela se produit en hiver et en altitude.

On a récemment inventé divers appareils portatifs, sorte de brancards protégés latéralement par des toiles, qui constituent de véritables baignoires à bain de soleil, et permettent d'installer le malade même sur une plage, en le maintenant à l'abri du vent aussi bien que des regards indiscrets, point à considérer, s'il s'agit de grands enfants ou d'adultes.

Sans entrer dans tous les détails, rappelons que le bain de soleil doit être donné sur la peau nue, sans aucun vêtement même de la plus fine baptiste, les rayons atteignant directement la peau, sans interposition du moindre vitrage : le verre arrête en effet les parties du spectre qui semblent les plus actives à part un verre spécial recemment inventé dans ce but.

La cure doit de préférence être commencée le matin, avant la saturation de vapeurs de l'atmosphère qui se produit souvent dans l'après-midi.

La cure doit toujours être lentement progressive au début, pendant la période d'adaptation, il faut à ce moment faire des séances courtes, et seulement sur les extrémités des membres, ainsi que le recommande ROLLIER ; mais il faut savoir que ces courtes séances peuvent être répétées plusieurs fois dans la même journée ; le but, c'est d'obtenir un entraînement des téguments à l'action de la lumière, de manière que la pigmentation se fasse sans qu'il se produise jamais d'insolation avec ses effets sur le derme et l'épiderme, pas d'érythème, et à plus forte raison pas de phlyctènes ni de desquamation comme le provoque le coup de soleil.

Voici comment, à l'imitation de ROLLIER, nous faisons régler la cure pendant les premiers jours :

Après une période d'acclimatement au pays (littoral, montagne), s'il y a changement de région, le malade fait, le premier jour, trois séances de 5 minutes sur les pieds, le bas des jambes et les mains. Ces séances doivent être séparées par des espaces de 25 minutes de manière à se faire pendant la même heure.

Le tableau ci-dessus résume la cure progressive :

Premier jour. — Trois séances de 5 minutes sur les pieds, les mains.

Deuxième jour. — Trois séances de 10 minutes sur pieds et mains, 5 minutes sur le bas des jambes et avant-bras.

Troisième jour. — Trois séances de 15 minutes sur pieds et mains, 10 minutes sur bas des jambes et avant-bras, 5 minutes sur genoux et coudes.

Quatrième jour. — Trois séances de 20 minutes sur pieds et mains, 15 minutes sur bas des jambes et avant-bras, 10 minutes genoux et coudes, 5 minutes moitié inférieure des cuisses et bras.

Cinquième jour. — Trois séances de 20 minutes, soit 1 heure d'affilée sur pieds et mains, sur bas des jambes et avant-bras, 15 minutes genoux et coudes, 10 minutes moitié inférieure des cuisses et bras, 5 minutes racines des cuisses et épaules.

Sixième jour. — 1 heure pieds et jambes, avant-bras et mains ; trois séances de 20 minutes genoux et coudes, 17 minutes cuisses et bras, 10 minutes épaules, 5 minutes abdomen.

Septième jour. — 1 heure sur les membres. Trois séances de 15 minutes épaules, 10 minutes abdomen, 5 minutes dos.

Huitième jour. — Bain complet de 1 heure pour les membres et l'abdomen, 10 minutes, le dos, 5 minutes face antérieure du thorax.

On arrive ainsi au 8e jour à découvrir la base du tronc et progressivement procéder au grand bain de soleil total pendant une heure à partir du 10 e jour. On atteindra ensuite progressivement 1 h. 1/2 puis enfin 2, 3, 4 et même 5 heures. Il n'y a pas lieu en général de faire durer la cure plus de 5 heures.

Cette cure doit être suivie attentivement de façon à ne pas réveiller de réactions congestives ; s'il survient au cours de la cure une élévation thermique anormale, il faut interrompre ou simplement diminuer la durée en procédant par tâtonnement, quitte à recommencer dès que la température sera revenue à la normale.

Il ne faut pas, comme on le voit, laisser faire l'héliothérapie par n'importe qui, car elle peut, en plus de ses ennuis entraîner des accidents : brûlures de la peau, phlyctènes, phénomènes douloureux, réactions thermiques, etc. Il faut faire exercer une surveillance pendant tout le traitement par une infirmière bien au courant. Si l'on était obligé d'interrompre la cure pour une raison ou pour une autre, on aurait soin de ne pas reprendre au point où en était, mais de procéder à nouveau progressivement, en allant plus vite cependant que la première fois.

Résultats.

Ils sont merveilleux et dépassent presque toujours tout ce qu'on pouvait espérer. *C'est ainsi qu'on peut observer la restitutio ad integrum* de lésions osseuses et le retour de la mobilité articulaire. Les radiographies prises avant et après le traitement démontrent la fonte des tubercules sous l'influence

Pour les Vacances

Voyageurs à la recherche d'un joli coin ou d'une plage de famille pour y passer vos vacances, touristes qui désirez parcourir la Bretagne en autocars, ne vous mettez pas en route avant d'avoir préparé votre voyage. Ne commettez pas l'erreur de nombreuses personnes qui partent à l'aventure et s'en reviennent désillusionnées parce qu'elles ne savaient pas qu'à proximité de leur villégiature, elles avaient telles excursions intéressantes ou tels monuments à visiter.

Un voyage bien préparé vous aidera à passer d'agréables vacances. Dans ce but, le **Réseau de l'État** vient de rééditer à votre intention son **GUIDE OFFICIEL ILLUSTRÉ** qui contient, en plus d'une documentation intéressante, de nombreuses photographies et des cartes détaillées des régions qu'ils dessert.

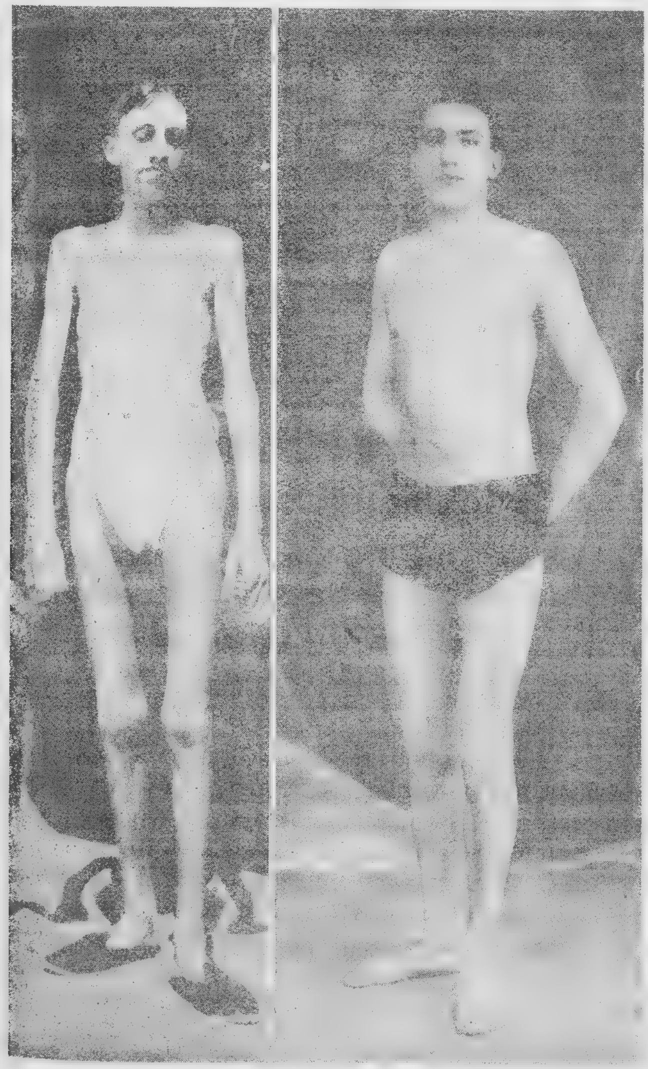
Ce **Guide** est mis en vente dans les bibliothèques des gares du Réseau, Bureau de Tourisme des gares de Paris (Saint-Lazare et Montparnasse) et dans les principales Agences de Paris, au prix de quatre francs cinquante centimes l'exemplaire.

Il est également adressé à domicile, contre l'envoi préalable d'un mandat-carte de 5 fr. 55 pour la France et de 7 fr. 50 pour l'Étranger, au Service de la Publicité des Chemins de fer de l'État, 20, rue de Rome, à Paris (8e).

de la cure et la reconstitution des travées osseuses. Nous n'aborderons pas ici la question de savoir quels sont les rayons les plus actifs dans la lumière solaire : tout le mode semble d'accord actuellement pour admettre que ce sont les rayons ultra-violets.

Depuis les travaux des Américains et de Alfred Hess de New-York en particulier, on applique systématiquement l'héliothérapie au traitement du rachitisme. Elle agit ici aussi non seulement comme curatif, mais comme préventif ; la lumière solaire réglant, nous l'avons dit le métabolisme du calcium.

On peut d'ailleurs jusqu'à un certain point remplacer le soleil par les rayons ultra-violets. Rollier les a essayés et a préconisé l'emploi de la lampe de quartz, pour ne pas interrompre le traitement les jours où il n'y a pas de soleil. A notre avis, cependant, les rayons ultra-violets ne donnent pas les mêmes résultats, quand il existe des lésoins articulaires. Ils sont surtout utiles dans le traitement préventif.



Péritonite tuberculeuse avant et après le traitement Sanatorium d'Odeillo.

Actuellement, l'héliothérapie est en honneur un peu partout. Nous avons, avec J. Hallé, obtenu son emploi au Sanatorium d'Hendaye pour le traitement des adénopathies trachéo-bronchiques, grâce à la précieuse collaboration du Dr Morancé. D'avril à septembre, octobre, les enfants y vivent presque nus au soleil.

A Berck, on l'a aussi essayée, et on a constaté que les résultats étaient meilleurs que par la seule cure marine. Le Sanatorium des Courmettes pratique aussi la cure solaire. L'Œuvre des pupilles de la nation a construit à Odeillo un sanatorium, où elle obtient des résultats merveilleux. Il existe à Briançon un sanatorium pour militaires, organisé par le médecin-major Tartavez, mais nous y envoyons aussi des enfants et adultes en cure libre, avec le plus grand succès.

Insistons encore en terminant sur l'importance de la cure solaire préventive chez les rachitiques, débiles, enfants délicats. L'apostolat du Ct. Hébert pour sa méthode de gymnastique naturelle a montré les bons effets des exercices athlétiques pratiqués le corps nu.

Aussi actuellement mène-t-on toute une campagne en faveur de l'école en plein air et au soleil. On pratique l'héliothérapie dans de nombreux préventoria : A Chavagnac-Lafayette, à Plessis-Robinson, par exemple. On trouve déjà à Paris dans certains arrondissements des écoles en plein air sur sur les fortifications ainsi que dans différentes communes du département de la Seine, Le dernier rapport de M.Henri Sellier, au Conseil municipal, en donne une énumération et description détaillée ; à Versailles existe dans ce genre l'école du Dr Wapler, à Saint-Brieuc, celle du Dr Violette. L'état général excellent des enfants, qui y deviennent non seulement bronzés, mais musclés, est une nouvelle preuve de l'efficacité de la cure solaire comme stimulant général du développement normal de l'enfant.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Les voies d'accès aux grandes diaphyses des membres,

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

L'étude que nous avons faite précédemment des principes généraux à appliquer à la découverte des artères pourrait servir de base à celle de la découverte des grandes diaphyses des membres.

Pour opérer sur un os long, il faut également voir clair, pratiquer une opération particulièrement aseptique en cas de lésion fermée, toujours très large en cas de lésion infectieuse. Dans tous les cas, il faut être ménager des parties molles avoisinantes (muscles, tendons, vaisseaux, nerfs).

Examinons successivement les voies les meilleures à utiliser pour chacun des segments des membres.

Humérus.

La voie interne encombrée par le paquet vasculo-nerveux ne sera utilisée que par exception (lésions des parties molles internes accompagnant la fracture).

Dans tous les autres cas (et encore faut-il dire que, malgré la présence d'une plaie interne, on aura souvent encore avantage à passer par les voies anatomiques normales) deux voies sont possibles, ce sont :

LA VOIE EXTERNE ET LA VOIE POSTÉRIEURE.

a) *Dans le* 1/3 *supérieur*, l'incision suivra le sillon deltopectoral à 1 c. en dehors de lui pour éviter les vaisseaux qu'il contient. L'innervation du deltoïde sera ainsi respectée dans sa totalité.

En cas de gêne, on pourra se donner du jour en branchant une incision horizontale partant du sommet de l'incision verticale et se dirigeant en dehors vers l'extrémité externe de la clavicule. Mais il faut que cette incision respecte le circonflexe et pour cela elle doit raser la clavicule à 2 c. au-dessous de l'os de façon à permettre de faire secondairement une suture exacte du muscle.

b) *Au* 1/3 *moyen* une incision tracée sur la ligne allant de la pointe du V deltoïdien à l'épicondyle ne rencontre que la cloison fibreuse intermusculaire externe en avant de laquelle il convient de passer en réclinant en avant le bord externe du biceps.

Le nerf radial qui apparaît vers le milieu de l'incision et se dirigeant de haut en bas et d'arrière en avant sera reconnu et récliné en avant.

c) *Au 1/3 inférieur*, c'est la voie postérieure qui convient une incision médiane descendant bas jusque sur la pointe de l'olécrâne découvre l'interstice entre le vaste externe et la longue portion du triceps.

Le nerf radial vu dans la partie haute de l'incision sera récliné en haut.

Radius.

La ligne d'incision générale de découverte du radius est située sur la ligne joignant la pointe de l'épicondyle à la styloïde radiale.

Au 1/3 supérieur, il faut ménager la branche motrice du radial.

L'incision sépare les muscles radiaux (loge externe) de l'extenseur commun (loge postérieure) et découvre les fibres obliques du court supinateur d'où émerge la branche motrice du radial.

Il convient de bien découvrir le nerf et d'inciser le court supinateur en dehors de lui et parallèlement à lui à environ 1 c. de distance. Le muscle et le nerf qu'il contient sont réclinés en dedans, c'est-à-dire en bas et le radius apparaît.

Pour s'éloigner davantage de la branche motrice du radial on peut aussi accéder au court supinateur en passant plus en dehors entre le long supinateur et le premier radial externe.

Au 1/3 moyen l'interstice entre les radiaux et l'extenseur commun mène droit au radius sans obstacle important.

Au 1/3 inférieur, le même interstice ouvert mène sur les tendons des muscles du pouce encore empennés de quelques fibres musculaires.

On peut, soit les couper (Robert, de Genève) et les reconstituer après l'opération osseuse, soit mieux les récliner du côté qui apparaît le plus facile.

Cubitus.

Le cubitus est sur tout son trajet à fleur de peau. L'incision suit sa crête et laisse de chaque côté d'elle les muscles cubital antérieur et cubital postérieur.

En cas d'ostéo-synthèse par plaque, il vaut mieux faire un petit lambeau de façon à ne pas mettre la suture cutanée en contact de la prothèse métallique.

Fémur.

Classiquement, la voie d'accès vers le fémur est représentée par l'interstice musculaire situé entre les muscles de la loge antéro-externe et les muscles de la loge postérieure.

Mais, cette voie anatomique qui ne lèse aucun organe est incommode au point de vue opératoire car elle découvre le fémur trop en arrière, sur la ligne âpre et le dégagement de la face opératoire de l'os (antéro-externe) est difficile car il est malaisé de récliner la grosse masse du vaste externe.

Il convient donc d'employer concurremment d'autres voies plus commodes et qui ne sont pas plus mutilantes.

1/3 *supérieur*. Robert, de Genève, conseille une incision de 20 cm., sur le bord antérieur de la face externe de la cuisse.

On incise le fascia lata et l'on recherche en-dessous de ce muscle l'interstice entre le droit antérieur et le vaste externe. Cet interstice étant ouvert, on incise le crural avant de pénétrer jusqu'à l'os.

1/3 *moyen*. *a*) Robert emploie exactement la même technique mais en incisant plus bas.

b) C'est à ce niveau que la voie classique postéro-externe peut-être utilisée.

c) Hallopeau préfère utiliser la voie *franchement externe*.

Après incision du fascia lata on met à nu le vaste externe, et ses fibres sont dissociées sur une longueur suffisante pour découvrir le muscle crural.

On procède ensuite à la dissociation des fibres du crural et l'on pénètre jusqu'au fémur en écartant très fortement les muscles dissociés et non sectionnés.

Au 1/3 inférieur, la voie postérieure et externe est interdite. Il faut passer par la voie antérieure en relevant un lambeau musculaire comprenant toute l'épaisseur de la masse du quadriceps.

Robert, de Genève, trace une incision en U dont la branche externe est plus longue et relève toute la masse musculaire sectionnée au-dessus de la rotule. Le lambeau musculo-cutané est relevé en haut.

Cunéo préfère une incision en L dont la longue branche externe est tracée sur le bord antéro-externe de la cuisse et dont la petite branche horizontale sectionne en travers le quadriceps au-dessus de la rotule.

Le vaste lambeau musculo-cutané est recliné en dedans.

Tibia.

L'os est à fleur de peau, les incisions seront menées sur sa face interne.

Ici encore on fera bien de tracer un petit lambeau à charnière interne pour recouvrir les pièces de prothèse et éviter l'adhérence de la cicatrice à la face interne de l'os.

Certains chirurgiens placent les pièces de prothèse sur la face *externe* du tibia afin qu'elles soient recouvertes par les muscles de la loge antérieure de la jambe et placées loin de la cicatrice cutanée.

Péroné.

La ligne générale d'incision va du bord postérieur de la tête à la pointe de la malléole externe.

Au 1/3 supérieur il faut éviter le nerf sciatique poplité externe qui contourne le col du péroné.

Il convient donc de rechercher tout d'abord ce nerf et d'inciser le long de la cloison intermusculaire externe pour récliner le long péronier en avant sans pénétrer dans sa loge.

Au 1/3 moyen, il convient encore de rester en arrière du bord postérieur du long péronier latéral qui sera récliné en avant.

Au 1/3 inférieur, l'os est sous la peau.

FAITS CLINIQUES

Pleurésie chyliforme symptomatique d'un kyste hydatique de la plèvre

Par le Dr **Ch. PAPADOPOULOS**,
de la Faculté de médecine de Lyon,
Médecin de l'hôpital militaire de Larissa.

En présence d'une pleurésie chyliforme il est classique de penser de prime abord à la tuberculose et au cancer.

En dehors de ces deux affections, Netter a observé l'épanchement chyliforme au cours des pleurésies streptococciques, Jannet des pneumococciques, Sicard et Monod au cours d'une leucémie myéloïde. Mais à notre connaissance qu'une pleurésie chyliforme soit symptomatique d'un kyste hydatique de la cavité pleurale ou même du poumon, c'est un fait extrêmement rare.

OBSERVATION. — Femme T., 39 ans. Mariée il y a quinze ans, a perdu son mari d'un accident du travail. Elle a un fils de 18 ans bien portant. Elle-même, à part des accès palustres, ne signale aucune maladie digne d'être retenue. En 1923, elle remarque à la région splénique deux petites tuméfactions du volume d'une noix chacune dont le diagnostic est resté imprécis. Un an après, a vu dans ses selles, des peaux, dit-elle, sans que son état de santé soit aucunement troublé. En même temps les petites tuméfactions de la région splénique disparaissent. Fin 1925, elle fut atteinte d'une pleurésie droite à liquide clair pour laquelle elle a gardé le lit pendant une quarantaine de jours.

Le médecin qui la soignait lui fit une ponction évacuatrice de 1.800 gr. environ. Par la suite la malade a pu reprendre son travail ressentant toujours, surtout avec les variations du temps, des points de côté à l'hémithorax droit et une sensation de brûlure.

Au début de 1927, ces signes subjectifs se sont accrus en même temps que la malade a commencé d'avoir une dyspnée de plus en plus intense.

C'est à ce moment que nous voyons la malade pour la première fois en consultation.

Nous nous trouvons en présence d'une malade apyrétique, un peu pâle, mais d'un état général assez bien conservé. Comme signes objectifs : on remarque entre les 4e et 5e espaces intercostaux droits, partie hilaire inférieure, une tuméfaction légèrement fluctuante de la grosseur d'une mandarine. Voussure de la base droite avec immobilité presque absolue de tout l'hémithorax droit.

Pas de circulation complémentaire. Submatité au sommet droit avec matité de bois vers la base. Vibrations vocales très diminuées. Murmure vésiculaire à peine perceptible à la base, notablement affaibli au sommet.

Pas d'égophonie ni de pectoriloquie, aphone. Peu de bruits adventices. A gauche, à part une respiration supplémentaire, aucun autre signe digne de remarque.

Respirations 40 à la minute, toux sèche sans expectoration. Pointe du cœur rejetée de deux travers de doigt à gauche du mamelon. Bruits normaux. Pouls petit, battant à 120 à la minute. Pression artérielle 11/7 au Gallavardin. Langue saburrale. Constipation Ventre souple.

Rate : à trois travers de doigt au-dessous de l'hypochondre. Mobile. Surface lisse.

Foie : augmenté de deux travers de doigt. Surface lisse, non douloureux.

Reins non palpables, pas d'albumine ni sucre dans les urines. Rien de pathologique du côté du système nerveux.

Le diagnostic d'un gros épanchement droit étant posé on pratique une ponction exploratrice. On retire 20 cmc. de liquide clair au début qui devient après franchement chyleux, opalescent. En laissant reposer le tube on voit le liquide se diviser en deux couches : une couche superficielle claire et une opalescente. La couche supérieure crémeuse était absente dans notre cas. La réaction du liquide était alcaline. La réaction de Rivalta était positive avec les deux couches du liquide. Liquide incoagulable.

Au point de vue histologique les réactions spécifiques des graisses furent négatives. Lymphocytose presque pure : 90 % de lymphocytoses, 10 % de polynucléaires neutrophiles. Pas d'éosinophiles. Quelques globules rouges et un nombre un peu lules endothéliales.

L'examen radiologique montre le liquide à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule.

Le traitement médical d'attente ayant échoué et devant l'augmentation des signes fonctionnels nous avons procédé à une ponction évacuatrice de plus de deux litres de liquide chyliforme. Par suite la malade se sentit soulagée et a pu reprendre ses occupations. Jusqu'à ce moment notre diagnostic était celui de pleurésie chyliforme avec abcès froid costal.

Un mois après, la malade venait nous voir à nouveau à cause d'une sensation de brûlure intense ressentie à la région axillaire droite qui l'obligeait, pour dormir, d'employer la morphine en piqûres. Fait à noter que la malade ne se plaignait point de douleur mais de brûlure. A l'examen objectif nous notons, outre les reliquats de l'épanchement, une tuméfaction pareille à celle qu'on a déjà notée à la partie inférieure de la région axillaire, mobile, fluctuante. Elle est complètement apyrétique. Intrigué par cette sensation de brûlure et par l'anamnèse de deux petites tumeurs disparues de la région splénique nous pratiquons un examen de sang qui montre : polynucléaires neutrophiles 55 %, grands mononucléaires 5 %. Lymphocytes 32 %. Polynucléaires éosinophiles 8 %.

Suspectant une échinococcose pulmonaire nous conseillons à la malade d'aller voir un chirurgien. Le Pr Mermizas, d'Athènes, après ponction de la tuméfaction axillaire et vérification microscopique, procède à son enlèvement et conseille l'opération du poumon, laquelle ne fut pas acceptée par la malade.

Quelque temps après, nous la revoyons dans le même état, se plaignant toujours de sa brûlure atroce. En même temps nous notons une résistance du flanc droit de l'abdomen et nous formulons nos craintes d'une généralisation péritonéale.

La malade ne pouvant plus la supporter se rend à Salonique où elle fut hospitalisée à l'hôpital Français dans le service de notre ami le Dr Astériadès, que nous remercions vivement pour le compte rendu de l'opération qu'il nous a très aimablement remis.

Hôpital Français. Radioscopie : Opacité totale de haut en bas à droite. Le diaphragme est immobilisé à droite. Le foie est gros, mais on ne remarque rien de suspect dans son parenchyme. La ponction exploratrice donne du liquide kystique.

Opération : Anesthésie locale à la novocaïne. Aide : le Dr Bergés.

Résection des 7e et 8e côtes à droite sur la ligne axillaire. A l'ouverture de la plèvre il s'écoule du pus en abondance ainsi que du liquide kystique. Alors par la brèche sortent d'innombrables vésicules filles. Il y en a des centaines, de grosseur différente, les unes purulentes, les autres intactes. On introduit toute la main et l'avant-bras dans la cavité et on la vide. Le poumon est rétracté tout à fait en haut, et paraît ratatiné.

Les parois de la vésicule mère, épaisses et purulentes, adhèrent à la plèvre. La palpation du foie à travers le diaphragme ne donne rien. Formolage de la cavité, drainage.

Fièvre élevée le lendemain et le surlendemain. Electrargol intraveineux. Etat toujours grave. Le troisième jour de l'opération en pansement plusieurs vésicules filles apparaissent. On découvre une perforation du diaphragme d'où l'on sort des vésicules filles suppurées. Deux jours après, résection des deux côtes, incision du diaphragme et ablation d'une énorme vésicule mère. C'était un kyste de la face convexe du foie. La malade succombe le soir même d'épuisement.

***

En résumé : Femme mariée de 39 ans, paludéenne chronique. Apparition en 1923 des deux petites tuméfactions de la région splénique, coïncidence de leur disparition avec l'apparition des membranes dans les selles. Deux ans après, pleurésie droite vulgaire. Evacuation. Un an après récidive de la pleurésie sous le mode d'un exsudat chyliforme avec apparition des tuméfactions intercostales. Diagnostic de la tumeur échinocococcique de l'affection. Opération : kyste hydatique de la cavité pleurale, secondaire à un énorme kyste de la convexité du foie suite d'une échinococcose primitive probable de la rate.

Plusieurs points sont à retenir de cette observation.

1° Qu'une pleurésie vulgaire devance les autres symptômes du kyste pulmonaire ou pleural, c'est une éventualité qui se trouve déjà notée par Dieulafoy, et connu est le cas du Dr Marconnet qui, atteint d'une échinococcose pulmonaire vit apparaître de nombreuses pleurésies dont les épanchements disparaissaient comme par enchantement ainsi que le cas du Dr Chamerau. Mais que la plèvre puisse réagir au cours d'une échinococcose pleurale ou pulmonaire sous la forme d'un exsudat chyliforme ou même qu'un exsudat séreux se transforme en un exsudat chyliforme. au cours de cette affection, c'est une éventualité bien rare ;

2° L'absence d'éosinophilie signalée par Devée, 60 p. 100 d'éosinophiles dans les pleurésies symptomatiques des kystes ;

3° La réaction lymphocytaire du liquide pouvant induire en erreur avec la tuberculose ;

4° L'absence des graisses qui va à l'encontre de la théorie de Quincke pour la pathogénie de ces épanchements,

5° Et en dernier lieu la sensation de brûlure intense, symptôme qui nous a conduit au diagnostic pour l'avoir rencontré quelques mois avant chez une autre femme atteinte d'un kyste hydatide suppuré du foie vérifié par l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1928 (*suite*)

Gangrène pulmonaire aiguë avec spirochétose intense des tissus (faux aspect radiologique de pleurésie interlobaire.) — MM. *F. Bezançon, Etchegoin, Cayla* et Mlle *Scherrer* rapportent une nouvelle observation de gangrène pulmonaire à évolution aiguë, à spirochètes et à anaérobies type Veillon, Rist et Guillemot.

L'intérêt de ce cas est double ; d'abord au point de vue clinique, l'examen radiologique révélait une bande transversale opaque, simulant l'aspect radiologique de la pleurésie inter-

lobaire. On eût pu croire d'autant plus à une pleurésie putride interlobaire, que la ponction exploratrice faite à ce niveau permit de retirer quelques centimètres cubes de liquide putride. Il s'agissait cependant d'un énorme bloc de gangrène pulmonaire occupant exactement tout le lobe supérieur et limité exactement par la scissure interlobaire, dont les deux lèvres étaient accolées, mais sans exsudat. Dans la partie superieure du lobe était creusée une énorme caverne gangréneuse.

L'observation est encore intéressante du point de vue bactériologique, car elle montre les résultats concordants des examens bactériologiques qui portèrent sur les crachats, sur le liquide retiré par ponction, sur les coupes.

On trouva dans ces trois cas, à la fois des anaérobies du type Veillon et de nombreux spirochètes.

Sur les coupes, après imprégnation à l'argent, la flore était répartie en deux couches : une couche centrale peu épaisse où pullulaient les anaérobies ; une couche externe particulièrement importante, où pullulaient les spirochètes que l'on retrouvait dans les vaisseaux.

Des photomicrographies, dues à M. Jeantet, de l'Institut Pasteur, montrent le spirochète dans le liquide et dans les coupes, spirochète qui présente la même morphologie que le spirochète trouvé précédemment dans les formes à évolution lente.

M. *Sergent* à ce propos, sur les caractères cliniques et radiologiques de la pleurésie interlobaire, signale en particulier que la bande opaque de la région scissurale est plus large du côté externe que du côté interne et que la scissure prend un aspect en berceau.

M. *Rist* considère qu'il n'y a pas de fétidité sans présence d'anaérobies ; il signale des suppurations fétides à un seul germe dont l'évolution est plus favorable

M. *Hallé* partage l'opinion de M. Rist, il insiste sur les symbioses microbiennes pour déterminer la gangrène. Elle peut être réalisée par voie embolique et cite à ce propos un cas où la gangrène a évolué en quatre ans.

M. *Sergent*, à propos de l'aspect radiologique de dilatations bronchiques, considère que la fétidité s'observe surtout dans les cas où il existe des dilatations sacciformes.

Un cas de granulomatose à déterminations : ganglionnaire, cutanée, pulmonaire. — MM. *G. Caussade* et *J. Surmont* dégagent de leur observation les particularités suivantes ;

1° L'évolution clinique n'a pas dépassé six mois ;

2° Dans l'ordre chronologique, l'affection a frappé successivement les ganglions des deux aisselles, la peau, la plèvre et le poumon gauches ;

3° La sclérose des ganglions est intense malgré la brièveté de l'évolution ;

4° L'affection cutanée a été caractérisée par des poussées érythémateuses à répétition, dont chacune était suivie de granulations qui en imposèrent au début pour des vésicules. La peau d'un rouge vif, puis rouge vineux finit par se couvrir de squames qui formèrent une véritable carapace blanche, puis brune, puis verdâtre ; dans le derme, la palpation faisait percevoir un semis de petits nodules de la grosseur d'un petit pois. Localisée au début autour du mamelon gauche, cette dermite, très prurigineuse, envahit, ensuite l'aisselle et la région dorsale voisine du même côté. Dans les deux dernières semaines, les tissus préalablement infiltrés étaient scléreux ; et, de plus, la peau se pigmenta non seulement autour de la dermite, mais aussi sur l'abdomen et les membres inférieurs restés jusque-là indemnes ;

5° L'affection pleuro-pulmonaire ne fut qu'une complication, étant consécutive aux lésions des ganglions médiastinaux. Un épanchement abondant, très fibrineux, fut successivement limpide, puis louche, puis hémorrhagique et fut caractérisé par des cellules endothéliales, énormes et abondantes qui persistèrent toujours au milieu de nombreux polynucléaires d'une certaine quantité de lymphocytoses, et à la fin, de globules rouges. Le poumon gauche, seul lésé, donna lieu à une expectoration abondante dans laquelle, outre les cellules à poussières énormes, il y avait des cellules de dimensions variées plus ou moins dégénérées contenant des pigments ocre et noir qui peuvent expliquer, à défaut de toute lésion des capsules surrénales, la mélanodermie observée à la fin de la maladie ;

6° Eosinophilie sanguine abondante (40 %) seulement dans les derniers jours. Prurit généralisé peu intense. Fièvre persistante modérée (38, 38,5) et très élevée seulement dans les derniers jours (39, 39,5) ;

7° Du point de vue de l'étiologie, il est intéressant de constater que chaque organe, contenant tous les éosinophiles en proportion plus ou moins grande, a réagi néanmoins suivant sa structure propre. Bien que les grosses cellules caractéristiques (celles de Sternberg et de Langhans) aient été trouvées dans les ganglions, le poumon et la peau, les deux premiers ont montré une réaction a cellules plutôt endotheliformes, et la peau, de préférence à cellules conjonctives et à plasmocytes : tissu réticulo-endothélial dans le premier cas, et, lignée lympho-conjonctive dans le second, ce qui autorise à penser que la cellule de Sternberg peut avoir une double et même une triple origine ;

8° Cette formation gigantesque est précédée d'une inflammation banale (peau et poumon) ;

9° Ni les examens directs de l'épanchement pleural et des crachats, ni leur culture dans des milieux variés à des températures à 37° et à 20°, ni les colorations des coupes par des techniques diverses, ni les inoculations de fragments de ganglions à des cobayes et à un pigeon n'ont pu déceler ni tuberculose, ni saprophyte, ni spirochètes, ni mycelium. Seul le pigeon présenta quelques troubles de la statique.

Nodosités sous-cutanées et troubles mentaux au cours du rhumatisme articulaire aigu. — MM. *Costedoat* et *Travail* rapportent le cas d'un malade dont l'affection évolua en deux poussées d'une durée de deux mois chacune : la première caractérisée par des arthralgies multiples, des sueurs, de la chorée et des troubles mentaux de type confusionnel ; la deuxième, séparée de la précédente par plus de 9 mois, se traduisit par de très légères douleurs articulaires, avec endocardite valvulaire, une pleurésie droite, des symptômes cutanés (érythème polymorphe avec urticaire) et nodules sous-cutanés (nodosités.)

Les auteurs attirent l'attention sur le polymorphisme des manifestations rencontrées. Ce polymorphisme montre une fois de plus que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie débordant infiniment les territoires articulaires, susceptible même de les intéresser si faiblement que le diagnostic est parfois délicat.

Ils précisent les constatations qu'ils ont pu faire au sujet des nodosités sous-cutanées observées chez leur malade : macroscopiquement il s'agirait, comme dans le cas de Troisier, de nodules petits, sphériques, drus, élastiques, indolores, adhérant au plan profond, apparaissant par poussées successives.

Microscopiquement, ils ont relevé dans ces nodules une grande abondance de tissu fibreux adultes avec îlots de cellules embryonnaires, paquets de fibroblastes et zone de résorption peu étendues, Ces constatations se rapprochent de celles d'Hirschprung.

Les troubles mentaux furent caractérisés par une phase de dépression mélancolique, puis de confusion mentale délirante et agitée, suivie de guérison complète. Ces troubles surgirent pendant la phase choréique, témoignant ainsi de la diffusion du virus sur l'encéphale.

Séance du 11 mai 1928.

Granulomatose maligne et tuberculose. — MM. *N. Fiessinger* et *R. Cattan* rapportent l'observation d'un sujet de 27 ans qui présenta pendant huit mois une fièvre ondulante typique entrecoupée de périodes plus ou moins apyrétiques. La seule manifestation clinique constatable résidait dans des adénopathies cervicales de moyen volume. L'examen d'une biopsie ganglionnaire au début de cette évolution fit constater à la fois des lésions de tuberculose et de granulomatose. A la période terminale apparut une généralisation tuberculeuse.

Les auteurs insistent sur l'association de ces deux affections

et pour cette raison sur les difficultés du diagnostic entre lymphadénie tuberculeuse et lymphogranulomatose maligne.

Granulomatose maligne à début pleural à forme pseudo-tuberculeuse. Tubercules caséeux spléniques associés. — MM. *L. Boidin* et *Hamburger* présentent des microphotographies de granulomatose maligne qui montrent dans la rate des lésions granulomateuses et tuberculeuses associées. La maladie avait évolué sous le type pleural avec adénopathies secondaires.

Présentation d'une malade atteinte de diabète ovarien amélioré par les injections de folliculine. — MM. *Carnot, Terris* et *Caroli*. — Diabète chez une femme de 36 ans, aménorrhéique, ayan débuté en 1926. Précédé des troubles importants de la menstruation : son aspect était celui d'un diabète avec dénutrition. Cependant la courbe de la glycosurie et de la glycémie revêtait une allure cyclique, avec un abaissement considérable aux époques menstruelles. Le régime et le traitement insulinique apparurent impuissants à modifier l'évolution de la maladie. Les injections de folliculine firent réapparaître les règles, amenèrent une chute presque complète de la glycosurie, de la glycémie et une amélioration considérable de l'état général. Dans la période intermenstruelle, chaque injection fait baisser le taux de la glycosurie et amène une chute importante de la glycémie persistant de 24 à 48 heures.

Folliculine et diabète. — MM. *Rathery* et M. *Rudolf* exposent le résultat de leurs recherches chez les diabétiques, concernant l'action de la folliculine. Ils montrent d'une part que les diabétiques présentent souvent une hypersensibilité à l'insuline durant la période qui précède les règles et qui comprend les premiers jours de celle-ci. Or c'est justement à ces époques du cycle menstruel que la folliculite existe au maximum dans le sang.

Ils étudient systématiquement l'action combinée de l'insuline et de la folliculine chez les diabétiques. La folliculine paraît bien influer, chez certains sujets, le métabolisme des hydrates de carbone, mais il s'agit là de faits complexes, qui demandent de nouvelles recherches. Il paraît exister une dose optima de folliculine, et il semble qu'un équilibre déterminé doit exister entre les deux hormones.

Hygroma et poly-synovite tendineuse subaiguë syphilitiques. — MM. *Laignel-Lavastine* et *Henri Desoille* présentent une malade atteinte de tuméfaction douloureuse à évolution subaiguë, de presque toutes ses gaines synoviales tendineuses (fléchisseurs et extenseurs des doigts et des orteils, péroniers, etc.) et de nombreuses bourses séreuses (ischiatique, poplitées, patte d'oie, sus-calcanéennes, etc.) Les articulations proprement dites semblent indemnes. Quelques lésions cutanées et nerveuses, un Wassermann très positif prouvent qu'il s'agit de syphilis. Cette localisation de la syphilis a été décrite par *A. Fournier*. Il est rare d'observer des cas aussi généralisés.

Artérite pulmonaire subaiguë chez un syphilitique atteint de maladie mitrale. — MM. *F. Trémolières, A. Tardieu* et *R. Nativelle* communiquent l'observation anatomo-clinique d'un homme de 21 ans, atteint d'une artérite pulmonaire subaiguë mutilante et végétante qui relève à la fois de la syphilis et de la sténose mitrale.

Le tableau clinique comporte l'œdème blanc des membres inférieurs, du scrotum et de la partie basse de l'abdomen, la dyspnée d'effort, les hémoptysies et surtout la cyanose de la face et du cou. Un souffle systolique, à maximum sus-apexien irradiant dans l'aisselle, occupe toute l'etendue de l'aire cardiaque. L'affection rebelle à tous les toni-cardiaques évolue en trois ans et se termine par l'asystolie irréductible (hépatomégalie douloureuse, infarctus de la base droite avec hémoptysies, épanchement pleural et fièvre, arythmie extra-systolique, tachypnée et collapsus.) Radiologiquement, le cœur est très volumineux, l'arc moyen droit extrêmement distendu, allongé et saillant, les ombres hilaires augmentées de volume sont floues. En O. A. D., l'arc moyen gauche est très volumineux.

A l'autopsie, le cœur, fixé en diastole, est généralement hypertrophié. Dans la corne auriculaire droite est une végétation adhérente (endocardite pariétale.) L'orifice mitral est le siège d'une double lésion : rétrécissement et insuffisance. L'aorte est saine. Les branches de l'artère pulmonaire, dans toute leur étendue, sont marquées de nombreuses plaques légèrement surélevées et jaunâtres; d'aspect athéromateux et fibroïde. Un infarctus, de la grosseur d'une mandarine, occupe la portion inférieure du lobe supérieur droit. Aucune lésion pulmonaire tuberculeuse. Les deux poumons sont infiltrés d'un œdème compact.

Sur les coupes histologiques, l'artère pulmonaire, a la hauteur de la bronche primitive, est atteinte d'une sclérose endartéritique diffuse (artériosclérose.) Les lésions de l'endartère sont plus considérables dans les tissus proches des pre-

mières ramifications bronchiques (dépôts athéromateux.) Sur les coupes d'une branche artérielle de 4 à 5 mm. de diamètre, sont figurées des lésions de panartérite mutilante et végétante.

A ces lésions artérielles compliquées de thromboses itératives et superposées, s'ajoutent, dans le reste du poumon, des lésions caractéristiques de la nature syphilitique de l'affection : un follicule gommeux sub-miliaire péri-artériel, constitué de lymphocytes accumulés dans le tissu interstitiel, répond exactement à la description du follicule gommeux syphilitique. Près d'une bronche volumineuse et affaissée est une gomme miliaire giganti-cellulaire péri-bronchique.

Les auteurs insistent sur la symptomatologie très significative de cette artérite pulmonaire, son contrôle radiologique toujours possible et son intérêt diagnostique.

René GIROUX.

La Cavité buccale et sa flore bactérienne normale et pathologique. (J. PINCHART, *Bruxelles médical*, 4 mars 1928.)

On connaît la richesse bactérienne de la flore buccale : micrococus catarrhalis, flavus, etc. mais ce n'est que depuis peu d'années qu'on s'est aperçu de l'influence pathogène de cette flore microbienne, dont la nocivité est variable suivant les circonstances.

M. Pinchart y insiste dans son article.

« Certaines affections, à agent pathogène encore indéterminé, telles que le rhumatisme infectieux et la scarlatine surtout, débutent, dit-il, presque toujours par une localisation bucco-pharyngée, qui est bien probablement due à l'agent lui-même de la maladie. Bien qu'on n'ait jamais pu y découvrir le bacille d'Eberth, il est fort vraisemblable que les ulcérations des piliers qui marquent souvent de façon si douloureuse le premier septénaire de la fièvre typhoïde, sont causées par le même microbe qui, après avoir parcouru tout l'organisme charrié par le sang en une véritable septicemie, va aller exercer ses ravages sur les éléments lymphoïdes de l'intestin. Le streptococcus viridens semble se localiser, d'après les résultats des recherches récentes sur l'arrière-gorge, avant d'aller se fixer sur les valvules cardiaques pour y déterminer les symptômes de l'endocardite maligne, toujours fatale.

Le bacille de Koch semble vivre de façon moins abondante dans le milieu salivaire, et il n'est pas rare de trouver un résultat négatif à l'examen de la salive d'un tuberculeux ouvert dont l'expectoration proprement dite est nettement bacillifère. Mais ce sont peut-être nos moyens d'investigation qui laissent trop à désirer encore vis-à-vis de ce bacille et qui viennent fausser les recherches. Enfin, on trouve parfois des champignons, agents des mycoses pharyngo-stomatiques : le muguet principalement, et le leptotrix buccalis qui donnent dans certains cas, à la surface des amygdales, de véritables bouquets efflorescents. Le rôle de cette classe microbienne est des plus important dans leur association avec le bacille de Lœffler, et le plus souvent les diphtéries malignes sont accompagnées d'une richesse extrême en anaérobies.

Que faire pour lutter contre cette invasion bacterienne? Avant tout suprimer la cause, c'est à dire nettoyage des dents cariées, badigeonnage des gencives au néol pur, brossage régulier des dents, lavage de la bouche à l'eau néolée, bien supérieure à l'eau oxygénée. Dans les angines, même médication spécifique : lavage de la gorge au bock, avec de l'eau bouillie additionnée de néol à raison d'une cuillerée à soupe par litre.

Le Dr. Pinchart a vu diminuer au-dessous de la moyenne habituelle la gravité de cas de scarlatines observées en série, au cours d'une épidémie et des complications albuminuriques en particulier, en procédant systématiquement quatre fois par jour à des irrigations pharyngées par le procédé que je viens de signaler (eau néolée).

Dans la diphtérie, ces grands lavages amènent une détersion plus rapide et plus efficace des fausses membranes et diminuent la gravité des manifestations d'ordre toxique.

En somme, on ne devra pas négliger, tant à titre prophylactique que dans un but curatif, de recourir à ces luttes locales contre l'infection buccale, que ce soit dans les affections bucco-pharyngées, ou dans les maladies septicemiques qui se localisent dans le milieu buccal. La plus grande circonspection devra être accordée au choix de l'antiseptique. Les actions violentes et dolosives seront rejetées, et on donnera la préférence aux grandes irrigations faites au bock, qui permettent de porter l'oxygène naissant jusqu'au contact des microbes, sans léser les corps cellulaires et l'épithélium dont le rôle de défense est primordial.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Le Morvan à quelques heures de Paris par le nouvel express de jour.

A partir du 15 mai, un nouvel express de toutes classes est mis en circulation entre Paris, Avallon et Autun. Ce train comporte des voitures directes pour Clamecy et Cercy-la-Tour.

Aller : Paris : dép. 7 h. ; Auxerre : arr. 9 h. 46 ; Avallon : 11 h. 09 : Saulieu : 12 h. 40 ; Autun : 14 h. : Clamecy ; 11 h. 08 Cercy-la-Tour : 14 h. 26 ; Château-Chinon : 14 h. 51.

Retour : Château-Chinon : dép. 12 h. 35 ; Cercy-la-Tour : 13 h. ; Clamecy : 15 h. 33 ; Autun : 12 h. 49 ; Saulieu : 14 h. 02 ; Avallon : 15 h. 27 ; Auxerre : 16 h. 46 ; Paris : arr. 19 h. 33.

La durée du trajet entre Paris et Clamecy, Paris et Avallon se trouve ainsi réduite à 4 heures.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 22. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 2 JUIN 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 23 mai. — Thèses vétérinaires. — M. BARON. De l'amputation du pénis chez le chien. — M. GARNERIN. Injections médicamenteuses chez les ruminants. 24 mai. — M. THUVIN. Traitement de la stérilité d'origine cervico-utérine. — M. PARFONRY. Traitement chirurgical du strabisme paralytique. — Mlle ROUX. Les porteurs de germes dans l'épidémie actuelle de diphtérie.

M. Olivier, agrégé pérennisé des facultés de médecine des départements (Lille section d'anatomie), est nommé agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (emploi vacant) et pére nisé dans lesdites fonctions.

— *Concours de l'adjuvat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Funck-Brentano, 74 ; Leydet, 73 ; Dessaint, Lapeyre et Patel, 71.

Hôpitaux de Lyon. — Mutations :

Chirurgie. — Par suite du départ de M. le Dr X. Delore, chirurgien de l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Tavernier passe de l'Hôtel-Dieu à Debrousse (chirurgie infantile), M. le Dr Cotte passe de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Alamartine passe de Debrousse à l'Hôtel-Dieu ; M. le Dr Santy passe de l'Antiquaille à la Croix-Rousse ; M. le Dr Perrin entre en service à l'Antiquaille (urologie).

Médecine. — Par suite du départ de M. le Dr P. Courmont, médecin de l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Cordier passe de Sainte-Eugénie à l'Hôtel-Dieu ; M. le Dr André Devic entre en service à Sainte-Eugénie.

Les jupes des infirmières. — Le conseil municipal de Londres vient de s'occuper d'une très grave question.

Le conseiller Helen Roylo a osé demander s'il ne convenait pas d'imposer une certaine longueur aux jupes de mesdames les infirmières :

— Nous devons, a-t-il dit, veiller au moral des malades. Il est très mauvais, qu'auprès des malheureux, qui souffrent, des femmes puissent donner l'impression qu'elles songent à la coquetterie. La vue de jambes trop étroitement moulées par des bas de soie doit être nuisible aux esprits fatigués...

Les conseillers municipaux de Londres ont trouvé que la question valait d'être étudiée. Deux experts seront nommés, qui diront quelle longueur doivent avoir les jupes pour que les jambes des femmes n'inspirent pas trop les malades.

Faculté de Bordeaux. — M. Andérodias, agrégé près la faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de clinique d'accouchements à ladite faculté (chaire vacante, dernier titulaire : M. Rivière).

Nomination de professeurs sans chaire. — Par décret en date du 23 mai 1928, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er octobre 1928, à MM. Etienne, Carrieu et Turchini, agrégés près la faculté de médecine de l'université de Montpellier ; à M. Soula, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse, et à M. Morvillez, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille.

Asiles publics d'aliénés. — Le concours de médecins des asiles d'aliénés s'est terminé par les nominations suivantes : **MM.** les docteurs CHATAGNON, BRIAU. *Ex-æquo* : Mlle le Dr MOREL, M. le Dr MENUAU. MM. les Drs REQUET, MOUCHETTE. *Ex-æquo* : MM. les Drs GARDES et NOYER.

Commission du Codex. — Par arrêté en date du 1er mai 1928, M. LOEPER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé membre de la Commission du Codex.

Université de Paris. — **Faculté de médecine.** (Année scolaire 1927-1928. Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. Professeur **M.** GOSSET, ; chargé de cours de radiologie clinique. Chargé de cours M. LEDOUX-LEBARD) — *Cours de perfectionnement : Diagnostic et traitement des maladies de l'appareil digestif.* — Sous la direction de M. le Professeur GOSSET, aura lieu, à partir du 15 juin 1928, à l'usage des médecins et des étudiants pourvus d'au moins 16 inscriptions (N. R.) ou de 12 inscriptions (A. R.), un cours de diagnostic et de thérapeutique *pratiques* des maladies de l'appareil digestif. Ce cours sera fait par M. LEDOUX-LEBARD chargé de cours, pour la partie radiologique, et par M. René-A. GUTMANN, ancien attaché médical de clinique, chargé des consultations de gastro entérologie, pour la partie clinique et thérapeutique.

Les élèves collaboreront, sous la direction du Dr GUTMANN, à la consultation et à l'établissement de la thérapeutique. Ils feront eux-mêmes sous la direction de M. LEDOUX-LEBARD, les examens radiologiques nécessaires. Lorsqu'il s'agira de cas chirurgicaux, ils assisteront ensuite aux opérations qui seront pratiquées par M. le Professeur GOSSET, Les divers examens complémentaires (tubages duodénaux, interprétation des radiographies simples ou en série) seront faits par eux ou avec leur assistance.

Cet enseignement essentiellement pratique aura une durée d'un mois et commencera le vendredi 15 juin, à 10 heures, à la Salpêtrière, Service du Professeur Gosset, Pavillon Osiris.

Le nombre des inscriptions est limité à 10. Le droit d'inscription est limité à : 150 francs pour les cours, 150 fr. pour les travaux pratiques. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Asile de Maréville. — Trois postes d'internes sont actuellement vacants à l'asile de Maréville par suite des départs de MM. les Drs HACQUARD et MOUCHETTE et de Mlle le Dr MOREL, reçus aux concours de médecins des asiles.

Un concours s'ouvrira devant la faculté de Nancy le 9 juillet prochain pour la désignation de trois internes titulaires. Ceux-ci reçoivent un traitement de 3.200 à 4.000 fr., plus le logement et la nourriture. Ils trouvent à l'asile d'abondantes ressources cliniques, un enseignement théorique et pratique, un laboratoire de biologie, chimie et microbiologie, une bibliothèque médicale très largement pourvue d'ouvrages modernes et de publications de médecine générale et de psychiatrie.

Nota. — Un des postes libres peut convenir à un interne marié. — Pour tous renseignements s'adresser à la Direction de l'asile de Maréville à Nancy (Meurthe-et-Moselle.)

Amphithéâtre d'anatomie. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie infantile), en dix leçons, par M. le Dr Jean MEILLÈRE, prosecteur, commencera le lundi 18 juin 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire rue du Fer-à-Moulin,

Paris (5e). Ce cours sera fait en liaison avec les cours de M. le Professeur OMBREDANNE.

Programme du cours. — 1° Les fractures chez l'enfant : les procédés d'ostéosynthèse. Ostéosynthèse temporaire (procédé du professeur Ombredanne). Traitement des pseudarthroses (acquises et congénitales). — 2° Affections non traumatiques des membres : traitement de l'ostéomyélite. Luxation congénitale de la hanche et butée ostéoplastique. Les ostéotomies sous-trochantérienne et supracondylienne. — 3° Tuberculose du cou-de-pied et astragalectomie. Traitement de l'hallux valgus. Traitement de la syndactylie. — 4° Traitement des pieds bots congénitaux et paralytiques : tarsotomie ; tarsectomies ; tarsoplastie ; allongement du tendon d'Achille ; arthrodèses ; ténodèses. — 5° Chirurgie des parois abdominales et du rachis : aplasie et hernie ombilicales : l'omphalectomie. Mal de Pott et opération d'Albec. — 6° Traitement des malformations du canal vagino-péritonéal : cure radicale des hernies inguinales. Cures des hydrocèles simple et communicante. Ectopie testiculaire et orchidopexie. — 7° Traitement des malformations de la vessie et de l'urèthre : hypospadias (procédé de Marion, d'Ombrédanne) ; épispadias ; extrophie vésicale. Phimosis et circonsicion. — 8° Chirurgie du tube digestif sous-diaphragmatique : sténose hypertrophique du pylore et pylorotomie longitudinale extra-muqueuse (opération de Fredet). Traitement de l'invagination intestinale. L'appendicectomie chez l'enfant. Prolapsus du rectum et cerclage de l'anus. Traitement des malformations ano-rectales. — 9° Chirurgie du cou et du thorax : traitement du torticolis dit congénital. Traitement des corps étrangers des voies respiratoires et de l'œsophage. Trachéotomie. Pleurotomie chez l'enfant et le nourrisson. Traitement des fistules branchiales. — 10° Traitement des malformations faciales : restauration des becs-de-lièvre. Traitement des mastoïdites aiguës.

Voyage d'études à Vichy. — La Station thermale de Vichy vient de recevoir la visite des médecins et étudiants étrangers qui ont suivi les cours de perfectionnement de gastro-entérologie instituée à l'hôpital Saint-Antoine par les Drs LE NOIR, BENSAUDE et Félix RAMOND. Ceux-ci ont tenu à diriger eux-mêmes ce voyage qui a donné lieu, de la part des médecins étrangers y participant, à une manifestation de sympathie chaleureuse en l'honneur de ces maîtres éminents et de la grande Station thermale française.

Après les visites traditionnelles aux remarquables installations de la Compagnie Fermière, et notamment au Grand établissement thermal et aux Sources présentées dans un cadre nouveau, et après une savante conférence du Dr GUINARD, sur les indications de la cure, les hôtes de la Compagnie furent conviés, dans le somptueux restaurant de l'hôtel Carlton, à un banquet qui fut l'occasion d'une réunion particulièrement cordiale.

M. Normand, Secrétaire général de la Compagnie fermière, dans un exposé très clair, résuma les phases essentielles du développement de la Station de Vichy et donna des chiffres éloquents démontrant la progression croissante du succès de notre grande Station thermale. Dans le programme des travaux à réaliser, il insista particulièrement sur la création prochaine d'un laboratoire de recherches chimiques, biologiques et cliniques sur les eaux de Vichy.

Le Dr GUINARD, au nom de la Société des Sciences médicalee de Vichy, remercia les médecins de la clinique de Saint-Antoins de l'organisation de ces voyages d'étude, si profitables pour les médecins étrangers ayant suivi leurs cours.

Le Dr LE NOIR remercia la Compagnie fermière et son représentant, M. Normand, de l'accueil chaleureux reçu par ses élèves. Il rappela le souvenir des maîtres de la clinique de Vichy, les Claudes Fouet, Sénac, Max Durand-Fardel, Villemin, Franz Glénard et, plus près de nous, Linossier.

Plusieurs médecins étrangers prirent alors la parole au nom de leurs confrères : citons le Dr Alcindo SODRÉ, au nom du Brésil ; le Dr Francisco CIENTUEGOS, au nom de l'Espagne ; le Dr CHARALAMPIDÈS, au nom des médecins hellènes ; le Dr Carlos SOTO MAYOR, au nom des médecins portugais ; le Dr CAPITAUVICI, au nom de ses confrères roumains ; le Dr MADJI, au nom des médecins turcs. Tous exprimèrent leur reconnaissance pour l'accueil magnifique qu'ils avaient reçu et pour la leçon de choses si intéressante qu'ils avaient retirée de la visite des installations modéles de la Station thermale de Vichy.

XXe Congrès français de médecine (Montpellier, octobre 1929.) — La 20e session du Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendra à Montpellier au mois d'octobre 1929. Les rapports traiteront des sujets suivants : I. Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine. Rapporteurs : MM. CANTACUZENE (Bucarest), P. TEISSIER et COSTES (de Paris.), SACQUÉPÉE et LIÉGEOIS (Paris). — 2° L'hypotension. Rapporteurs : MM. LIAN et BLONDEL (Paris), DUMAS (Lyon), G. GIRAUD (Montpellier.) — 3° Le traitement des syndromes anémiques. Rapporteurs : MM. E. HEDON et JEANBRAU (Montpellier), LAMBIN (Louvain), J. CARLES (Bordeaux.)

Le Bureau comprend : Professeurs VEDEL, président ; Professeurs VIRES et LEENHARDT, vice-présidents ; Professeur RIMBAUD, secrétaire général ; professeur agrégé GARRIEU, trésorier ; BOULET, secrétaire adjoint.

Hospices civils d'Orléans. — *Concours d'internat.* — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et deux places d'internes provisoires, aura lieu le jeudi 26 juillet 1928, à 14 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Hopital Saint-Antoine.* — Les docteurs LE NOIR et BRODIN feront du 18 au 23 juin, à 10 h. 1/2, salle Aran, une série de six conférences de pathologie et de thérapeutique digestives sur les sujets suivants : 18 juin : Les spasmes gastriques et leur traitement ; 19 juin : L'atonie gastrique et son traitement ; 20 juin : La stase vésiculaire ; 21 juin : Les sténoses organiques du pylore et leur traitement ; 22 juin : La stase duodénale et son traitement ; 23 juin : La stase cæcale et son traitement.

Service de santé. — Tableaux d'avancement pour 1928 (réserve) : *Pour le grade de médecin colonel.* — MM. les médecins lieutenants-colonels Leniez, Petges, de Lauwereyns de Roosendaële, Gross, Vandenbossche, Patay, Conte.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Verdeau, Piquet, Tellier, Rist, Lemaire, Robineau Destouches, Lajoanio, Musin, Armbruster, Ermenge, Aubaret, Parisot, Gougerot, Cosse, Potron, Fulconis, Schwartz, Gassin, Chifoliau, Lancien.

Pour le grade de médecin commandant. — MM. Lefavre, Ledoux, Tinel, Sézary, Richard, Cazal, de Brisson de Laroche, Stépinski-Vessière, Legros, Judet de La Combe, Saint-Hilaire, Lalande, Wapler, Meinard, Sourdin, Treille, Champy, Aton, Aubriot, Audouard, Schmitt, Martin dit Sisteron, Lamare, Bernard, Dumora, Loubat, Welsch, Garès, Lejeune, Giroux, Lombart, Dupont, Vincent, Lacronique, Massip, Pestel, Duhem, Couronnet, Verhaeghe, Gardiol Ertzbischoff, Halphen, Lloubes, Richet, Lecaplain, Hautefort, Labernadie, Potherat, Boisson, Niewengloski, Heuyer, Lapeyre, Testard, Paoli, Vogelin, Daure, Stodel, Nattan-Larrier, Martin.

Nécrologie. — Professeur NOGUCHI, de l'Institut Rockfeller, décédé à Acera, victime du devoir professionnel. L'illustre savant japonais a contracté la fièvre jaune. — Dr J. F. GIBOUX, décédé à Marseille le 21 avril, à l'âge de 82 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Lexique polyglotte des termes d'art et d'archéologie (Latin, Italien, Espagnol, Portugais, Anglais, Allemand, Hollandais, Danois, Suédois, Tchèque, Polonais, Russe.) Un volume in-4 (12 × 18.) Broché 12 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Depuis de longues années tous les Congrès d'histoire de l'art s'accordaient pour émettre le vœux d'un lexique en plusieurs langues des termes usuels d'art et d'archéologie fût mis à la disposition des savants et des étudiants que leurs recherches obligent constamment à consulter des ouvrages écrits en langues étrangères. C'est pour répondre à ce vœu et pour combler cette lacune qu'a été rédigé le lexique, divisé en douze sections correspondant aux principales langues latines, germaniques et slaves.

Publié sous une forme portative et à un prix très abordable, ce dictionnaire de poche permettra à tous les spécialistes et aux simples curieux de l'histoire de l'art de faire l'économie d'une douzaine de dictionnaires à la fois encombrants et décevants car c'est un fait d'expérience courante que les dictionnaires usuels sont d'un faible secours pour l'explication des termes techniques qu'ils omettent ou traduisent de travers.

Aucun instrument de travail de ce genre n'existait jusqu'à présent : il deviendra rapidement indispensable à tous les historiens d'art soucieux d'élargir leur horizon et de se tenir au courant des publications étrangères intéressant leurs études.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Infections du globe oculaire et maladies générales

Par M. le Professeur F. TERRIEN.

Importance du sujet. — Si l'on excepte les infections du globe oculaire d'origine ectogène, presque toujours la conquence d'un traumatisme ayant déterminé une perte de substance (éraillure de l'épithélium cornéen, plaie pénétrante, etc...), à la faveur de laquelle pénètrent les agents habituels de la suppuration, on peut dire que toute infection du globe oculaire reconnaît une origine générale. Etudier ces infections en détail comporterait de longs développements, car il faudrait rappeler une grande partie de la pathologie oculaire. Nous insisterons seulement sur quelques affections bien étudiées dans ces dernières années à la lumière des découvertes les plus récentes, tant au point de vue technique (emploi du microscope cornéen, de la lampe à fente, etc.) que général. Celles-ci ont bien montré leurs relations plus ou moins étroites avec nombre d'infections ou d'intoxications d'ordre général et ont permis un diagnostic plus précis et par là même un traitement plus efficace.

C'est ainsi que le problème de l'immunité du globe oculaire, s'il est encore entouré d'obscurité, s'est enrichi de toutes les acquisitions récentes de ces dernières années sur l'immunité en général, et sa connaissance éclaire singulièrement la pathogénie de nombre d'affections oculaires. L'observation démontre que lors de sensibilisation de toute l'économie à la suite d'une injection de protéines ou de toxines, les tissus du globe sont également sensibilisés. Inversement si l'injection est faite dans le globe oculaire, il y a également mais à un moindre degré, sensibilisation générale, preuve que les tissus de l'économie réagissent à des protéines étrangères absorbées par l'œil.

Enfin, on peut observer sur le globe oculaire, comme sur toute autre région de l'économie, des réactions inflammatoires, réactions d'ordre purement anaphylactique, qui se manifestent sur la conjonctive, sur les paupières, sur la cornée, ou encore sur l'ensemble du tractus uvéal, voire même sur le cristallin.

Réactions conjonctivales. — De toutes, la plus typique et la mieux établie est celle observée au cours du *rhume des foins*. Dans cette entité morbide, connue depuis longtemps et caractérisée, on le sait, par une congestion souvent très intense des muqueuses de la partie supérieure de l'appareil respiratoire, accompagnée de catarrhe naso-pharyngé et souvent d'un mouvement fébrile, la participation de toute la muqueuse conjonctivale à l'irritabilité et à l'hyperhémie générale est la règle.

Et quelle que soit son intensité, cette conjonctivite semble toujours purement irritative car l'examen bactériologique demeure négatif. Elle est le résultat, comme les autres symptômes de l'affection, d'une hypersensibilité, congénitale ou acquise, au pollen de certaines plantes ou à l'épithélium de certains insectes.

Serrant de plus près le problème, on a recherché, dans le degré plus ou moins marqué de conjonctivite qui suit l'instillation de pollen dans le cul-de-sac conjonctival, un test capable de renseigner sur le degré de sensibilité à ce pollen. Or la plupart de ces sujets hypersensibles montrent sur la conjonctive une éosinophilie très accusée. Et cette éosinophilie, est aussi un des éléments du catarrhe printanier ; aussi sa constatation dans les cas douteux pourra-t-elle étayer le diagnostic de conjonctivite printanière.

Enfin on a pu même, par l'injection de certains pollens, prévenir l'apparition de la conjonctivite saisonnière et désensibiliser ces sujets anaphylactisés. Sur 15 malades atteints de conjonctivite printanière et traités par cette méthode, Towsend a obtenu 13 améliorations et une guérison complète. Le dernier malade fut perdu de vue (1).

Ces réactions conjonctivales, et ceci le démontre bien, doivent donc être considérées comme des réactions allergiques dépendant d'une hypersensibilité aux pollens de certaines plantes.

La *kérato-conjonctivite plhycténulaire*, d'observation si fréquente, est sans doute un phénomène du même ordre.

Point n'est besoin d'insister ici sur la disproportion, souvent considérable, entre l'intensité des phénomènes réactionnels : larmoiement, photophobie, blépharospasme, d'une acuité parfois telle que le petit malade demeurera des heures la tête enfouie dans l'oreiller par crainte de la lumière, alors que les lésions objectives seront des plus minimes, réduites à quelques petites phlyctènes, quelquefois une ou deux au maximum, de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant vers le limbe scléro-cornéen ou sur la cornée.

Vous savez combien il est fréquent de constater en même temps des lésions d'impétigo de la face, celles-ci siégeant de préférence à l'aile du nez, souvent même dans les fosses nasales, ou au voisinage des paupières, à tel point que le staphylocoque a été regardé par certains comme l'agent responsable de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, encore dénommée pour cette raison kératite impétigineuse. Bien souvent même les altérations des fosses nasales nous ont paru former le lien nécessaire entre les lésions impétigineuses de la face et les manifestations oculaires. Alors que, pendant les premières années de ma nomination aux hôpitaux, j'étais chargé du service d'ophtalmologie de l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai pu suivre à la consultation un très grand nombre d'enfants atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire et avec le Dr Goulfier, alors mon assistant, nous avons pu surprendre l'apparition de la conjonctivite en même temps que les lésions impétigineuses des fosses nasales. Bien souvent, en effet, des enfants atteints d'impétigo de la face ne montraient aucune trace de conjonctivite ou, inversement, celle-ci existait en l'absence des lésions impétigineuses. Mais tandis que les fosses nasales étaient indemnes dans le premier cas, elles se montraient toujours intéressées dans le second. Et bien souvent, chez les premiers, le moindre envahissement de la muqueuse nasale par les croûtes d'impétigo suffisait à déclancher l'apparition de la conjonctivite.

Si l'impétigo n'est pas, nous allons le voir, la cause déterminante de cette variété de conjonctivite, il intervient sans contredit à titre de cause occasionnelle. Il importe donc de le prévenir ou de le combattre. A côté des moyens habituels (lavages avec une solution très étendue d'eau d'Alibour, applications de pommade jaune, etc.), l'injection dans les voies lacrymales d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 nous a donné d'excellents résultats. Bien souvent l'injection prudente par le canalicule lacrymal supérieur de quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 suffisait parfois à faire disparaître une photophobie et un blépharospasme, rebelles jusque-là à tous les traitements.

Mais bien souvent aussi, on ne trouve nulle trace d'impétigo facial ou nasal et c'est quelquefois alors que se rencontrent les formes les plus rebelles.

L'impétigo, s'il peut favoriser l'apparition de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, ne suffit donc pas, croyons-nous, à la déterminer. Il lui faut avant tout rencontrer un terrain favorable. Et, de fait, semblable variété de conjonctivite se rencontre surtout, vous le savez, dans la clientèle hospitalière, chez des enfants chétifs, atteints souvent d'adénites multiples, souvent aussi tuberculeux ou tout au moins prétuberculeux. Aussi s'est-on demandé si tous ces enfants, atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire, n'étaient pas toujours tuberculeux ou tout au moins en im-

(1) Leçon clinique du vendredi 27 avril 1928.

(1) TOWNSEND. — Vaccine treatment of vernal conjonctivisis. (*Southern medical Journal*, 1923.)

minence de tuberculose et si l'affection conjonctivale n'était pas elle-même de nature tuberculeuse.

Déjà la soi-disant phlyctène, constituée par une masse de cellules épithélioïdes et de leucocytes polynucléaires, entourée par une zone de cellules rondes du type lymphocyte, avec des cellules géantes, rappelle bien des aspects des lésions tuberculeuses, bien que jamais l'examen histologique n'ait pu déceler l'existence de bacilles. De même, la phlyctène n'est pas inoculable et jamais nous n'avons pu obtenir de résultats positifs, même par inoculation de la phlyctène dans la chambre antérieure du singe.

Par contre, la réaction à la tuberculine est à peu près toujours positive ; sur 600 malades examinés par nous, nous l'avons trouvée positive dans 96 p. 100 des cas.

Il résulte, il est vrai, des recherches de nombreux auteurs, en particulier des professeurs Marfan et Nobécourt, que la réaction à la tuberculine se montre presque toujours positive chez l'enfant, dans 95 p. 100 des cas d'après ces auteurs.

Mais il y a plus. La radiographie, entre les mains de Weekers et Colmans (*Archives d'Ophtalmologie*, février 1922) a décelé chez tous les sujets atteints de kérato-conjonctivite phlycténulaire, et cela sans aucune exception, la présence d'adénopathie trachéo-bronchique, soit du deuxième ou même du troisième degré, correspondant à des lésions ganglionnaires tuberculeuses en activité. Sans doute l'adénopathie trachéo-bronchique est fréquente chez l'enfant et n'a pas toujours une réelle signification clinique, mais, d'après les recherches précitées, la constatation de phlyctènes oculaires chez un sujet impliquerait la coexistence de lésions ganglionnaires trachéo-bronchiques en activité.

Les faits suivants viennent confirmer la réalité du terrain tuberculeux chez ces sujets. C'est tout d'abord une hypersensibilité manifeste à la tuberculine, presque de règle chez les sujets jeunes, et rencontrée par Weekers et Colmant 91 fois sur 100 chez l'enfant, et 55 fois chez l'adulte. C'est encore l'apparition fréquente de phlyctènes au cours d'une oculo-réaction positive à la tuberculine, méthode d'ailleurs aujourd'hui abandonnée en raison de ses dangers.

C'est enfin la possibilité, comme l'ont fait Weekers et Colmant, de déterminer l'apparition de phlyctènes par instillation de tuberculine dans le cul-de-sac conjonctival des lapins tuberculisés ou chez des animaux hypersensibles à la tuberculine. Souvent aussi il est nécessaire d'y ajouter une irritation locale, par exemple au moyen de la toxine du staphylocoque comme l'a fait Rupert (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1912).

Ainsi s'explique la fréquence de l'impétigo de la face au cours de la kérato-conjonctivite phlycténulaire et dans certains cas même, la nécessité de son apparition pour déclancher l'apparition de cette conjonctivite, fait sur lequel nous insistions déjà il y a plus de 20 ans et que viennent confirmer les expériences de Rupert.

A côté du staphylocoque, toute irritation conjonctivale quelconque : mécanique, chimique ou microbienne, pourra chez un sujet tuberculisé provoquer, par l'afflux de larmes qu'elle entraîne, un apport suffisant de tuberculine pour agir d'une manière spécifique sur une conjonctive sensibilisée du fait de l'infection générale.

Deux facteurs se trouveraient ainsi réunis pour la production de la phlyctène : un aliment endogène, la toxine circulante provenant d'un foyer tuberculeux ; en second lieu un élément exogène agissant sur la conjonctive sous forme de toxine ou de toute autre irritation.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire devrait donc être considérée comme une réaction allergique du globe oculaire, à la faveur d'une sensibilisation spéciale de ses tissus, déterminée par l'absorption de produits spécifiques venus d'un foyer quelconque de l'économie, à la faveur de l'hypersensibilité du sujet. Ce serait une sorte de réaction locale d'un état général spécifique et ainsi s'expliquent la fréquence des récidives, la ténacité parfois extrême de l'affection, enfin la disproportion souvent considérable entre l'intensité des phénomènes réactionnels et la bénignité des lésions cornéo-conjonctivales.

Mentionnons encore, au titre des réactions allergiques, certaines variétés de *conjonctivites, folliculaires* en apparence, ou bien revêtant la forme partielle, associées à d'autres manifestations urticariennes ou à des éruptions cutanées localisées, souvent accompagnées d'une réaction générale passagère et apparaissant après l'ingestion de certains aliments : œufs, crustacés, etc. Il s'agit chez semblables sujets d'une hypersensibilité à certaines protéines animales, quelquefois acquises, ordinairement congénitales.

Il faut rapprocher de ces manifestations certains *érythèmes palpébraux*, avec œdème, qualifiés souvent d'angionévrotiques et qui doivent être regardés en réalité comme des phénomènes allergiques.

Réactions cornéennes. — A côté de la conjonctive, la plupart des *infiltrations de la cornée* ou du *tractus uvéal* reconnaissent une origine endogène. Les réactions de la cornée se traduisent en pareil cas, nous le savons, par une infiltration leucocytaire plus ou moins accusée du stroma de la cornée. On l'observe assez facilement chez les animaux intoxiqués par des venins et le type en est fourni par la kératite interstitielle de l'hérédo-syphilis, plus rarement aussi dans l'infection tuberculeuse, dans 8 ou 10 p. 100 des cas.

Par analogie avec les affections spirillaires dans lesquelles on a pu constater dans le stroma cornéen la présence de l'agent responsable de l'affection, on a supposé que la kératite interstitielle était déterminée par la présence des spirochètes dans l'épaisseur de la cornée. Suivant toute probabilité ils pénétreraient dans cette membrane au cours de la période fœtale, au moment de leur diffusion générale dans toute l'économie et seraient là inoffensifs en l'absence de conditions favorables à leur développement. Avec l'apparition de celles-ci, sous des influences qui nous demeurent encore inconnues (puberté, croissance exagérée, surmenage, maladie générale, quelquefois traumatisme), la kératite se développe. En réalité la kératite interstitielle d'origine traumatique ne peut plus être mise en doute aujourd'hui. On a vu, à la suite de traumas souvent très minimes, l'affection apparaître simultanément ou à quelques semaines d'intervalle dans les deux yeux, alors même que le traumatisme (corps étranger, éraillure de la cornée) avait porté seulement d'un seul côté. Sans doute, le traumatisme intervient-il ici à titre de cause occasionnelle, comme élément favorisant, au moment où le spirochète se trouve à une période de son évolution favorable pour déclancher la kératite (1).

Toutefois cette hypothèse d'une action directe du spirochète dans la production de la kératite manque de base anatomique et étiologique, car si la présence du tréponème a été assez souvent rencontrée chez l'animal après inoculation, on ne l'a retrouvé chez l'homme que tout à fait exceptionnellement.

La clinique elle-même n'est guère plus favorable à cette conception. Car le traitement spécifique, mercuriel, arsenical ou bismuthé, dont l'action est si manifeste sur la plupart des lésions d'origine syphilitique, demeure à peu près sans action appréciable sur l'évolution de la kératite. On voit celle-ci survenir en pleine période de traitement ou même l'œil congénère, jusque-là normal, intéressé après le premier et quelquefois même d'une manière beaucoup plus intense encore, alors que le traitement intensif avait été institué dès les premières manifestations de l'affection. Le seul bénéfice retiré quelquefois dans les formes sévères avec phénomènes irritatifs et réactionnels intenses est leur diminution.

Enfin la kératite interstitielle, bien que rare en l'absence de syphilis, n'est cependant pas exceptionnelle, on ne saurait l'oublier, qu'il s'agisse de tuberculose ou même d'autres intoxications. Chez les animaux sensibilisés par des venins ou par d'autres toxiques, on a pu, par une nouvelle injection dans l'œil ou même dans la circulation, provoquer l'apparition d'une kératite, ressemblant en tous

(1) F. TERRIEN. — Rôle du traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle. (*Archives d'Ophtolmologie*, 1911, p. 561.)

points, cliniquement et histologiquement, à la kératite interstitielle de la syphilis (1).

Rappelons que la kératite interstitielle d'origine tuberculeuse est souvent unilatérale. Généralement moins diffuse, plus ou moins limitée à un secteur de la cornée, montrant souvent autour du ou des infiltrats principaux de tout petits infiltrats ponctués, de teinte légèrement jaunâtre, véritables nodules intra-cornéens. Fréquemment, on constate, en même temps que l'infiltration, des dépôts plus ou moins abondants à la face postérieure de la membrane de Descemet, indice d'irido-choroïdite torpide, celle-ci reconnaissant peut-être plus souvent qu'on ne le croit une origine tuberculeuse

Enfin la vascularisation de la kératite tuberculeuse est plus superficielle et celle-ci est généralement associée à d'autres manifestations tuberculeuses et en particulier à des adénites multiples qui permettent le diagnostic étiologique.

Le pronostic est également moins favorable et l'éclaircissement de la cornée beaucoup plus aléatoire encore.

Toutefois la thérapeutique s'est enrichie dans ces dernières années de médications nouvelles. A côté de la tuberculine, peu recommandable ici et dont l'emploi n'est pas toujours sans danger, le professeur Rollet, de Lyon, a obtenu de beaux succès au moyen de la radiothérapie qui semble à l'heure actuelle un des moyens les plus efficaces et les moins dangereux à opposer à la tuberculose cornéenne, car les rayons X ne déterminent aucune irritation de la cornée. On emploie des rayons durs, filtrés au travers de plaques d'aluminium de deux à trois millimètres et on fait des séries de cinq séances, répétées tous les deux à trois jours, chacune d'une durée de dix minutes. Après un repos de cinq à six semaines les séances sont reprises de nouveau.

A côté de la radiothérapie, la diathermie nous semble mériter aussi d'être recommandée. Nous en avons obtenu ici des résultats remarquables chez un malade du service qui a été traité par cette méthode par notre chef de clinique, M. Castéran.

Enfin si la médication spécifique au moyen de la tuberculine est peu recommandable, il n'en est plus de même de la vaccination par la méthode de Vaudremer. M. P. Weil a présenté à la Société d'Ophtalmologie de Paris (février 1928) une malade de notre service traitée par ce moyen avec un résultat excellent. Le principe de cette vaccination repose sur les modifications obtenues par Martin et Vaudremer sur le bacille de Koch cultivé avec l'aspergillus. Le liquide de culture ne renferme plus de tuberculine mais demeure doué cependant de propriétés nocives vis-à-vis des lésions tuberculeuses.

Vaudremer se sert de corps bactériens tuberculeux vieillis, ayant passé un mois à 38 degrés dans une culture filtrée d'aspergillus, puis stérilisés. On fait à cinq ou six jours d'intervalle 5, 6 ou 8 injections suivant l'intensité de la réaction à doses progressivement croissantes de 1/4, 1/2, 3/4, un centimètre cube de vaccin. Bien entendu, comme avec l'emploi de la tuberculine, on s'assurera que le sujet ne présente aucune lésion de tuberculose pulmonaire en évolution ni aucune réaction fébrile.

Réactions choroïdiennes. — La plupart des irido-cyclites et irido-choroïdites reconnaissent une origine infectieuse, toute infection, quelle qu'en soit la nature, pouvant se localiser sur le tractus uvéal et ce n'est pas ici le lieu de les étudier. Mais, à côté des iritis et irido-choroïdites confirmées, facilement reconnaissables à l'aspect particulier de l'iris, plus ou moins décoloré, montrant çà et là, au niveau du bord pupillaire, des synéchies en nombre variable, souvent même une soudure complète de celle-ci au cristallin, des troubles du corps vitré avec souvent aussi des dépôts sur la membrane de Descemet bien visibles à l'éclairage oblique, tous symptômes évoluant à froid ou compliqués de phénomènes inflammatoires qui attirent d'autant plus l'attention et facilitent le diagnostic, il est toute une variété d'irido-choroïdites torpides, tout à fait insidieuses et je crois très souvent méconnues, si on ne prend pas soin d'examiner ces sujets au moyen de la lampe à fente avec l'éclairage de Gullstrand. Bien souvent alors on sera tout étonné d'apercevoir avec le microscope cornéen sur la membrane de Descemet de très fins précipités qui avaient passé inaperçus à l'éclairage oblique, signature en quelque sorte de cette irido-choroïdite torpide infectieuse, se traduisant par des troubles du corps vitré peu appréciables et extrêmement ténus, un très léger trouble visuel à peine ressenti par le malade ou rapporté à un vice de rétraction.

Parmi les infections multiples auxquelles peuvent être rapportées ces irido-choroïdites torpides qui seraient, croyons-nous, plus fréquemment rencontrées si elles étaient plus soigneusement recherchées, la tuberculose devrait être plus souvent incriminée qu'on ne le fait et certains éléments permettent d'en soupçonner l'existence,

Ce sont, à côté des autres signes de dénutrition générale ou de stigmates de tuberculose, l'aspect assez particulier des précipités observés sur la membrane de Descemet. De dimensions variables, les uns à peine visibles au microscope, d'autres de la grandeur d'une tête d'épingle ou davantage, ils sont généralement très clairsemés, très peu pigmentés, de coloration blanchâtre ou blanc jaunâtre, assez comparables à de petites taches de bougie. Souvent aussi l'iris apparaît plus épaissi, montrant çà et là dans l'interstice de ces trabécules de fins réseaux de fibrine ; il persiste quelques adhérences du bord pupillaire au cristallin, elles ne présentent pas la coloration brunâtre habituelle des synéchies observées au cours des iritis plastiques d'origine syphilitique, mais montrent également une teinte blanc grisâtre ; étant constituées avant tout par des exsudats fibrinoïdes, elles ont une épaisseur relativement considérable.

En l'absence de toute autre étiologie, il faut songer en pareil cas à la possibilité d'une origine tuberculeuse, et là encore, si l'état général le permet, le vaccin de Vaudremer pourra apporter une réelle amélioration, témoins deux malades de notre service où l'amélioration de l'acuité visuelle et des troubles ciliaires fut remarquable.

Point n'est besoin d'insister ici sur la fréquence des iritis et irido-choroïdites syphilitiques et sur les formes multiples qu'elles peuvent revêtir.

Mais à côté de la syphilis, combien d'intoxications et d'auto-intoxications semblent capables de les déterminer, telles les affections rhumatismales, goutteuses, et surtout la blennorrhagie chronique, trop souvent méconnue. Parmi celles-ci il convient de mentionner cette variété d'iritis plastique, appartenant à peu près en propre au sexe féminin, à marche essentiellement chronique, apparaissant aux approches de la ménopause, évoluant d'une manière tout à fait insidieuse, se développant sans douleurs et sans phénomènes réactionnels et pouvant arriver à l'occlusion complète ou à peu près complète à l'insu du malade. C'est la *quiet iritis* des auteurs anglais, l'iritis tranquille, dite encore et avec raison iritis métritique. Toutes ces manifestations oculaires, si souvent qualifiées de rhumatismales et caractérisées comme les affections de cet ordre, par la fréquence des rechutes, reconnaissant vraisemblablement la même origine, ont une pathogénie identique. Elles sont d'origine toxhémique et parfois il faudra incriminer une infection ou une intoxication gastro-intestinale.

Une de nos malades suivie avec le Dr Pascal, femme jeune et très rhumatisante, présentait de fréquentes poussées d'iritis légères, caractérisées seulement par une sensation de tension du globe oculaire et par des douleurs névralgiques de la région ciliaire, quelquefois par de très légères synéchies postérieures qui cédaient très vite aux instillations de collyre à l'atropine, car la malade, très au courant de son affection et prévenue de la recrudescence de celle-ci par l'apparition de la cycloplégie, recourait aussi-

(1) F. Terrien. — De la kératite interstitielle expérimentale d'origine toxique. (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 3 janvier 1903.)

tôt aux instillations d'un collyre à l'atropine à 1 p. 200 qui faisait disparaître tous ces phénomènes.

Ceux-ci d'ailleurs faisaient défaut lorsque la malade se trouvait dans des climats chauds et surtout secs. Aussi était-elle obligée de vivre dans le Midi, loin de son mari, retenu au Havre par ses occupations.

Enfin si l'iritis et l'irido-choroïdite torpide doivent être bien souvent rapportées chez la femme à des troubles de ménopause, on ne saurait oublier chez l'homme l'importance de la blennorrhagie et celle-ci n'est pas toujours recherchée autant qu'elle le devrait, en présence, chez l'homme, d'irido-choroïdite torpide et de troubles vitréens dont la cause demeure indéterminée.

Le type de l'irido-choroïdite gonococcique est, on le sait, l'iridocyclite fibrineuse aiguë, caractérisée par un trouble très accentué de la chambre antérieure, pouvant même aller jusqu'au précipité lentiforme : toute l'humeur aqueuse se coagule en masse, donnant l'impression d'un cristallin luxé dans la chambre antérieure. Mais à côté de cette forme suraiguë, il est des formes aiguës et subaiguës, et souvent aussi chroniques, caractérisées seulement par une très légère injection périkératique, celle-ci même quelquefois à peine appréciable, et par des troubles du vitré.

C'est alors que les injections de vaccins et la sérothérapie antiblennorrhagique sont particulièrement indiquées.

Dans un cas d'irido-choroïdite subaiguë et vraisemblablement d'origine blennorrhagique, suivie par moi avec le professeur Vinsonneau, d'Angers, et rebelle à tous les traitements, j'ai pu obtenir une amélioration considérable de l'acuité visuelle qui remonta de 1/10 à 1/3 et la disparition définitive des phénomènes réactionnels par trois injections de dix centimètres cubes de sérum antidiphérique répétées à quatre jours d'intervalle.

A propos des irido-cyclites et irido-choroïdites, il n'est pas possible de passer sous silence cette question si intéressante de l'ophtalmie sympathique et sa rareté relative ne doit faire oublier ni sa possibilité ni sa gravité.

On sait combien la pathogénie de l'inflammation du second œil après la blessure du premier demeure obscure. Apparaissant de préférence dans les premiers mois qui suivent la blessure du premier œil, elle peut survenir des années après et il est superflu de rappeler ici que la *douleur à la pression* de l'œil ou la *rougeur de celui-ci* sont les meilleurs signes de présomption d'une ophtalmie sympathique menaçante et commandent l'énucléation de l'œil blessé si la vision de celui-ci est entièrement abolie. Car une fois les phénomènes inflammatoires apparus du côté sain, la thérapeutique la plus rigoureuse se montre impuissante à enrayer l'évolution de l'affection et à prévenir la perte de celui-ci.

L'examen du sang ne donne guère de renseignements.

Il y a assez souvent une hyperleucocytose et ceci s'accorderait avec la théorie anaphylactique de l'ophtalmie sympathique, mise en avant par certains auteurs. Toute blessure du globe oculaire entraînerait aussitôt des altérations de son pigment, provoquant par l'intermédiaire de la circulation générale une hypersensibilité de l'œil congénère permettant l'apparition d'une ophtalmie sympathique à l'occasion de l'irritation ou de l'infection la plus légère. Et ce nous est une raison nouvelle de rechercher dans les modifications de l'état général, telle par exemple la présence d'un foyer tuberculeux en un point de l'économie, d'une infection ou de toute autre intoxication, la relation possible entre celle-ci et l'apparition de l'ophtalmie.

Aussi la thérapeutique, si elle demeure le plus souvent impuissante, ne doit pas cependant demeurer inactive. On a préconisé l'emploi des arsénobenzols. Notons les résultats heureux obtenus récemment par Heckel qui, dans trois observations d'ophtalmie lymphatique, réussit par des injections de larges doses de sérum antidiphtérique répétées six à huit fois tous les trois ou quatre jours, à améliorer dans une proportion considérable l'acuité visuelle de l'œil sympathisé (1). Et ceci s'accorde avec les faits observés par nous dans certaines formes d'irido-choroïdite mentionnées plus haut, traitées avec succès par les injections de sérum antidiphtérique. Il suffira, pour éviter les accidents d'anaphylaxie, de rapprocher suffisamment les injections et de les répéter à 3 ou 4 jours d'intervalle.

(1) Heckel. — *Archiv of Ophthalmology*, 1928, n° 1.

Glaucomes. — Enfin à la question des irido-choroïdites se rattache aussi celle du glaucome, tout au moins celle du glaucome secondaire, que celui-ci soit la conséquence d'une occlusion totale de la pupille avec ses symptômes caractéristiques : iris en tomate, diminution ou effacement de la chambre antérieure et tension oculaire elevée, ou au contraire la conséquence d'une irido-choroïdite séreuse. Souvent même les signes d'iritis ou d'irido-choroïdite seront à peine accusés, il n'y a pas de phénomènes réactionnels appréciables et seule l'hypertension du globe oculaire, avec les symptômes qui en découlent, tiennent la première place et on porte le diagnostic de glaucome primitif. Il s'agit en réalité de glaucomes secondaires à des irido-choroïdites et l'examen au moyen de la lampe à fente et au microscope cornéen, qui permet de déceler de très fins précipités à la face postérieure de la cornée, invisibles par le seul éclairage oblique, permet d'éviter toute erreur. Sans doute, ces cas sont-ils beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense et l'examen systématique de la cornée au moyen de la lampe à fente empêchera toute confusion.

Et à côté de ces glaucomes secondaires, plus fréquents qu'on ne le dit, on ne saurait trop le répéter, il faut retenir aussi dans ses relations avec des causes générales le glaucome primitif. Car si le traitement de celui-ci demeure encore essentiellement chirurgical, il n'est pas défendu d'espérer en prévenir l'apparition à mesure que nous apprendrons à mieux connaître sa pathogénie. Celle-ci a été rapportée au début par Donders à une hypersécrétion par irritation des nerfs ciliaires, véritable névrose sécrétoire. Puis, avec les recherches de Leber sur les voies d'excrétion du globe oculaire et les altérations du segment antérieur constatés dans les glaucomes anciens (effacement de la chambre antérieure, soudure de la racine de l'iris à la face postérieure de la cornée et disparition de l'angle irien), on attribua au défaut d'excrétion résultant de ces lésions le rôle principal dans la pathogénie du glaucome. C'est la théorie de la rétention.

Demeurée longtemps en faveur, elle contient certainement une part de vérité, en particulier pour les glaucomes secondaires, et aussi dans les formes anciennes de glaucome primitif. Mais elle ne peut expliquer l'attaque de glaucome et son apparition brusque, sur un œil jusque-là normal et n'ayant jamais présenté jusque-là le moindre trouble fonctionnel prémonitoire.

Aussi A. Terson, comparant ces troubles à ceux observés dans l'œdème aigu du poumon, incrimina alors un œdème brusque du vitré, déterminé sans doute par des modifications dans le poids spécifique, dans la viscosité ou dans le contenu en albumine protéine de ce tissu, constitué par un réseau de fibrilles d'une finesse extrême limitant des mailles remplies de mucine.

Et sans doute cet œdème, déclanché peut-être par des troubles d'origine sympathique, est-il préparé par des modifications des liquides oculaires qui précèdent l'attaque du glaucome et permettent d'en comprendre la brusque apparition.

N'a-t-on pas démontré chez les glaucomateux auxquels on a fait ingérer de la fluorescéine l'apparition de cette substance dans la chambre antérieure, contrairement à ce qu'on observe à l'état normal, et cela non seulement du côté malade, mais aussi dans l'œil sain en apparence, dont la tension semblait normale et les fonctions intactes.

Il s'agirait donc ici aussi d'une sorte de choc anaphylactique ou colloïdo-clasique analogue à ceux observés après injection de protéines ou d'albumines.

Car aussi bien dans les symptômes observés que dans le mode d'évolution, on retrouve ici aussi les mêmes analogies : même soudaineté, même retentissement profond sur l'économie, caractérisé par des nausées, des vomissements, etc.,

même disproportion entre le faible degré de l'excitation originelle et l'intensité de la réaction produite, telle par exemple l'instillation d'une goutte d'un collyre à la cocaïne ou d'atropine au centième qui, en dilatant légèrement la pupille, va détruire l'équilibre normal de l'œil, au point de déclancher une attaque de glaucome avec son cortège de symptômes d'une intensité extrême et dépassant de beaucoup les limites du globe oculaire.

Peut-être faut-il aller plus loin encore et rechercher le point de départ de ces troubles dans des altérations du fonctionnement des glandes à sécrétion interne. Sans doute a-t-on exagéré leur importance dans la pathogénie du glaucome. Comment cependant ne pas être frappé de l'efficacité de certaines substances comme l'adrénaline, dont l'action sur les systèmes sympathique et parasympathique est manifeste ? N'est-il pas remarquable que tous les moyens médicaux mis en œuvre contre l'attaque du glaucome, reposent sur l'emploi de médicaments vagotoniques, tels les myotiques comme la pilocarpine, l'ésérine, voire même la morphine ?

On ne saurait oublier que le glaucome, les cas de syphilis mis à part, apparaît surtout aux environs de l'âge mûr, plus fréquent encore chez la femme que chez l'homme, au moment où la disparition de certaines sécrétions, avec leur action simultanée ou inhibitrice sur des organes souvent très éloignés, en particulier sur les autres glandes endocrines, pourra provoquer sur celles-ci des réactions exagérées, capables de retentir sur le système sympathique.

Sans doute, faut-il incriminer d'autres facteurs encore, car tous les symptômes du glaucome ne sont pas susceptibles d'une interprétation uniforme, mais ces exemples suffisent à montrer la complexité du problème.

Et combien d'autres affections mériteraient d'être retenues ici, en raison de leurs relations intimes avec des infections ou intoxications, qu'il s'agisse de rétinite, de chorio-rétinite, de troubles de circulation : hémorrhagies rétiniennes par athérome, syphilis, diabète ou lésions rénales ! Le temps ne nous permet pas d'y insister.

Réactions sclérales. — Enfin, à côté des lésions chorio-rétiniennes, l'enveloppe externe du globe oculaire, pour être moins fréquemment intéressée au cours des infections générales, tout au moins dans sa partie sclérale, n'est point épargnée cependant.

Nous n'avons pas à revenir ici sur la fréquence des infiltrations interstitielles de la cornée au cours des différentes infections, en particulier au cours de la syphilis héréditaire tardive, dont la kératite interstitielle constitue une manifestation des plus fréquentes et acquiert, nous l'avons vu, une importance primordiale, tant au point de vue de sa valeur diagnostique générale que de sa valeur pronostique.

Mais de même, les inflammations sclérales (sclérites ou episclérites) reconnaissent toujours une origine infectieuse et si le rhumatisme en est une des causes les plus habituelles la tuberculose mérite aussi d'être retenue, même dans les formes relativement bénignes de sclérites. Il s'agit alors de réactions tuberculeuses atténuées qui sont le plus souvent méconnues, tout au moins au point de vue de leur origine. Sans doute la tuberculose serait-elle beaucoup plus souvent incriminée dans l'étiologie du nombre de sclérites si elle était plus soigneusement recherchée.

Mentionnons enfin, avec les affections de la sclérotique, un syndrome assez particulier, dit syndrome de Van der Hoeve, caractérisé le plus souvent par la triade symptomatique suivante : teinte bleue de la sclérotique, fragilité osseuse et surdité, il nous fournit un nouvel exemple des relations étroites entre certaines affections oculaires et divers troubles de nutrition.

Dans les deux exemples rapportés par nous à la Société d'Ophtalmologie de Paris, représentés ici sur ces photographies en couleur, le syndrome était au complet chez la mère et la fille, âgée de 12 ans 1/2 : sclérotiques très bleues, plusieurs fractures presque spontanées et surdité (1). La grand'mère et l'arrière-grand'mère maternelle avaient également les yeux très bleus.

(1) F. Terrien, Sainton et Veil. — Deux cas de syndrome de Van der Hoeve. (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, février 1927.)

Chez une fillette atteinte de cette affection et dont l'œil fut énucléé à la suite d'un traumatisme, la sclérotique avait à peu près le tiers de l'épaisseur normale et les faisceaux étaient très diminués de nombre.

L'aspect bleu porcelainé des yeux semble donc facilement explicable par l'amincissement de la sclérotique, laissant voir par transparence le pigment choroïdien.

Ce syndrome de Van der Hoeve semble se rattacher à un trouble du métabolisme du calcium, dont l'insuffisance explique l'hypertrophie sclérale, le retard des phénomènes d'ossification et les fractures spontanées, trouble qui serait peut-être sous la dépendance d'un facteur endocrino-sympathique. Car les modifications du réflexe oculo-cardiaque témoignaient chez nos deux sujets d'un état d'hypersympathicotonie.

Ces faits, dans tous les cas, sont intéressants à retenir, car ils comportent des indications aux points de vue pronostique et thérapeutique. La constatation de sclérotiques bleues ne sera donc pas regardée comme un simple hasard de pigmentation, au même titre que les anomalies de couleur de l'iris. Elle devra faire craindre l'apparition de fractures spontanées, la possibilité de surdité ultérieure, et sans doute un traitement judicieux, endocrinien tout d'abord, ou en l'absence d'indication opothérapique formelle, des applications de rayons ultra-violets, dont l'action est manifeste dans les états d'hypocalcémie pourrait-il prévenir l'apparition de ce syndrome ou tout au moins de ses complications osseuses.

Réactions du cristallin. — Si, laissant les enveloppes du globe oculaire, nous envisageons ses milieux transparents et en particulier le cristallin, dont les opacités, avec leurs variétés multiples, résument presque toute la pathologie de cet organe, celles-ci ne méritent pas moins de nous arrêter. Car les relations de ces affections avec la pathologie générale et les différentes infections, encore que mal connues, ne semblent guère douteuses cependant et réclament pour cela toute notre attention.

Il semble bien en effet que les différentes variétés de cataracte puissent être ramenées au point de vue étiologique, à l'une de ces deux origines : *mécanique* ou *physico-chimique*.

La cataracte traumatique, déterminée, on le sait, par la pénétration de l'humeur aqueuse dans la lentille, à la faveur d'une affection de la cristalloïde, constitue le type le plus représentatif du premier groupe. Il faudrait ranger à côté de celles-ci les opacités déterminées par la trop vive lumière, la chaleur excessive, l'électricité, le massage, des inflammations de voisinage, toutes causes traumatisantes entraînant des lésions capsulaires et par là même l'apparition de la cataracte. Ce sont les cataractes déterminées par les rayons ultra-violets ou infra rouges (cataracte des verriers), la cataracte provoquée par la foudre ou par les décharges électriques, par le massage (maturation artificielle de la cataracte, cataractes post-iritiques, glaucomateuses ou cataractes dues au décollement de la rétine.

Il faudrait ranger dans le second groupe les cataractes d'origine infectieuse ou toxique : au premier chef la ou mieux les cataractes diabétiques, presque toujours en relation avec une hyperglycémie d'origine pancréatique ; les cataractes congénitales, en particulier la cataracte zonulaire, souvent associée à la tétanie, quelquefois aussi à la myotonie (1) et dues probablement à des lésions de l'épithélium ciliaire, entraînant des altérations dans la composition chimique de l'humeur aqueuse, bien plus qu'à un spasme du muscle ciliaire. Là encore ces altérations seraient sous la dépendance d'un trouble du métabolisme du calcium, celui-ci se trouvant dans le sang en moindre quantité qu'à l'état normal.

De même les cataractes par ingestion de sels de thallium ou de naphtaline (ces dernières bien étudiées par Panas et

(1) F. Terrien et Prélat. — Cataracte congénitale et télangiectasie généralisée. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 19 octobre 1909.)

Bouchard), où prédominent encore des altérations de l'épithélium ciliaire, les cataractes par insuffisance thyroïdienne et surtout parathyroïdienne et enfin la cataracte sénile elle-même, qu'il n'est peut être pas exagéré de ranger dans ce groupe.

Car la cataracte sénile, dite encore pour cette raison physiologique, n'est pas uniquement la conséquence de l'âge avancé. Quantité de sujets très âgés demeurent indemnes, en effet et d'autres facteurs interviennent, au nombre desquels il faut retenir l'artério-sclérose (elle se retrouve chez la plupart des cataractés), les intoxications surtout, avec leurs causes multiples, et les auto-intoxications sous leurs différentes formes, peut-être d'origine endocrinienne, ces dernières altérations marchent souvent de pair avec l'involution des glandes sexuelles qui accompagne la sénilité.

Quoi qu'il en soit le traitement de la cataracte sous toutes formes, demeure, nous le savons, essentiellement chirurgical ; le traitement médical, en supposant qu'il soit applicable un jour, demeure encore à trouver, le traitement prophylactique conservant bien entendu toute sa valeur et résidant dans la suppression des toxiques et dans une bonne hygiène alimentaire.

Quant au traitement médical proprement dit, une fois les opacités constatées, point n'est besoin de rappeler ici l'usage externe des iodures, employés depuis une une vingtaine d'années, sous forme de bains ou de collyres, les premiers plus recommandables parce que d'une action plus prolongée, à supposer qu'elle soit efficace.

La formule de Dor est la plus généralement employée :

Iodure de sodium desséché........ }	ãã 8 gouttes.
Chlorure de calcium cristallisé..... }	
Eau distillée........................	400 grammes.

Elle nous a semblé capable de retarder quelque peu l'évolution des cataractes au début, mais il est si difficile, en présence de la variabilité de celles-ci, de juger de la valeur du traitement. Avec cela nombre de facteurs : des variations dans l'intensité de l'éclairage, une correction un peu plus parfaite de la réfraction, un clignement des paupières, peuvent influencer momentanément la mesure de l'acuité visuelle et en imposer pour une amélioration.

Moins empiriques, sinon plus efficaces, semblent les essais de vaccinothérapie à la suite des recherches récentes sur les albumines cristalliniennes et sur les réactions anaphylactiques qu'elles peuvent provoquer.

Retenons de ces recherches qu'il serait trop long de rappeler ici, dues à Rômer, à MM. Gourfein Welt, etc., que le sérum de sujets atteints de cataracte sénile semble différer du sérum normal et se montre pathologique.

Guyer et Smith, en effet, remarquent que le tissu cristallinien de lapins et de souris injecté à des poules provoque chez celles-ci la formation d'anticorps. Et le sérum de ces poules, réinjecté à des lapins ou à des souris, est nocif pour le cristallin des jeunes embryons et détermine chez ces derniers une mortalité élevée et chez les quelques rares survivants, des réactions très variables allant de légères opacités jusqu'à la liquéfaction totale de la lentille, conséquence de l'action cytolytique du sérum injecté.

Sans doute, cette réaction due aux cytolysines ou aux précipitines du sérum ne se produit pas chez tous les embryons mais seulement sur quelques-uns, car le placenta, imperméable à ces anticorps ne se laisse traverser qu'à la faveur d'une rupture vasculaire permettant le mélange direct du sang fœtal et maternel.

Et on comprend que ces effets se produisent seulement chez l'embryon, à la faveur du riche réseau vasculaire qui entoure le cristallin embryonnaire. Par contre, il est curieux de constater que ces anomalies cristallinienens une fois constituées, s'accusent davantage encore dans les générations suivantes, et cela comme si l'antigène cristallinien possédait une action cumulative.

De toutes ces recherches il est permis de supposer que les anticorps engendrés par l'injection de substance cristallinienne normale soient capables d'agir sur les protéines de cristallins altérés. Sur cette conception repose les différents essais de sérothérapie dirigés contre la cataracte au début. Mais leur efficacité ne semble guère supérieure à celle des différents moyens empiriques précédemment rappelés : bains iodurés, instillations répétées de dionine, extraits ovariens ou opothérapie endocrinienne, et ces derniers ont tout au moins l'avantage d'être inoffensifs, ce qui n'est peut-être pas aussi certain avec la sérothérapie.

Bien d'autres manifestations resteraient à étudier, mais ces exemples suffisent à montrer l'importance de plus en plus grande pour nous de la pathologie générale et les précieux enseignements que nous pouvons en retirer.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Le mal de Pott de l'adulte,

Par Ch. CLAVELIN,

Médecin-major de 1re classe,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

III. Evolution : Pronostic. Traitement.

Evolution : Pronostic.

Un certain nombre des symptômes du mal de Pott peuvent, par leur évolution même, devenir de véritables complications aggravant le pronostic.

Si chez l'adulte les déviations rachidiennes du mal de Pott dorsal haut n'atteignent jamais les proportions qui, chez l'enfant, peuvent provoquer des déformations thoraciques gênant le fonctionnement des appareils respiratoire et circulatoire, les abcès ossifluents et les lésions nerveuses pourront présenter des complications redoutables.

En plus de ces aggravations, en quelque sorte locales, des localisations tuberculeuses multiples frappant parfois le rachis lui-même, plus souvent d'autres articulations ou d'autres appareils, viendront aggraver l'évolution et assombrir le pronostic vital.

Ce sont donc ces diverses complications : abcès, paraplégie, maux de Pott doubles, localisations multiples qui nous arrêteront, nous permettant d'aborder ensuite l'étude du pronostic.

L'abcès ossifluent. — Tout en étant un symptôme du mal de Pott, l'abcès ossifluent, de par son évolution, est pratiquement une complication, demandant à être surveillée de près et traitée rigoureusement.

Son volume peut dans certaines localisations amener une véritable gêne : gêne de la déglutition par abcès rétro-pharyngien ; psoïtis accentué dû à un abcès dans la gaine du psoas.

Mais la complication la plus redoutable de l'abcès est son ouverture à l'extérieur, la fistulisation : et ce n'est pas la fistulisation en elle-même qui aggrave le pronostic, mais l'infection secondaire qui peut s'y ajouter.

On ne tarde pas alors à voir la suppuration augmenter, parfois changer d'aspect : de véritables placards phlegmoneux peuvent se développer dans les parties molles voisines de la fistule, et même en l'absence de ces complications locales, l'état général du malade s'aggrave, la température monte et tend vers le type à grandes oscillations, le pouls a une tendance à s'accélérer, et plus ou moins rapidement apparaît la cachexie avec l'œdème des membres inférieurs qui précède de peu la mort.

Pour donner quelques chiffres indiquant la gravité de

ces complications, signalons que sur quatorze décès observés chez les pottiques du service six ont été causés par des abcès fistulisés et infectés secondairement.

La paraplégie : complications nerveuses. — Dans les chapitres précédents nous avons vu que les paraplégies s'observaient surtout dans les maux de Pott dorsaux. C'est ainsi que les 11 paraplégies observées l'ont été :

1 dans un mal de Pott cervical ;
8 dans des maux de Pott dorsaux ;
1 dans un cas de mal de Pott dorso-lombaire ;
1 dans un cas de mal de Pott lombaire.

Nous pouvons distinguer dans ces complications nerveuses les compressions médullaires et les compressions radiculaires.

Les compressions médullaires, de beaucoup les plus fréquentes, provoquent des paraplégies spasmodiques en extension dans les deux tiers des cas, en flexion dans un tiers. A ces troubles moteurs s'ajoutent des troubles sensitifs plus ou moins marqués, des troubles sphinctériens parfois peu accusés et des troubles trophiques, escarres sacrées en particulier.

Les compressions radiculaires sont infiniment plus rares et nous n'avons observé que deux cas : un type cervico-brachial, paralysie du plexus brachial, type supérieur, par abcès fusant dans le creux sus-claviculaire qui s'est ultérieurement compliqué de compression médullaire ; un du type lombo-sacré qui avait commencé par présenter une parésie du crural à laquelle succéda une paraplégie flasque complète avec anesthésie en selle, rétention d'urine et des matières, escarres étendues.

L'étude des troubles nerveux nous avait montré qu'il existait pratiquement trois sortes de paraplégies, par œdème, par abcès, par pachyméningite.

Cette différenciation a sa répercussion au point de vue pronostic : les paraplégies par œdème et par abcès, paraplégies précoces, sont des paraplégies qui guérissent. Tous les cas de paraplégie par compression médullaire observés dans le service appartiennent à cette catégorie et sur les neuf cas observés, nous avons eu deux décès, dont un chez un tuberculeux multiple, décès survenu d'ailleurs après amélioration de la paraplégie, l'autre chez un malade qui avait présenté une paraplégie flasque avec escarre sacrée très étendue, qui au bout de sept mois s'était transformée en paraplégie spasmodique en flexion.

Les paraplégies spasmodiques en flexion nous ont paru toujours d'un pronostic plus sévère (deux décès sur trois cas), que les paraplégies spasmodiques en extension dont l'évolution vers la guérison s'est faite dans des délais variant de sept mois à dix-huit mois.

Quant aux paralysies ou paraplégies par compression radiculaire elles ont une allure particulièrement sévère et rapide et les deux cas que nous avons observés ont eu une issue fatale.

Si, pour terminer ce paragraphe, nous voulions montrer par des chiffres la gravité des complications nerveuses, nous pourrions donner la statistique suivante : sur onze cas de paraplégie, il a été observé quatre décès se décomposant en deux décès chez les deux cas de compression radiculaire : deux décès sur les neuf cas de compression médullaire, ce qui nous fait un pourcentage global de 66 % de guérisons.

Ce chiffre nous paraît d'autant plus favorable que dans cinq cas le traitement n'a pu être institué qu'après l'établissement de la paraplégie puisque ce fut le premier symptôme de mal de Pott.

Les maux de Pott doubles. — Dans trois cas nous avons vu le mal de Pott se compliquer d'une autre localisation rachidienne à distance de la première.

Deux fois sur une localisation lombaire basse nous avons vu se greffer une localisation sous-occipitale : une autre fois la localisation étant sous-occipitale, la seconde fut lombaire haute.

En général, ce sera l'apparition d'un abcès ossifluent, d'une raideur nouvelle à distance du premier foyer connu qui attirera l'attention sur la nouvelle localisation, dont un examen radiographique confirmera l'existence.

Il est inutile d'insister sur le pronostic presque fatal de ces localisations multiples, signalons cependant que nous avons dernièrement vu en surexpertise un malade qui présentait des séquelles d'un mal de Pott double (lombaire bas et dorsal moyen) et était parfaitement consolidé.

Les localisations multiples. — De par leur fréquence chez l'adulte, ces localisations multiples vont venir aggraver le pronostic vital.

Les lésions pulmonaires ouvertes ne sont pas rares : d'autres fois on se trouve en présence de lésions plus discrètes, soit pleurales, soit pulmonaires ; nous avons contrôlé ces associations pleuro-pulmonaires dans un cinquième des cas environ.

Les autres associations sont également fréquentes : coxalgie, tumeur blanche d'une articulation, ostéite, péritonite, orchi-épididymite, gommes cutanées, s'observent chez nos pottiques.

Au total dans près de 35 % des cas, nous avons eu à traiter des tuberculeux multiples.

Si certains s'en tiennent à deux localisations, d'autres en font un nombre considérable et nous avons observé quelques malheureux qui avaient présenté sept ou huit lésions tuberculeuses, gommes cutanées, spina ventosa, ostéites, pleurésie séro-fibrineuse, orchi-épididymite, avant de déceler un mal de Pott.

Le pronostic vital est évidemment très grave chez ces malades et 50 % des décès observés dans le service le sont chez ces tuberculeux multiples.

Evolution favorable. — Certains maux de Pott évoluent sans complications, pas d'abcès, pas de troubles nerveux, l'état général remonte dès que le traitement est institué et l'évolution se fait normalement vers la cicatrisation.

La question capitale est de savoir au bout de combien de mois le malade pourra être considéré comme consolidé et autorisé à se lever.

Dans les premiers articles, nous avons envisagé les signes sur lesquels il était possible de s'appuyer pour parler de consolidation, nous nous nous contenterons ici d'appliquer ces notions au mal de Pott.

Le temps exigé pour le début de cicatrisations est toujours très long ; dans les cas les plus favorables nous comptons un minimum d'immobilisation de deux ans dans le service, ce qui en réalité fait une durée de trois ans de traitement en comptant l'hospitalisation antérieure et la surveillance au début du lever. Et nous insistons encore sur ce fait que nous ne parlons maintenant que des cas favorables.

Les signes cliniques. — La disparition de la contracture généralisée à l'ensemble du rachis, la raideur limitée aux vertèbres atteintes, seront des signes d'évolution favorable. Dans les cas heureux, on pourra même cons-

tater l'existence d'une véritable ankylose osseuse au niveau du foyer.

La radiographie permettra de suivre l'évolution des lésions, et de voir la sclérose se faire, une ankylose osseuse, ou au contraire une pseudarthrose fibreuse, s'établir.

Quant au laboratoire, nous avons déjà signalé les résultats qu'on pouvait en attendre.

Mais les complications qui ont pu survenir vont allonger, parfois considérablement, la durée du traitement.

Les abcès demandent souvent des ponctions répétées avant de disparaître : les fistules, même non infectées, seront souvent longues à sécher et il faudra naturellement maintenir l'immobilisation pendant tout ce temps et attendre au moins 6 mois après la dernière ponction ou l'assèchement de la fistule avant d'autoriser le malade à se lever, à condition encore que tous les autres symptômes soient favorables.

Les paraplégies prolongeront encore plus la durée du traitement ; et il faudra attendre, souvent de longs mois que tous les signes de compression aient disparu avant de permettre au malade de se lever. Aussi n'est-il pas surprenant de voir s'élever jusqu'à 4 ans, 5 ans, la durée de certaines paraplégies.

Signalons à ce sujet que les ombres des abcès en fuseau ou en nid de pigeon persistent des années après la disparition des troubles nerveux et la consolidation de la lésion osseuse.

Il ne s'agit ici que des paraplégies curables dans la majorité des cas. Quant aux paraplégies tardives par pachyméningite, elles sont d'une évolution encore plus longue et plus décevante : s'installant insidieusement, lentement, paraissant longtemps être bénignes, ces paraplégies tardives semblent devoir rester plus ou moins définitives.

Le pronostic fonctionnel. — Prenant un pottique arrivé au terme de son évolution, n'ayant plus d'abcès, plus de troubles nerveux, chez lequel tous les signes concordent pour annoncer la cicatrisation, voyons maintenant quel sera le pronostic fonctionnel,

Il dépendra essentiellement de la consolidation osseuse qui a pu se faire au niveau de la lésion rachidienne.

Sommes-nous en présence de corps vertébraux régulièrement détruits qui se mettent en contact par des surfaces larges, régulières, exemptes de cavernes ? Une ankylose osseuse, vraie et solide pourra s'établir, la région malade complètement bloquée par cette ankylose ne sera soumise à aucun mouvement, et le malade aura le minimum de risques de réveils infectieux. Le pronostic fonctionnel, compte tenu de la légère déformation et de l'ankylose localisée, sera aussi bon que possible.

Si au contraire, et le cas est très fréquent chez l'adulte, les destructions sont localisées, si des cavernes existent dans les corps vertébraux, les surfaces osseuses se mettent mal en contact ; trop irrégulières, creusées de géodes contenant des séquestres, elles ne feront pas de consolidation osseuse et il s'établira une pseudarthrose fibreuse plus ou moins serrée.

Les mouvements petits mais répétés qui se passent au niveau de cette pseudarthrose peuvent provoquer des réveils infectieux et le pronostic fonctionnel sera ainsi assez souvent assombri par les douleurs, les rechutes que pourra présenter le malade. Aussi la thérapeutique cherchera-t-elle à compenser cette mobilité conservée du segment atteint.

Pronostic vital. — En passant en revue les complications, nous avons constaté que la gravité du mal de Pott de l'adulte venait surtout des lésions tuberculeuses associées.

C'est une preuve de plus de cette notion que la tuberculose chirurgicale est une maladie générale se traduisant parfois par une lésion unique, trop souvent par des atteintes multiples.

Si contre cette septicémie tuberculeuse nous sommes actuellement encore trop désarmés nous devrons chercher, par notre thérapeutique, à limiter les autres causes de gravité et en empêchant l'infection secondaire des abcès fistulisés, en surveillant attentivement les soins des paraplégiques, il sera possible de diminuer la mortalité due à ces complications.

Traitement.

Traitement général. — Du traitement général, évidemment indispensable dans une lésion aussi grave que le mal de Pott, nous ne dirons rien, cette question ayant été traitée dans le chapitre des généralités.

Nous nous contenterons d'insister sur son importance et sur la nécessité absolue de l'ajouter au traitement local. *L'un et l'autre se complètent mutuellement et doivent obligatoirement être associés.*

Traitement local. — Il devra naturellement s'appliquer aux trois éléments de la triade, lésion osseuse, abcès, troubles nerveux.

Traitement de la lésion osseuse. — Nous n'avons aucune action sur la lésion tuberculeuse, l'évolution se faisant suivant un cycle toujours le même. Mais sur l'ulcération compressive nous pourrons agir, ce qui nous permettra dans une certaine mesure de limiter les destructions. En un mot, nous chercherons à réaliser la phrase de Ménard et à conduire la tuberculose faute de pouvoir l'arrêter.

Pour cela l'immobilisation en décubitus dorsal sera le seul traitement. Le traitement ambulatoire, le malade étant muni d'un corset plâtré ou orthopédique est à rejeter formellement ; l'immobilisation ainsi réalisée est absolument insuffisante ; le corset n'est qu'un trompe-l'œil qui donne une fausse sécurité et expose aux complications.

Le traitement de la lésion osseuse sera donc le *décubitus absolu et rigoureux.* Dans certaines lésions hautes et sous-occipitales, il sera cependant indispensable de placer un corset plâtré, qui sera, à ce niveau, la seule façon d'immobiliser des régions aussi mobiles et de soustraire le malade aux dangers du glissement en avant dans les maux de Pott sous-occipitaux. Ce sera la minerve classique pour les Pott cervicaux hauts et sous-occipitaux, le corset habituel avec col pour les maux de Pott cervico-dorsaux.

Pour toutes les autres lésions du rachis, le corset plâtré est inutile. Nous dirions même volontiers qu'il est plus nuisible qu'utile car donnant aux malades une fausse sécurité, il les incitera à ne pas observer dans toute sa rigueur indispensable le décubitus qui leur est prescrit. Le décubitus sera réalisé sur un cadre de Berck si possible ; à défaut une planche sera glissée entre le sommier et le matelas qu'il faudra choisir pas trop épais et assez dur.

Il sera bon parfois au niveau de la région dorso-lombaire et lombaire de glisser sous le matelas au niveau



de la lésion une cale de bois qui aura pour but, en provoquant un certain degré de lordose, de favoriser la production des courbures de compensation.

Il sera indispensable de compléter, dès que le malade pourra se tourner aisément, le décubitus dorsal par le décubitus ventral maintenu plusieurs heures dons la journée. Le malade couché à plat ventre, soulevé sur les coudes, fera ainsi de l'hyperextension du rachis favorisant les courbures de compensation et aura la possibilité de faire de l'héliothérapie ou des rayons ultra-violets sur tout le dos.

Nous résumerons donc le traitement de la lésion osseuse de la façon suivante : décubitus dorsal et ventral, complété dans les lésions hautes par un corset plâtré ; maintenu d'une façon absolue et rigoureuse pendant tout le temps nécessaire à l'évolution de la lésion. Seule l'apparition des signes de sclérose, de la cicatrisation du foyer indiquera que le moment est venu de faire cesser cette immobilisation.

Sa durée sera donc très longue car les signes de sclérose n'apparaissent guère avant la fin de la troisième année d'évolution ; pratiquement ce n'est guère qu'après deux ans de traitement dans le service, ce qui en réalité représente le plus souvent au moins trois ans d'évolution, que les symptômes de sclérose du foyer apparaissent et que nous pouvons parler de début de consolidation.

Celle-ci obtenue, tous les signes concordant en ce sens, on autorisera le malade à se lever. Ce sera le moment de lui placer un corset plâtré qui, empêchant les mouvements trop brusques de son rachis, évitera dans une certaine mesure des tiraillements, des douleurs au niveau de l'ancien foyer.

Ce corset porté quelques semaines pendant lesquelles le malade reprendra progressivement l'habitude de la marche, sera ultérieurement remplacé par un corset orthopédique en celluloïd ou en cuir armé, toujours dans le but d'éviter au rachis cicatrisé des mouvements trop brusques.

Et si nous nous souvenons de la consolidation osseuse rare, de la pseudarthrose fréquente au niveau du foyer pottique, nous voyons toute l'importance d'éviter à cet ancien foyer tout traumatisme, qui, si minime qu'il soit, risquerait par ses répétitions de provoquer un réveil infectieux.

Le but du corset orthopédique sera d'éviter ces mouvements, de limiter les chances de réveils infectieux ; et il sera indispensable pour donner aux malades le maximum de sécurité de leur faire porter ce corset pendant des années nous dirions volontiers pendant toute la vie.

Traitement de l'abcès. — Ce sera le traitement habituel de tous les abcès ossifluents, que nous avons résumé dans le chapitre des généralités.

Par des ponctions faites en bonne place, on s'efforcera d'éviter la fistulisation. La simple ponction évacuatrice suffit ou nous ne la faisons jamais suivre d'injections modificatrices.

Les ponctions seront répétées aussi souvent qu'il sera nécessaire et la quantité de pus ramené à chaque ponction variera suivant les abcès, pouvant dans certains cas atteindre un volume considérable, un litre, un litre et demi.

Si malgré les ponctions faites en bonne place la fistulisation s'établit, et cette éventualité arrivera fatalement avec certains abcès à pus épais, grumeleux, s'écoulant difficilement par le trocart, il ne faudra pas désespérer.

Une fistule qui ne s'infecte pas secondairement cicatrise lorsque l'évolution de la lésion se fait favorablement. Il y aura donc lieu de pratiquer des pansements aseptiques, de lutter par tous les moyens contre les risques d'infection secondaire.

On aura très souvent la satisfaction de voir la suppuration diminuer, se tarir et la cicatrisation se faire. Nous avons observé cette évolution favorable dans plus des deux tiers des fistules que nous avons traitées.

Par contre l'infection secondaire sera d'un traitement beaucoup plus aléatoire : nous avons cherché à la traiter par des auto-vaccins qui nous ont donné des rémissions passagères mais ne nous ont jamais permis d'arriver à la cicatrisation. Les autres procédés que nous avons cherché à utiliser se sont montrés aussi inopérants et nous considérons que l'infection secondaire d'une fistule est la plus grave complication qui puisse frapper un pottique et qu'elle est d'un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance.

Traitement des complications nerveuses. — La thérapeutique des douleurs est réalisée par l'immobilisation qui les fait rapidement céder.

Le traitement des paraplégies nous arrêtera plus longuement.

Des méthodes chirurgicales ont été proposées depuis longtemps. C'est ainsi que la laminectomie avait été proposée par Chipault, la costo-tranversectomie par Ménard, mais les résultats ont été si peu satisfaisants que ces méthodes ont été abandonnées.

Plus récemment, Fraser a proposé la laminotomie double, mais les résultats de cette opération ne sont pas encore assez probants.

A côté de ces méthodes chirurgicales d'autres procédés ont été préconisés : Calvé a cherché à ponctionner l'abcès intra-rachidien en introduisant par le trou de conjugaison un trocart courbé jusqu'en avant de la moelle.

Sorrel a cherché à aller ponctionner l'abcès paravertébral en introduisant un trocart entre deux côtes.

Pratiquement, ces procédés n'ont pas toujours donné les résultats espérés ce qui n'est pas très surprenant si l'on tient compte des fongosités qui peuvent remplir plus ou moins la poche de l'abcès et des causes variées des paraplégies qui ne sont pas provoquées seulement par un abcès, et le traitement chirurgical quel qu'il soit sera inopérant contre les altérations médullaires par pachyméningite, et c'est aux seules paraplégies par abcès qu'il devrait s'adresser.

Or nous avons vu que le pronostic des paraplégies par abcès était loin d'être aussi mauvais que l'on pourrait le croire. Et nous arrivons à cette conclusion que le traitement de la paraplégie pottique sera l'immobilisation rigoureuse en décubitus dorsal, non seulement jusqu'à disparition totale de la paraplégie ; mais maintenu jusqu'à ce que la consolidation osseuse soit obtenue.

Les complications de la paraplégie seront traitées pendant ce temps. On cherchera à lutter contre la flexion par des tractions continues placées de façon à ne pas provoquer d'escarres : des cerceaux évitereront l'équinisme provoqué par le poids des couvertures et des tractions élastiques légères le combattront, souvent avec difficulté, la moindre tentative de redressement pouvant provoquer de la trépidation épileptoïde.

Les troubles sphinctériens devront être traités minutieusement : s'il y a rétention complète d'urine, les sondages répétés exposeront à l'infection urinaire : s'il y a incontinence par regorgement, on évitera les souillures

en plaçant un urinal à demeure et dans certains cas on verra s'établir un véritable automatisme vésical.

La constipation est souvent opiniâtre, résiste à toutes les médications et peut même, parfois, rendre nécessaire l'extraction manuelle des matières.

Les escarres seront régulièrement pansées en ayant soin de changer fréquemment les antiseptiques employés et en les exposant au soleil ou aux ultra-violets lorsque la chose sera possible. Ce simple traitement, fait surtout de soins minutieux, donnera des résultats satisfaisants dont nous avons parlé à l'étude dn pronostic; ils achèvent d'écarter les tentatives de traitement chirurgical dont les résultats sont moins bons, tout en exposant le malade à de plus grands dangers.

En somme, le traitement local classique, orthopédique du mal de Pott se résume en une immobilisation rigoureuse en décubitus, avec ponction des abcès ossifluents, et s'il y a lieu soins aux paraplégiques.

Si les résultats de cette thérapeutiques sont favorables, il n'en est pas moins vrai que son défaut réside dans la longueur du traitement. Or chez l'adulte une immobilisation qui se compte par années n'est pas sans inconvénients au point de vue social, aussi a-t-on cherché à remplacer le traitement orthopédique par une thérapeutique plus active, thérapeutique chirurgicale dont un autre but sera de pallier au défaut d'ankylose osseuse qui expose si fréquemment l'adulte à des rechutes.

Traitement chirurgical du mal de Pott. — Nous n'entrerons pas dans les détails de la technique des diverses interventions proposées, méthode de Hibbs, méthode d'Albee, méthode d'Albee avec greffon ostéo-périosté au lteu de greffon rigide, toutes ont le même but, la formaiion d'un bloc osseux vertébral postérieur qui remplacera les corps vertébraux déficients et immobilisera rigoureusement le foyer pottique.

Tel est le véritable rôle de ce que l'on a appelé l'ostéosynthèse vertébrale et nous ne croyons pas que la greffe ainsi pratiquée agisse sur le processus tuberculeux lui-même.

La question qui se pose, et qui a suscité de nombreuses discussions dans les Congrès et Sociétés savantes, est de savoir si cette greffe doit être pratiquée précocement, se substituant ainsi au traitement orthopédique classique, ou si elle doit être réservée à la période de cicatrisation, jouant alors le rôle d'un véritable verrou de sûreté qui, bloquant rigoureusement le rachis, permettra au malade de se lever sans corset orthopédique et sans risque de réveils de son affection.

Un fait est incontestable, c'est que la greffe n'influe en rien sur l'évolution de la lésion tuberculeuse et nous avons vu des malades qui malgré la greffe avaient fait abcès ou paraplégie.

D'un autre côté, si bénigne que soit cette intervention, il n'est pas sans danger de la pratiquer chez des malades dont l'état général laisse à désirer.

Pour toutes ces raisons, nous nous rangeons à l'avis exprimé entre autres par Sorrel ; l'ostéosynthèse vertébrale est une intervention à faire au cours de la seconde année d'évolution en moyenne, après disparition des abcès, fistules, paraplégies, si ces complications ont existé. Une exception pourra cependant être faite pour les potts sous-occipitaux dont la difficulté d'immobilisation par les procédés ordinaires pourra indiquer une intervention précoce.

Les *indications* de l'opération d'Albee seront les cas où l'ankylose osseuse ne se fait pas.

Une bonne soudure des corps vertébraux rend inutile l'ostéosynthèse, et pour rares que soit ces cas chez l'adulte, ils existent cependant.

Les *contre-indications* tiendront à l'état local et à l'état général. C'est ainsi qu'il sera contre-indiqué d'intervenir chez un multiple présentant d'autres localisations osseuses ou viscérales aggravant l'état général et empêchant le lever.

Localement certaines gibbosités très accentuées à la région dorsale recouvertes par une peau de mauvaise qualité contre-indiqueront égaleront l'intervention : il en sera de même, à notre avis, pour la présence d'anciens abcès lombaires, fistulisés ou non, que l'on rencontre fréquemment chez l'adulte.

Il s'en faut donc que l'ostéosynthèse vertébrale soit indiquée systématiquement, et Sorrel chez ses malades n'a estimé l'intervention utile que dans un tiers des cas.

En résumé nous dirons que le traitement chirurgical du mal de Pott peut être indiqué à la période de cicatrisation pour remplacer une ankylose osseuse absente au niveau du foyer. Appliqué alors comme verrou de sûreté, après discussion attentive de ses indications, il donnera des résultats excellents dont le principal sera de permettre au malade de ne pas porter de corset orthopédique, et d'avoir le maximum de chance d'éviter les récidives.

Résultats. — Les résultats que nous avons obtenus dans le traitement du mal de Pott par la thérapeutique orthopédique classique, associée naturellement au traitement général, sont les suivants (1).

En comptant les décès survenus hors du service chez des malades qui avaient demandé à rentrer chez eux avant guérison, ou avant un décès fatal, en laissant une marge de 5 % pour les malades sortis qui n'ont pas donné de leurs nouvelles, nous avons eu à l'hôpital Percy 16 à 18 % de décès et environ 75 % de consolidations ou améliorations notables.

Il est bon d'insister sur le fait que par sa situation en plaine, le service est ouvert à tous les malades graves qui présentent une contre-indication à la mer ou à la montagne.

Ces chiffres nous paraissent sensiblement comparables à ceux qui sont obtenus dans les stations maritimes ou d'altitude et nous tenons à insister encore sur ce fait, qui au point de vue social n'est pas sans importance, qu'un mal de Pott guérira aussi bien en plaine qu'à la mer ou à la montagne, si diagnostiqué de bonne heure il est traité suivant les règles décrites précédemment, en associant le traitement général au grand air au traitement local rigoureusement conduit.

(1) Ch. Clavelin. — Le traitement des tuberculoses chirurgicales dans le climat parisien. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1927.)

Hygiène de maman et de bébé. Deuxième édition entièrement refondue, par le docteur Léon Pouliot. Un vol. relié toile, de 340 pages, avec 44 figures dans le texte ; 18 fr. Librairie Valois, 7, place du Panthéon.

Dans l'édition nouvelle, l'auteur fait bénéficier ses futures lectrices des remarques souvent très judicieuses que lui ont faites ses clientes, et des acquisitions de la pratique médicale notamment dans le domaine de l'allaitement.

Rappelons brièvement les caractéristiques de ce précis. Son but est d'initier les jeunes femmes à leur rôle de mère de famille, de leur apprendre ce qu'elles ignorent de cette mystérieuse fonction et de leur faciliter cette tâche dans ses détails les plus minutieux et les plus humbles.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES RADIATIONS

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

(*Professeur* : M. LOEPER)

La technique des applications et les indications thérapeutiques des rayons ultra-violets et infra-rouges

Par le Dr LOBLIGEOIS,

Electro-Radiologiste de l'Hôpital Bretonneau.

Physique. — Les rayons ultra violets sont ceux qui se trouvent au-delà du violet dans le spectre solaire décomposé par un prisme. Découverts par Wolaston en 1801, ils ont une gamme de grande étendue, de 1.800 angstroms à 4.000 A. Les rayons ultra-violets du spectre solaire ne descendent pas au-dessous de 3.000 A. Nos sources artificielles descendent jusqu'aux environs de 1.800 A., mais les radiations utilisées ne descendent guère qu'à 2.400 A. Ces vibrations invisibles produisent de nombreuses réactions chimiques.

Appareils. — Les sources utilisées en actinothérapie artificielle sont de deux espèces principales : ce sont d'abord l'arc voltaïque, c'est-à-dire l'arc se produisant entre deux électrodes sous le passage d'un courant électrique intense ; puis les lampes à vapeur de mercure.

Pour l'arc voltaïque, les électrodes peuvent être constituées par deux charbons de cornue ou par des tiges métalliques. En actinothérapie, on utilise de préférence actuellement les électrodes mixtes, c'est-à-dire en charbons auxquels on a incorporé des substances métalliques diverses.

Avec les lampes à arc, on peut faire soit des applications locales, par exemple avec l'appareil de Finsen ou avec la lampe de Bénard (modèle de cabinet), soit des applications générales avec les quatre arcs en série sur bâtis de bois qui constituent l'appareil de Belot, soit par deux arcs, comme dans le modèle de Saidman-Bénard.

La lampe à vapeur de mercure est constituée essentiellement par un brûleur en quartz : celui-ci est un tube, fermé aux deux extrémités, dans lequel le vide a été assez poussé. Un court-circuit (par balancement du brûleur) entre deux électrodes constituées par du mercure provoque la volatilisation d'une partie de ce métal, et la colonne de vapeurs de mercure rendue incandescente par sa température élevée émet un rayonnement riche en rayons de courte longueur d'ondes. Le brûleur doit être en quartz pur, car tout tube en verre absorberait les rayons ultra-violets et rendrait par conséquent inutilisable la lampe pour les applications thérapeutiques.

La lampe comporte encore un rhéostat, un réflecteur, le tout sur un statif approprié. Le plus ancien modèle est celui de Kromayer à circulation d'eau et compresseur, utilisé maintenant seulement pour le lupus.

Il arrive d'ailleurs à la longue que le quartz devienne moins transparent, arrête une partie des rayons ultraviolets et diminue ainsi la puissance de la lampe. C'est ce qu'on appelle le vieillissement du brûleur. Celui-ci peut d'ailleurs être régénéré par le constructeur.

Il existe différents modèles de lampes à vapeur de mercure, suivant que celles-ci sont destinées à fonctionner sur le courant alternatif ou sur le courant continu.

Les radiations fournies par ces lampes ont été divisées assez artificiellement en ultra-violettes ordinaires (de 4.000 A à 3.000 A), moyennes (3.000 à 2.225 A) et ultra violettes extrêmes (au-dessous de 2.225 A.)

Les radiations ultra-violettes provoquent sur la peau des actions inflammatoire, révulsive, caustique même.

L'action sur le sang se traduit par l'augmentation des globules rouges en cas d'anémie et l'augmentation du taux de l'hémoglobine, si celui-ci était abaissé.

Mais les radiations ont de plus une action sur les organes profonds, notamment sur les glandes à sécrétion interne, par l'intermédiaire du sympathique, probablement.

Quand on expose la peau aux rayons ultra-violets pendant un temps donné que nous verrons ultérieurement, il se produit un érythème actinique ; mais alors qu'il faut des applications longues d'une heure ou de deux heures par exemple par exposition au soleil, en actinologie artificielle quelques minutes suffisent à produire un érythème violent.

Cet érythème paraît six à douze heures après l'exposition. Il peut présenter, suivant l'intensité et la durée de l'exposition et la sensibilité du sujet, une série de degrés allant de la teinte rose et discrète jusqu'à la rougeur écarlate. Histologiquement, les expériences ont montré qu'il y avait grosse dilatation de la peau.

Cet érythème est-il utile ou nuisible ? Ici, les auteurs ne sont pas tous d'accord. Les uns le considèrent comme un incident, pour ne pas dire plus, et cherchent à l'éviter. D'autres au contraire le déclarent plutôt bienfaisant.

Cela peut être aussi une question d'affection, l'érythème étant favorable et même nécessaire en thérapeutique dans quelques maladies, et fâcheux dans d'autres. Nous y reviendrons aux indications thérapeutiques.

Il y a d'ailleurs une accoutumance de la peau telle qu'après quelques séances cet érythème ne peut plus être provoqué que par des doses très fortes.

A l'érythème actinique, fait suite la pigmentation (de cause mal élucidée), qui peut présenter les teintes les plus variées.

Cette pigmentation est-elle nuisible ou utile ? Ici encore, c'est matière à discussion. Pour certains auteurs, elle formerait un écran de protection et de défense de l'organisme contre les radiations et empêcherait par conséquent toute action de celles-ci : Pour d'autres auteurs au contraire, elle serait plutôt favorable et il faudrait se féliciter de sa production.

On va même plus loin, puisqu'on considère que le pigment ainsi déposé dans les couches profondes de la peau, quand il vient à se résorber, par un mécanisme d'ailleurs inconnu, a une action très favorable. On a dit que le pigment était un véritable accumulateur d'énergie, donnant ainsi de bons résulats par sa résorption après la cessation du traitement.

Quoi qu'il en soit, cette pigmentation plus ou moins importante s'oppose certainement à la production d'érythème, même quand on cherche celui-ci, d'où l'on conclut qu'à ce moment l'organisme a atteint une certaine accoutumance aux radiations : dès lors, il y a lieu de suspendre un traitement qui, prolongé, ne procurerait aucun bénéfice nouveau au patient.

Avec les doses habituelles, l'accoutumance est obtenue d'ordinaire avec douze à dix-huit séances tri-hebdomadaires.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que d'organismes normaux, mais il est un certain nombre de substances qui sont sensibilisatrices pour la lumière, et partant aussi pour les rayons ultra-violets.

Un exemple fera comprendre ce que je veux dire.

Pour distinguer l'escourgeon (orge à bestiaux) de l'orge à brasser, l'administration allemande avait ordonné de colorer la première à l'éosine. Auparavant, des expériences avaient été faites par l'office sanitaire impérial pour éprouver l'innocuité de ce mode de teinture. Ces recherches ne portèrent que sur des chevaux gardés à l'écurie. Ceux-ci supportèrent sans inconvénient la nourriture colorée à l'éosine : mais quand ils furent sortis de l'écurie, ils furent tous gravement malades. Ceux

qui étaient restés à l'écurie continuèrent à se bien porter. Il ne s'agissait donc point d'un empoisonnement par l'éosine, mais d'accident dû à la lumière après l'injection de cette substance.

Ces substances sensibilisatrices, on a tenté de les utiliser en thérapeutique humaine. C'est ainsi qu'on a employé la tripaflavine dans le traitement de certaines maladies infectieuses, et Jausion a traité avec des résultats encourageants des peladiques par les radiations après injection intra-veineuse d'une solution de jaune d'acridine. On a aussi utilisé l'injection intra-veineuse de gonacrine.

Technique. — Les radiations ultra-violettes sont extrêmement peu pénétrantes et ne traversent pas au-delà de la couche cornée de la peau. Elles sont arrêtées par tout corps interposé entre la lampe et la peau. Il s'ensuit que toutes les applications devront être faites sur la peau nue.

Sauf dans certains cas, que nous verrons ultérieurement, les irradiations avec la lampe à vapeur de mercure seront toujours générales. Elles devront être de durée progressive. On opérera sur le corps entièrement déshabillé, de préférence couché.

L'irradiation sera divisée en deux temps : la moitié sur la face antérieure du corps, l'autre moitié sur la face postérieure du corps.

Les yeux du malade seront protégés ; les rayons ultra-violets peuvent en effet provoquer de la conjonctivite. Le cristallin les arrêtant, il ne peut d'ailleurs pas y avoir de rétinite. On aurait signalé quelques cas de cataracte tardive.

La protection des yeux sera assurée par le port de lunettes foncées opaques aux rayons ultra-violets (verres Fieuzal), ou par un écran interposé entre la lampe et le visage.

La dose appliquée à chaque séance peut varier avec la durée, la distance et la puissance de l'appareil.

Les doses seront proportionnelles au temps (le brûleur restant le même) ; quant à l'influence de la distance elle est importante, mais n'est pas rigoureusement soumise à la loi du carré de la distance. Pratiquement, la distance entre le brûleur et la peau variera d'un mètre à 60 centimètres.

La durée, variable par tâtonnements avec la puissance de la lampe et la résistance du sujet, oscillera autour de quatre minutes en tout environ pour la première séance, pour arriver à 20 et 25 minutes après quelques séances. Il est inutile de dépasser pratiquement cette durée, à moins de raisons très spéciales.

En dehors de ces traitements généraux, on peut faire des applications locales, soit avec la lampe à vapeur de mercure, munie d'un diaphragme (système qui a beaucoup d'inconvénients), soit en protégeant la peau partout, sauf au niveau où on veut faire l'application locale.

Il existe néanmoins des appareils pour traitements locaux, tels que l'appareil de Finsen, le premier en date, encore employé dans le traitement du lupus, mais dont l'encombrement et le prix sont tels qu'il ne peut être utilisé que dans certains laboratoires ; citons encore la lampe de Kromayer, petite lampe à refroidissement par circulation d'eau, qui donne de bons résultats.

On a essayé, pour les applications locales, d'utiliser des compresseurs ; ils ne donnent pas de résultats très satisfaisants.

On a de même tenté l'usage de filtres qui couperaient le spectre à telle ou telle longueur d'ondes. En pratique, aucun n'est actuellement satisfaisant.

Et maintenant, comment mesurer la dose que reçoit le patient au cours de sa séance ? Il s'agit là d'un point noir de l'actinologie. Nous devons reconnaître que malgré toutes les recherches effectuées, qu'il s'agisse de dosimètres chimiques ou physiques, nous ne sommes pas encore en possession de l'appareil de dosage rêvé, bien que quelques modèles récents semblent intéressants. C'est donc à l'actinothérapeute à connaître son appareillage, la qualité de son brûleur, et à se guider pour la durée des séances sur les réactions de son sujet.

Celles-ci peuvent d'ailleurs être très variables. Aussi est-il absolument nécessaire que les applications d'actinothérapie soient faites exclusivement par des médecins et sous leur surveillance permanente. Il existe en effet des difficultés dans la pratique, qui demandent à être résolues avec du bon sens clinique.

On trouve ainsi des actino-résistants chez lesquels les rayons agissent peu. On trouve au contraire des hypersensibles (généralement les personnes blondes à peau très blanche.)

Chez les enfants, on note quelquefois de l'agitation, l'anorexie, la chute du poids : dans ces cas, il faut évidemment diminuer les doses.

Si l'on se trouve en face d'enfants très nerveux, sujets à des colères folles au cours des séances, même après en avoir subi plusieurs, il conviendra de suspendre le traitement.

Un certain nombre d'incidents ou d'accidents même peuvent se rencontrer. C'est ainsi qu'au cours d'une application, il peut y avoir rupture du brûleur et chute sur le corps du mercure en ébullition, d'où possibilité d'une brûlure. Cet accident est exceptionnel et avec un brûleur bien construit et suffisamment essayé avant l'usage, on ne doit pas le redouter.

Cependant, il est une précaution généralement prise et obligatoire dans les hôpitaux d'Assistance Publique, qui consiste à ne pas mettre le brûleur directement sur le patient mais un peu obliquement par rapport à lui, de telle sorte qu'en cas de rupture du brûleur, ses fragments et le mercure tomberaient en dehors du corps, précaution légèrement illusoire, car il peut y avoir projection même assez loin des fragments du brûleur brisé.

Les rayons ultra-violets peuvent-ils causer des accidents, voire la mort ? On a cité un certain nombre de cas dans lesquels la mort subite ou rapide serait arrivée au cours d'un traitement actinothérapique. Une critique très serrée des faits permet de dire que dans ces cas on ne peut guère voir que des coïncidences.

L'enquête ouverte par l'Institut d'actinologie auprès des cliniciens et des actino-thérapeutes, a démontré qu'aucun accident sérieux ne peut être attribué à l'ultra-violet.

Radiations calorifiques. — En deçà du rouge dans le spectre solaire diffracté par un prisme, il existe des radiations de longueur d'ondes relativement élevées et qu'on appelle infra-rouges : cet infra-rouge et le rouge adjacent ayant des applications thérapeutiques, nous dirons rapidement les sources actuellement employées et la technique suivie.

En principe, tout foyer de chaleur radiante peut être utilisé : notamment les appareils courants constitués par un miroir parabolique au centre duquel est une résistance chauffante, ou une lampe à incandescence sont de bonnes sources d'infra-rouge. Il existe cependant des appareils médicaux qui leur sont supérieurs (appareils de Laquerrière et Delherm, de Walter, la lampe de Foveau de Courmelles, etc.).

Les irradiations calorifiques (lumineuses ou non) ne seront jamais générales, mais locales, ne devant pas atteindre le quart de la surface du corps, au maximum. La chaleur devra être tolérable et on devra se méfier des brûlures. Une ventilation de la peau devra être assurée. Enfin, les applications qui seront longues (au moins une heure) pourront l'être d'emblée, sans nécessité d'un entraînement préalable de la peau. L'érythème provoqué sera une rougeur immédiate de la peau, diminuant rapidement après la séance, sans production d'érythème tardif.

Ces radiations provoquent une hyperémie superficielle et *profonde*, avec stimulation de la circulation.

Nous verrons plus loin leurs applications à la thérapeutique.

Applications thérapeutiques. — Il en est des applications physio-thérapeutiques comme des médications pharmaceutiques. Elles connaissent une vogue qui quelquefois diminue rapidement.

C'est ainsi que les électro-thérapeutes ont connu une période pendant laquelle on leur envoyait des clients pour le traitement par la haute fréquence, quelle que fût l'affection dont était atteint le patient. Puis la diathermie connut la même vogue. Actuellement, le vent est à l'actinothérapie. Nous allons voir si cet engouement est justifié.

Comme cette thérapeutique est particulièrement active chez les enfants, c'est par les applications à la pédiatrie que nous allons commencer.

On sait le besoin qu'ont les enfants de la lumière. Il est donc tout naturel qu'ils bénéficient particulièrement des rayons ultra-violets.

Le *rachitisme* est une des plus brillantes acquisitions de l'actino-thérapie, et presque une des plus récentes, puisque c'est seulement en 1918 que Hultschinsky en fit les premières applications, et ce n'est qu'en 1924 qu'en France cette thérapeutique fut mise en honneur à la suite du rapport de Lesné, de Gennes et Vagliano.

On sait que le rachitisme est constitué avant tout par un défaut de l'organisme dans l'assimilation du calcium et du phosphore.

Le bain général d'ultra-violet constitue un moyen excellent de favoriser l'assimilation de ces éléments. On observe rapidement, au point de vue clinique, une amélioration de l'état général, une disparition rapide de l'anémie, l'augmentation de l'appétit, et une amélioration remarquable du psychisme ; l'enfant est beaucoup plus gai et bavard.

Au point de vue objectif, on est frappé de voir l'augmentation de la tonicité des muscles, la recalcification des os, la poussée des dents.

Enfin, en cas de cranio-tabès, celui-ci est très rapidement amélioré. Dès la quatrième ou cinquième séance, on est frappé des modifications dans la consistance des os du crâne.

Nous avons parlé du redressement des os. Ce redressement serait dû non seulement à une augmentation du phosphore, mais aussi à la tonicité musculaire. Il va de soi que cette action, l'augmentation de phosphore, est d'autant plus remarquable que l'enfant est plus jeune et que le rachitisme est plus récent.

Quand le rachitisme est fixé, que l'ossification des os est acquise avec de fortes courbures, cette dernière ne s'améliorera pas sensiblement par le traitement actinothérapeutique.

A noter aussi la rapidité avec laquelle s'améliore le retard à la marche. Chez un enfant de 15 mois qui ne cherchait même pas à se tenir debout, l'amélioration fut si rapide qu'à la quatrième séance il se rendait à l'hôpital à pied et qu'à la sixième il montait un escalier sur ses jambes.

Ici comme ailleurs, les séances seront faites trois fois par semaine et on les suspendra au bout de douze ou quinze applications, quitte à les reprendre, si nécessaire, cinq ou six semaines après.

Il n'y a pas que dans le rachitisme que l'action sur l'appétit se fait sentir de façon parfois remarquable.

Chez un enfant de cinq ans que je soignais pour une anorexie ayant amené un état d'amaigrissement et de chétivité remarquables, avec absence d'accroissement, cette action fut telle qu'au cours de la cinquième séance, alors que je causais avec la mère et la grand'mère, la voix de l'enfant s'éleva soudain : « Maman, j'ai faim ! ». A ces mots, la grand'mère défaille d'un côté, la mère défaille de l'autre, et quand elles reviennent à elles, ces dames de me dire : « Docteur, voilà trois ans que nous n'avons pas entendu ce mot. » De fait, l'enfant dévorait un croissant en sortant de la séance. L'appétit revint intégralement et l'accroissement très rapide se fit remarquablement.

Une autre affection de l'enfance dans laquelle les résultats sont non moins remarquables est la *spasmophilie*.

Il me souvient d'avoir vu une fois à l'hôpital un enfant à peu près d'un an, mais paraissant cinq à six mois au plus, et qui m'est amené en état de mort apparente. Il était violet, sans pouls, sans respiration, les yeux mi-clos, les pupilles révulsées en haut. La mère, une Italienne, criait : « Il est mort ! il est mort ! » et j'étais presque de son avis. Néanmoins, comme je savais que cet enfant était sujet à des crises semblables deux à trois fois par jour depuis des semaines, je l'observai, et comme la respiration revint légèrement et que le pouls devint perceptible, cet enfant fut placé sous la lampe à vapeur de mercure. L'application fut de deux minutes sur chaque face du corps. Cet enfant n'eut plus jamais aucune crise. Je le revis à diverses reprises. Il subit en tout une douzaine de séances et son accroissement fut remarquable.

On n'observe pas toujours des cas aussi frappants, mais dans tous les cas de spasmophilie j'ai toujours eu des résultats dont j'ai eu tout lieu d'être satisfait.

L'asthme infantile est aussi une des affections dans lesquelles l'actino-thérapie est particulièrement intéressante.

Les résultats sont presque constants, mais ils ne sont pas toujours définitifs. On observe des rechutes.

En dehors de ces états que nous venons de passer en revue, il va de soi que la *dépression*, l'*anémie*, la *chétivité*, sont autant d'états maladifs qui relèvent de l'actino-thérapie.

Pour ce qui est de la *tuberculose pulmonaire*, la question reste très controversée. Evidemment, en face d'une tuberculose fébrile, en évolution, l'abstention doit être la règle, et je ne serais pas surpris si l'actino-thérapie chez de telles maladies, n'était pas pour quelque chose dans le développement de quelques méningites que je sais.

Mais au point de vue de la prévention de la tuberculose, l'actino-thérapie donne des résultats très appréciables. Des expériences en série faites sur des cobayes ont démontré la résistance frappante à l'infection tuberculeuse chez les sujets préalablement irradiés. En Allemagne, où on a créé des centres d'actino-thérapie pour les enfants malingres chez qui l'on redoute l'éclosion de la tuberculose, les résultats ont été si satisfaisants que la méthode est maintenant couramment employée. Il y a là une question sociale dont l'importance ne peut échapper à personne.

Quant aux *tuberculoses locales*, elles sont justiciables aussi des rayons ultra-violets.

Dans la *tuberculose ganglionnaire*, on peut enregistrer de grands succès surtout quand on a affaire à des adénites multiples assez avancées, presque en voie de ramollissement, et cela est vrai qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

Je me souviens d'avoir reçu chez moi une jeune fille de 25 ans environ, porteuse d'une volumineuse masse de ganglions tuberculeux presque ramollis du cou du côté droit. Je conseillai les rayons X. La mère s'y oppose formellement parce que, jadis traitée par les rayons X, elle présentait une telangiectasie des plus disgracieuses. J'eus beau lui dire qu'avec nos méthodes récentes cet inconvénient serait évité à sa fille, elle ne voulut rien savoir, et nous décidâmes de faire des applications de rayons ultra-violets. Celles ci consistèrent en bains généraux sur tout le corps, le visage et le cou étant protégés. En une douzaine de séances, tout était complètement rentré dans l'ordre. Les ganglions avaient disparu et cette guérison fut définitive.

On n'observe pas toujours des faits aussi sensationnels, et on rencontre quelquefois des ganglions actino-résistants. Néanmoins le pourcentage de réussites est fort intéressant.

J'ajoute que la méthode de choix paraît être la polyradiothérapie, consistant en bains généraux de rayons ultraviolets, accompagnés d'applications locales de rayons X.

On a aussi traité les *fistules tuberculeuses* par les rayons ultra-violets. On doit dire que, contrairement aux affirma-

tions de quelques auteurs, cette thérapeutique semble plutôt un peu décevante.

Dans la *péritonite tuberculeuse*, l'actino-thérapie a une brillante action sur l'état général et donne en même temps des résultats très bons au point de vue local. L'ascite torpide disparaît rapidement et les placards fibreux sont généralement influencés de façon notable. Là encore, l'actino-thérapie sera utilement aidée par les rayons infra-rouges ou même les rayons X.

Dans toutes ces maladies on ne devra d'ailleurs bien entendu ne considérer l'actino-thérapie que comme une partie de la thérapeutique. On ne devra négliger aucune des médications habituelles. C'est ainsi que dans le rachitisme, la recalcification, l'huile de foie de morue, ne devront pas être laissées de côté, pas plus que le traitement spécifique dans les cas où l'on soupçonnerait la syphilis. Le sérum de Quinton chez certains athrepsiques débiles m'a paru constituer avec les rayons ultra-violets une symbiose très intéressante.

Les rayons ultra violets ont une action incontestable sur la tonicité musculaire : c'est par elle en partie qu'ils agissent sur le redressement des os. Ils sont donc indiqués dans les *scolioses* par faiblesse musculaire, et même dans les cas de *laxité ligamenteuse* où j'ai vu de beaux résultats. De même ils sont très indiqués dans les *séquelles de paralysie infantile*, pour compléter le traitement électrique, soit après celui ci, soit dans les périodes de repos qu'il est bon de laisser dans ce traitement.

Leur action sur le sang (augmentation des globules rouges et de leur valeur globulaire) explique les bons résultats obtenus dans les diverses *anémies*.

On les a utilisés dans les *névralgies*, les *névrites* : il nous semble dans ce cas de donner le pas aux radiations calorifiques qui leur sont très supérieures, ou encore au courant électrique, voire même en cas de sciatique, aux rayons X.

Les radiations calorifiques donnent parfois des succès surprenants. En voici un exemple :

Un chauffeur livreur de camionnette était atteint depuis des années de douleurs dans le dos allant en augmentant, ayant nécessité de multiples arrêts dans son service, rendant même le sommeil impossible, et cela, malgré tous les révulsifs, les onctions calmantes, les analgésiques de toute sorte intus et extra. Une dizaine d'applications de radiations rouges et infra-rouges firent tout rentrer dans l'ordre et depuis plus de 18 mois qu'il a été traité, aucune rechute ne s'est produite.

Et j'ai vu de nombreux cas analogues. Je ne crois pas que par les U. V. on puisse avoir d'aussi rapides résultats dans les cas de névralgie ou de cellulite.

Il en est de même dans les *plaies* ou les *brûlures* : sans doute l'actino-thérapie fait bien, mais les I. F. leur sont parfois supérieurs ; rien ne s'oppose d'ailleurs à l'alternence de ces deux genres de radiations, qu'on n'utilise pas assez en chirurgie : l'aseptisation des plaies, la suppression du pus sont très hâtées. Et quant aux brûlures, la cicatrisation est très accélérée, et les cicatrises sont remarquablement esthétiques.

On peut regretter aussi de ne pas voir les radiations occuper en *gynécologie* la place qu'elles méritent : des *aménorrhées* datant de plusieurs mois, voire d'années, cèdent par les U. V. Il faut même se méfier de peur de dépasser le but : j'ai vu une jeune femme atteinte de syndrome adiposo-génital avec aménorrhée (et à qui le traitement opothérapique avait été appliqué ssns succès) récupérer ses règles avec une telle abondance qu'elle dut recourir à la sistomensine. Dans la *dysménorrhée* par spasme utérin, si fréquente, on obtient d'ordinaire les meilleurs résultats : au cours d'un traitement que je faisais à une jeune fille pour un état d'asthénie et de fatigue générale des plus accentués, les règles très douloureuses auparavant et qui étaient « un drame dans la famille » au dire de la malade » se passèrent dès lors sans que personne s'en aperçût.

Un traitement prolongé avec association de radiations calorifiques locales peut aussi faire se développer des *utérus infantiles* et favoriser ainsi ultérieurement des grossesses chez des femmes stériles.

Enfin, l'actino-thérapie agit favorablement sur les ulcérations du col ; mais dans ce cas, il s'agit d'applications locales (à l'aide de tiges de quartz avec protection du vagin) qui sont délicates et du ressort d'un gynécologue exercé.

J'ai dit combien étaient « remontants » pour un état général déficient les rayons U. V. ; et cela, quel que soit l'âge du patient : chez des femmes ménopausées, fatiguées, plus ou moins déprimées, anémiées, j'ai vu l'appétit, l'entrain, les couleurs revenir, et l'état mental s'améliorer de manière frappante.

Sans doute, des essais intéressants ont été tentés dans quelques affections pulmonaires (en dehors de la tuberculose dont nous avons parlé plus haut), ainsi que dans des maladies de la nutrition (notamment le rhumatisme chronique), mais il y a là matière nouvelle à recherches, et l'on peut espérer qu'une amélioration de la technique étendra le champ des indications et la qualité des résultats.

Certaines spécialités bénéficient de l'actinologie en applications locales :

Affections de la peau : nous avons dit les bons résultats obtenus dans le lupus par la Finsenthérapie ou la lampe de Kromayer (peut-être par la simple lampe à vapeur de mercure après sensibilisation). Quelques *eczémas*, des *prurits* sont améliorés, le *psoriasis* est « blanchi ». Dans l'*alopécie* par séborrhée, on obtient des succès, mais la méthode est douloureuse, le traitement long, et il semble que bien d'autres procédés donnent d'aussi bons résultats avec moins de peine. Dans la *pelade*, la repousse est très favorisée. Les *épithélides*, quelques *radiodermites* légères bénéficient de la chaleur radiante.

La *laryngite tuberculeuse* elle aussi bénéficie des rayons U. V. mais leur application (locale par baguette de quartz après anesthésie du pharynx) est bien délicate.

En *stomatologie*, les U. V. sont utilisés pour le blanchiment des dents.

Enfin, dans la décevante et si grave affection qu'est le *trachome*, l'actino-thérapie semble très efficace.

On voit par ce qui précède quel secours déjà précieux apporte à l'art de guérir l'actino-thérapie jointe à la chaleur radiante : il est permis d'espérer qu'avec l'amélioration des appareils et de la technique (surtout quand nous aurons de bons moyens de dosage, pratiques et précis), nous verrons s'étendre encore la liste des indications. Dès à présent, souhaitons que ces méthodes soient mieux connues des médecins afin de les utiliser quand elles sont indiquées, mais qu'elles soient réservées au cas où elles constituent pour le malade le « meilleur traitement ». Sachons aussi qu'elles ne sont qu'une des faces de l'art de guérir et que toutes les ressources de la thérapeutique doivent les aider. Enfin, affirmons que l'actino-thérapie, parce qu'active doit être maniée avec prudence, *par des médecins*, et avec l'attention et le sens clinique indispensables.

Le Musée d'Amiens, par Amédée BOINET. Un volume in-8 (18 × 12,5), 52 illustrations. Broché 5 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Le Musée d'Amiens ou plus exactement le « Musée de Picardie » est un des musées les plus importants de province.

Il renferme des tableaux de premier ordre auxquels s'attachent les noms de F. Hals, Le Gréco, Ribera, Restout, Boucher, Carle van Loo, Peter, Nattier, Tocqué, La Tour, Fragonard, Hubert Robert. A signaler le bel ensemble des tableaux de la Confrérie du Puy Notre-Dame d'Amiens dont les plus anciens, du premier quart du XVIe siècle, sont d'une importance si grande pour l'histoire de la peinture française, et la suite, complétée par l'État en 1923, des neuf Chasses en pays étrangers, peinte de 1736 à 1738 pour la galerie des petits appartements du roi à Versailles. Rappelons enfin les célèbres peintures de Puvis de Chavannes. A elles seules, elles méritent la visite du Musée.

Cinquante-deux illustrations reproduisent les tableaux les plus remarquables et contribuent à faire de cet ouvrage qui rectifie beaucoup d'attributions erronées, un guide sûr et indispensable.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (Suite) (1)

Une installation au Quartier Latin en 1872

Ce qu'on peut faire de ses Mémoires. — La mode du calembour et sa nécessité. — Du danger de mépriser les mathématiques. — Qui trop embrasse n'étreint rien. — Utilité relative du temps perdu.

Je n'écris pas ici mes Mémoires ; ce serait abuser de l'amicale hospitalité du *Progrès Médical* que d'encombrer ses colonnes des pensées, faits et gestes de mon insignifiant personnage. Si mes copieux « *Souvenirs d'un Irrégulier* », dont je détache quelques fragments, n'ont pas trouvé d'éditeur au jour de mon décès, il appartiendra à mon aimable exécuteur testamentaire de choisir entre trois partis : les garder en souvenir de son vieux maître, comme honoraires plutôt gênants de ses soins gratuits et dévoués, — les déposer à la Bibliothèque de la rue Bonaparte, si le Bureau de l'Académie et le Conservateur y consentent, — ou les glisser en guise d'oreiller sous ma tête dans le Complet de sapin qui me transportera au four crématoire : *pulvis in bibliopola* ou *fumus in auras*, symboles philosophiques d'une des plus vaines parmi les vanités, celle du papier blanc gâté par l'écriture.

En m'excusant de ce préambule funéraire, je dois pourtant dévoiler un peu de mon « moi haïssable », pour expliquer comment j'ai recueilli les éléments assez variés des tableaux du Quartier Latin et autres lieux fréquentés par les « fils des Muses », au cours d'une scolarité médicale d'une durée insolite (trois lustres, y compris *celui* du titre d'interne des hôpitaux).

« Quoi ? Ce vieux Monsieur, qui semblait sérieux, fait des jeux de mots ! C'est un indice d'affaiblissement sénile », pense peut-être le lecteur. — Eh bien ! Non, du moins je l'espère, austère critique ; cet écart de plume est une première réminiscence de ma jeunesse.

On cultivait alors abusivement le calembour sur les deux rives de la Seine et même à l'Assemblée nationale de Versailles. La vogue de ces confusions voulues de mots similisonnants était telle que dans les cafés des consommateurs réclamaient impérieusement la primeur du dernier numéro du « *Tintamarre* », journal comique dont le rédacteur, Léon Bienvenu, dit Touchatout, publiait un « *Dictionnaire Tintamarresque* » où se lisait entre autres cette définition : Lustre, espace de cinq ans, qu'on suspend au plafond pour en donner aux étoffes. Et cela nous faisait rire en 1872, au Quartier !

Comment s'en scandaliser, quand deux hommes que j'ai admirés à d'autres points de vue, le Père Hugo et mon maître, le chirurgien Félix Guyon, s'abandonnaient sans résistance à ce tic mental ? Le second, d'un air modeste et détaché qui contrastait avec sa gravité professorale et son profil de médaille ; le premier, sans descendre des hauteurs où planait son lyrisme. Hugo aimait tant le calembour qu'il lui a fallu mettre le mot même dans la bouche de la reine Dona Maria, de *Ruy Blas*, quand elle dit à son gentilhomme *patito* et quasi geolier, don Guritan, pour se débarrasser de lui,

> De porter ce coffret *en bois de calambour*
> A mon père, Monsieur l'Electeur de Neubourg.

Les détracteurs du poète ne veulent voir dans cette rime riche qu'une cheville colossale. Ses fanatiques l'interprètent comme une preuve de la valeur du présent, ce bois étant alors des plus précieux.

(1) Voir le n° 20 du 18 mai 1928.

Les critiques impartiaux pensent que le Maître a cédé une fois de plus à son péché mignon, l'étalage de son érudition livresque en accessoires de couleur locale, et le lui pardonnent en faveur de son génie. N'a-t-il pas d'ailleurs vaticiné : « Le calembour est la fiente de l'Esprit qui vole ? ». C'est donc la satisfaction de deux besoins actuels de tout être humain, puisque, si le rire a été déclaré par notre confrère Rabelais le propre de l'homme, celui-ci partage maintenant avec les oiseaux en général (et la pie en particulier) et les singes le pouvoir et le goût du vol dans les deux sens du mot. — Jeunes lecteurs d'aujourd'hui, soyez donc indulgents pour cette digression, qui n'est qu'une transition pour aborder le récit de mes débuts dans la vie d'étudiant.

Mon projet de renoncer à la carrière de l'enseignement pour me faire médecin de la Marine causa autant d'étonnement que d'inquiétude à ma famille ; elle n'avait envisagé mon séjour de quelques mois dans un hôpital-école que comme un moyen de me rendre utile pendant la guerre. Je fis valoir l'intérêt très vif que m'inspirait la médecine et le goût des voyages qui m'était venu. Sur le premier point, j'obtins satisfaction, après qu'on m'eut peint le sombre tableau d'études longues et coûteuses, dont mon père ruiné ne pouvait assumer la charge, puis la difficulté de me créer ensuite une clientèle, alors que je n'avais aucun médecin dans ma famille ni dans mes relations. Sur la poursuite de la carrière navale mes parents furent irréductibles ; ma santé était médiocre et j'étais le seul garçon. Je dus céder à leurs tendres protestations et mon bon grand-père maternel m'offrit une mensualité de 150 fr. pour vivre en étudiant au Quartier Latin, ma famille ayant dû quitter Paris. Cette perspective, je dois l'avouer, me fit accepter plus facilement l'abandon de mon plan médico-naval.

Quand je me présentai à la Faculté muni d'un certificat d'assiduité à l'Ecole de Rochefort pendant l'année scolaire écoulée, le secrétaire m'accorda quatre inscriptions rétrospectives, mais au titre de l'Officiat de santé parce que je ne possédais qu'un baccalauréat, et avec le droit de les faire transformer en inscriptions pour le Doctorat, quand j'apporterais mon second diplôme de bachelier.

Il me fallait conquérir le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique, et, pour restreinte que fût cette partie, elle ne laissait pas de me causer de l'effroi. Les mathématiques m'avaient toujours rebuté, autant que les sciences naturelles m'attiraient.

En vertu d'une mode ridicule, trop répandue dans les classes de Lettres à l'époque de mes études, c'étaient presque un point d'honneur pour les élèves qui tenaient la tête de leur classe dans les autres branches de se déclarer ignares en « math ». Ainsi avais-je fait et j'avais encore dans les oreilles les avertissements salutaires de celui des professeurs de mathématiques qui m'avait inspiré le plus de confiance par sa bienveillance bourrue : « Vous ne voulez pas prendre la peine de vous initier sérieusement à l'algèbre et à la géométrie. Vous vous enrepentirez un jour, quelle que soit votre carrière ; il est toujours humiliant d'être nul en mathématiques. »

Aussi mon premier mouvement fut-il d'aller faire amende honorable devant ce maître prévoyant et d'implorer son aide pour me tirer d'embarras.

Il fut parfait, cet ancien capitaine d'artillerie, qui avait conservé dans l'enseignement la brusquerie grondeuse du commandement. « Je vous l'avais bien dit, maître sot ! Enfin il n'est jamais trop tard pour s'amender. Je ne ferai jamais de vous un fort en math, comme vous étiez un fort en thèmes, mais, si vous voulez donner un coup

de collier suffisant, j'espère vous faire franchir à la prochaine session la modeste banquette irlandaise du Bachot restreint ». Il me passa au cou le collier et, soutenu par lui, je surmontai l'obstacle.

Enfin immatriculé à la Faculté comme candidat au Doctorat et étudiant de deuxième année, j'envisageai avec joie la perpective de plusieurs années d'études, que je me proposais follement d'étendre dans le plus grand nombre possible de directions. A une époque où les étudiants manquaient totalement de conseils pour orienter leurs efforts, quand ils n'avaient ni parents ni amis médecins, je ne soupçonnais pas la nécessité d'entrer le plus tôt possible dans la filière des concours de l'Assistance publique. Suivre un service d'hôpital quelconque le matin en spectateur, des cours à la Faculté l'après-midi et disséquer à l'Ecole pratique me paraissait un programme suffisant pour passer les examens de fin d'année et du doctorat.

Je pensais donc avoir le temps de continuer à cultiver parallèlement les Lettres par la fréquentation de la Sorbonne et du Collège de France et les sciences naturelles par celle du Muséum. Comme j'aimais les Beaux-Arts et la Musique et comme j'avais des amis artistes, le Louvre, les ateliers, les concerts devaient encore trouver place dans l'emploi de mon temps. Deux types humains m'avaient inspiré une admiration particulière : un mort, Gœthe ; un vivant, Littré. Je me donnais comme objectif d'acquérir une culture générale et une connaissance de l'humanité aussi étendue que me le permettrait ma modeste capacité intellectuelle.

Une pareille boulimie d'encyclopédisme devait mal finir. J'en fais l'aveu ici dans l'espoir que, si quelque imprudent jeune homme me lisant veut se risquer sur cette pente, il en soit détourné par le récit de mes mésaventures ultérieures.

Si j'avais eu les moyens pécuniaires de continuer dans cette voie, me payant de l'illusion que je développais ma culture en ne négligeant « rien de ce qui est humain », je risquais fort de rester à jamais un simple curieux, un amateur n'ayant qu'un vernis de toutes connaissances — « à la française » comme dit Montaigne, — ou pis encore, un échantillon précoce de Bouvard et Pécuchet, un raté. Heureusement je n'étais pas riche ; à un moment donné la nécessité du pain quotidien m'a rappelé brutalement qu'il faut d'abord connaître bien une profession, pour en vivre.

Mon erreur initiale m'a causé un retard de dix ans dans ma carrière médicale. Toutefois, sans vouloir aller *à la recherche du temps perdu*, comme le regretté romancier Marcel Proust, dont le père Adrien fut un de mes maîtres, je crois que j'ai retrouvé une partie du mien sous la forme d'une expérience d'ordre moral, intellectuel et social, acquise en passant par des milieux très divers, et que ce bagage n'est pas sans m'avoir servi dans l'exercice de ma profession.

Il me restait à résoudre le problème de trouver le gîte et la pâture pour sept louis et demi (papier) par mois. Aujourd'hui cela serait aussi difficile que de réaliser les promesses des candidats à la députation.

J'entends dire que, même après multiplication de leurs mensualités familiales par le coefficient 4, nos étudiants y arrivent malaisément et que la plupart envient l'élite constituée par les Thélémistes de la Cité Universitaire. Qu'ils sachent comment nous faisions dans le dernier tiers du XIX[e] siècle pour manger, boire, dormir, fumer, travailler et nous distraire aux plus bas prix possible.

(*A suivre.*) Paul LE GENDRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1928 (*suite*)

Artérite pulmonaire syphilitique chez un cardiaque noir. — MM. *G. Caussade* et *André Tardieu* projettent les coupes histologiques d'un poumon prelevé à l'autopsie d'un malade de 40 ans, soigné pendant trois ans pour une cardiopathie chronique caractérisée cliniquement par la cyanose permanente de la face, la dyspnée et, tardivement, l'œdème des membres inférieurs. Sur cette cardiopathie (maladie mitrale et artérite pulmonaire), les toniques cardiaques usuels demeuraient inefficaces.

Les lésions vasculaires prépondérantes consistent en une panartérite intense et généralisée, végétante et, par endroits, mutilante, intéressant toutes lés tuniques de l'artère. La mésartère, particulièrement hypertrophiée, contient parfois des vaisseaux de néoformation. L'endartère est le siège de quelques dépôts fibrineux. Dans les bronches de petit calibre, l'endartère est en contact direct de thrombus oblitérants, constitués de fibrine et surtout de leucocytes qui infiltrent également la paroi vasculaire. De leur périphérie émanent des trousseaux fibreux, épais, systématisés, à disposition péri-alvéolaire et péri-lobulaire.

La nature syphilitique de cette panartérite pulmonaire, en dehors de ses caractères propres, trouve une nouvelle démonstration dans les lésions parenchymateuses pulmonaires associées qui réalisent la cortico-pleurite insulaire syphilitique mutilante de *Letulle* et *Dalsace*.

Les auteurs insistent sur le type anatomo-clinique de l'artérite pulmonaire syphilitique avec cortico-pleurite insulaire qui s'oppose à celui de la bronchite chronique syphilitique dans lequel les artères ne sont lésées qu'accessoirement et à un faible degré.

Artérite syphilitique pleurale. — MM. *Rudaux* et *Durante*. — Chez une syphilitique héréditaire morte de gangrène utérine, de petites artères siégeant dans la plèvre viscérale sont transformées en cordons pleins constitués par deux couches concentriques de petites cellules régulièrement disposées ayant les caractères de fibres tissus. Dans les vaisseaux incomplètement oblitérés, l'endothélium est bien conservé. On ne trouve aucune gomme dans le voisinage ni de lésions dans le poumon. Au point de vue histologique, c'est un exemple d'une réaction peu ordinaire portant sur la seule tunique moyenne, une mésartérite subaiguë spécifique ne s'accompagnant ni de péri, ni d'endartérite. On relève également la localisation limitée aux seuls vaisseaux pleuraux. Topographie très spéciale pour laquelle on pourrait peut-être invoquer *le traumatisme physiologique* déterminé par le frottement continuel des deux feuillets pleuraux.

M. *Laubry* à propos des intéressantes communications d'artérite pulmonaire rappelle qu'il fut le premier avec Marcel Thomas à montrer le rôle de l'infection syphilitique en dehors du facteur hypertensif et signale qu'il a pu réunir 15 observations typiques. Il montre qu'au point de vue pratique, la connaissance des symptômes terminaux (cardiaques noirs) est sans grand intérêt puisque le pronostic est fatal. Au contraire le diagnostic précis est intéressant à poser. Il se base sur les hémoptysies qui n'ont pas fait leur preuve, sur l'aspect anormal des hiles pulmonaires, sur la dilatation progressive de l'artère pulmonaire, enfin sur les notions d'une origine syphilitique probable (réactions biologiques, antécédents, signes cliniques.) Il rapporte à ce propos le cas d'un homme de 50 ans présentant des hémoptysies non tuberculeuses, chez lequel la radiographie a montré l'artérite et le traitement spécifique institué a fait disparaître les hémoptysies. L'auteur considère que dans ces cas, il faut recourir sans crainte au traitement spécifique.

René GIROUX.

ACTUALITES

Notre Sixième Sens.

La merveilleuse activité, toujours protéiforme, du professeur Charles Richet, ne cesse de se manifester, en particulier par la publication de nombreux livres.

Après avoir publié, l'an dernier, l'*Intelligence et l'homme*, où il réunissait des essais très divers sur la civilisation, le langage et l'intelligence, les modalités de la mémoire, la peur, les bases psychologiques de la morale, la maîtrise de soi, le courage, les causes finales en biologie ; après nous avoir donné, il y a quelques semaines, dans *les Cahiers de Joachim Legris*, les fruits les plus savoureux et substantiels de sa prodigieuse expérience de la vie, des individus et des sociétés, le professeur Charles Richet publie aujourd'hui *Notre Sixième Sens* (1).

Qu'est-ce que peut être ce sixième sens ?

« Le sixième sens, dit M. Charles Richet, est celui qui nous fait connaître une vibration de la réalité, vibration que nos sens normaux ne peuvent pas percevoir ».

Mais qu'est-ce qui prouve qu'il y a un sixième sens, c'est-à-dire :

« Que l'intelligence humaine, grâce à une sensibilité spéciale, ou plutôt à des sensibilités spéciales, mystérieuses encore, peut acquérir sur la réalité des notions fragmentaires que les sens normaux ne peuvent lui donner ».

Les observations et expérience que M. Charles Richet rapporte dans son livre établissent cette réalité du sixième sens et sont la base de cette nouvelle science qu'est la métapsychique. Elles sont trop nombreuses pour être rapportées ici et M. Richet les résume de si excellente façon qu'on ne saurait mieux faire que de le prendre pour guide.

« Comme preuve de l'existence de ce sixième sens, il y a d'abord les hallucinations véridiques, tellement nombreuses, tellement précises, qu'il est impossible de les attribuer au hasard. Monitions de mort ou monitions de faits moins importants, il y en a tant et tant, on les rencontre si souvent autour de soi, qu'on est forcé de conclure qu'il y a relation de cause à effet, et qu'on ne peut accepter l'hypothèse naïve des coïncidences, inouïes, invraisemblables qui se répètent sans cesse ».

Même s'il n'y avait que les observations, ajoute M. Richet, celles-ci seraient tout à fait suffisantes pour nous permettre de dire que dans maintes occasions un évènement du monde extérieur ébranle notre intelligence sans ébranler nos sens normaux.

Mais, en plus des observations, il y a les expériences.

« En effet, il est des sensitifs. — M. Richet préfère avec raison ce mot à celui de médiums — qui, lorsqu'on expérimente avec eux, prouvent, par leur lucidité, que dans maintes occasions un voile se déchire et qu'une parcelle de vérité, inabordable à leurs sens normaux, pénètre jusqu'à eux. »

Les sceptiques ont invoqué les fraudes possibles.

« A la rigueur extrême, dit M. Richet, quand il s'agit de métapsychique physique, d'ectoplasmes, de matérialisations, de lumières, de raps, de lévitations, d'empreintes dans le plâtre, d'attouchements par des moignons ou des mains, de fantômes qui se promènent, à la rigueur extrême, dis-je, comme ces phénomènes se passent presque toujours dans l'obscurité et ne dépendent que d'un petit nombre de sujets à probité problématique, on peut demander des preuves nouvelles et conserver quelques doutes. Mais ici rien de semblable. Les sujets sont très nombreux ; les expériences très fréquentes. Tout se passe en pleine lumière. On obtient tous les contrôles qu'on veut bien instituer. Les supercheries, s'il y en a, sont très faciles à démasquer.

Il faut donc éliminer complètement la fraude.

Or, si l'on élimine la fraude et le hasard, il ne reste d'autre explication que celle d'un sixième sens ».

Constater n'est pas expliquer ; M. Richet se hâte de le proclamer et de reconnaître que toutes les explications proposées jusqu'ici sont « ridicules et impuissantes » :

« Mais, quelles que soient ces hypothèses, télépathie, ou ingérence des esprits, ou hyperesthésie anormale des sens normaux, il faut toujours admettre finalement un sixème sens, c'est-à-dire un ébranlement de la connaissance par des forces inconnues.

Le sixième sens est profondément obscur encore quant à ses limites, à ses modalités, à son mécanisme, à ses organes. Mais, quelque profondes que soient ces obscurités, elles n'em-

(1) Un vol. in-12. 254 p. Editions Montaigne. 13, quai de Conti. Paris.

pêchent nullement que l'existence du sixième sens ne soit prouvée.

Toute science a deux phases . La première, c'est la constatation des phénomènes. La seconde, c'est leur théorie explicative. Ce livre n'est que la première étape, la première phase, celle de l'exposé des faits.

Un jour viendra peut-être où sera édifiée la théorie des lois qui gouvernent le sixième sens. Il me suffit dans ce livre d'avoir prouvé qu'il existe ».

Et ce livre, M. Charles Richet le résume en une seule phrase :

« Le monde réel émet autour de nous des vibrations. Quelques-unes sont perçues par nos sens; d'autres non perceptibles à nos sens, sont décelées par nos appareils de physique ; mais il en est d'autres encore, non perçues par nos sens et nos appareils physiques, qui agissent sur certaines intelligences humaines et leur révèlent des fragments de la réalité ».

Phrase lumineuse qui montre une fois de plus que, en métapsychique, le grand physiologiste n'a jamais quitté le domaine de la science expérimentale.

M. G.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Médecine infantile par Edmond Weill et Georges Mouriquand. Quatrième édition entièrement refondue. 1 vol. in-8° de 1192 pages, avec 174 figures en noir et en couleurs et 1 planche en couleurs hors texte, cart : 90 fr. Gaston Doin et Cie éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

La mort prématurée du professeur E. Weill ne lui permit pas de rééditer son *Précis de medecine infantile*, dont trois éditions rapidement épuisées avaient attesté le succès.

C'est le professeur Georges Mouriquand, son successeur à la chaire de Clinique médicale infantile et d'hygiène du premier âge de l'Université de Lyon qui a été chargé de ce soin.

Elève d'Edmond Weill, étroitement uni à lui par une collaboration de vingt ans il avait qualité pour assumer cette tâche.

La présente édition est entièrement refondue et mise au courant de tous les faits acquis depuis la 3e. Si les descriptions cliniques, qui restent des modèles, ont été conservées, les pathogénies ont été écourtées et tous les développements utiles ont été donnés au diagnostic, à la prophylaxie et surtout à la thérapeutique. Des formules éprouvées y figurent en grand nombre. Les nouvelles méthodes de traitement (sérums, vaccins, insuline, actinothérapie, etc.) sont exposées dans tous leurs détails pratiques.

Tous les chapitres ont été revus et complétés. Certains sont entièrement nouveaux, en particulier ceux concernant les dystrophies congénitales du nourrisson, les dystrophies pondérales et staturales, les syndromes endocriniens, les maladies par carence, la spasmophilie, l'encéphalite léthargique, les pyélites, les cures thermales, etc.

Une très large part a été faite à l'iconographie, principalement d'après des documents personnels.

Les deux volumes des éditions antérieures ont été fondus en un seul sans que la substance du livre ait été diminuée. Son maniement en a été de ce fait, rendu plus facile.

La médecine infantile comporte souvent un caractère d'urgence dont ce précis tient compte. La nouvelle édition concerne et même accentue ce tour clinique et pratique qui fit de ce livre le bon conseiller de plusieurs générations médicales.

Collection des classiques français. Edition Firmin-Didot, 56, rue Jacob, Paris.

Les éditions Firmin-Didot publient une nouvelle collection des *Classiques français* où paraîtront les grandes œuvres de la littérature française jusqu'à la fin du XIXe siècle, présentées par les meilleurs écrivains et critiques d'aujourd'hui.

Ces volumes, publiés avec le plus grand soin, imprimés sur un papier durable, élégamment présentés, contiendront des textes très sérieusement établis leur qualité leur permettra d'être conservés dans la bibliothèque de tout homme cultivé. La modicité de leur prix leur assurera la faveur du public.

Viennent de paraître :

Théâtre de Beaumarchais. Préface de Georges Girard, 12 fr. — Chateaubriand : Le génie du Christianisme. Préface de Victor Giraud. 2 vol. 20 fr. — Madame de Staël : De l'Allemagne. Préface de M. L. Pailleron, 12 fr. — Bernardin de Saint-Pierre : Œuvres choisies. Préface d'André Bellessort, 12 fr. — Chateaubriand : Atala René. Le dernier des Abencerages. Voyage en Amérique. Préface de Paul Hazard : 12 fr. — J. Racine. Théâtre. Préface de Victor Giraud, 12 fr. Madame de Sévigné : Lettres choisies. Préface de Henriette Clarié, 12 fr.

Le remède secret. Législation et jurisprudence de la loi du 21 germinal an XI au décret du 13 juillet 1926, par André NAROD NARODEZTKI in-8, 218 p. Prix : 20 fr. Librairie générale de droit et de jurisprudence, 20, rue Soufflot, Paris.

Pendant plus d'un siècle, de 1803 à 1926, l'industrie de la spécialité pharmaceutique a vécu sous un régime légal d'incohérence et d'illogisme. Et cependant elle était un des joyaux de notre activité nationale. Pendant plus d'un siècle elle fut, chose nulle en droit.

Au moment où la spécialité pharmaceutique se libère des antiques entraves, il a paru à M. Narodetzki, qu'il y avait opportunité à rappeler les textes, les décisions, les conceptions, qui ont régi cette spécialité pendant cent vingt-trois ans.

En juxtaposant sources et faits, il a donné une image très exacte de la question et montré d'excellente façon comment le décret du 13 juillet 1926 sert à la fois le droit et la pharmacie.

Largillière, par Georges PASCAL, 1 vol. 64 p. de texte, 32 pl. en hélio-gravures tirées recto seulement. Premier volume de la série in-8 de *l'Art français*. Prix : 25 fr. Les Beaux-Arts, 39, rue de la Boëtie, Paris.

Ces petits volumes, qui continuent ceux de la série in-4 de *l'Art français*, donneront l'essentiel d'un sujet par le choix judicieux des textes, des notices de catalogue, des gravures.

Sans sacrifier l'essentiel, ils donneront toujours une étude d'ensemble sur l'artiste choisi, un catalogue de ses œuvres accessibles, une bibliographie, un choix abondant de planches, un index général.

Largillière inaugure cette série. Il est le type même de ces artistes dont le catalogue est à peu près impossible à dresser.

De son vivant, Mariette connaissait 1.600 portraits de lui à Paris et aux environs. Pour le présenter au lecteur il fallait donc se résigner à un choix de textes, de notices et d'images. M. Georges Pascal s'est allègrement acquitté de sa tâche délicate et a su faire revivre celui que M. Georges Wildenstein définit à juste titre « la joie de peindre ».

Les peintres de Montmartre. Gavarni. Toulouse-Lautrec. Utrillo par André WARNOD, 1 vol. in-16 jésus, avec 24 grav. hors-texte et 70 dessins dans le texte, 15 fr. La Renaissance du Livre, 78, boulevard St-Michel, Paris.

Le nom de Montmartre est auréolé d'un double prestige. Capitale de la fête nocturne, la Butte est un centre de ralliement pour les peintres des jeunes écoles dont les théories et les techniques s'imposent à l'Europe entière. Peintre et critique, M. André Warnod était particulièrement qualifié pour décrire et juger ces pittoresques milieux. Son livre, d'une documentation sûre et remplie d'amusantes anecdotes, est le meilleur des guides au royaume des lumières et des éclatantes couleurs.

Goya, par Pierre FREDERIX, 1 vol. avec 23 illustrations hors-texte. Edition originale, 15e cahier des Cahiers de la quinzaine : 20 fr. Edition ordinaire : 15 fr. L'Artisan du Livre, 22, rue Guynemer, Paris.

Livre dramatique, où l'auteur nous présente d'une façon étonnamment compréhensive l'œuvre énigmatique de celui qu'on a appelé un convive du Diable.

L'Ecole Militaire, par Robert LAULAN. Editions Albert Morancé, 30, rue de Fleurus, Paris.

C'est l'histoire alertement contée, de la grande institution militaire du XVIIIe siècle, due au rôle imprévu de deux « civils » Paris Duverney et Madame de Pompadour ; et la description illustrée du célèbre bâtiment construit par *Gabriel*, où Bonaparte vécut sa quinzième année, au sortir de Brienne.

L'amour de l'art. Revue mensuelle. Abonnement : France : 95 fr. Sommaire du n° d'avril 1928 : Notes sur la Mosaïque par L. Dordoré. — Combine, par L. Stein. — Dora Bianka, peintre, par Dubedat. — S. Boes, joaillier, par M. Dormoy. — Rodolphe Bresdin, dit « chien-caillou », par A. Roger-Marx. — Vignole par J.-K. Loukomski. — Une exposition Manet à Berlin. — H. de Brackeleer au Musée du Luxembourg, par A. Fontainas. — Chroniques : Les expositions. — Bibliophilie. — Le mouvement des arts appliqués. — Bibliographie. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain, Paris.

Service de jour, par le Dr DROUIN. 1 vol. Prix : 12 fr. Grasset, éditeur, 61, rue des St-Pères, Paris.

Les enquêtes sociales sont aujourd'hui à la mode. Les dispensaires spéciaux qui s'occupent de la tuberculose et des maladies mentales comportent parmi leur personnel des infirmières visiteuses, chargées d'apporter les renseignements qui replacent le malade dans son milieu et de compléter à la maison l'œuvre du médecin commencée à la consultation. Le Dr Drouin a entrepris dans un dispensaire de Belleville une tâche analogue et parmi l'ample provision de documents qu'il a réunis, il a choisi quelques cas destinés à nous montrer *in vivo* les ressorts psychologiques qui ont gouverné la conduite de ses malades. Les canailles défilent après les braves gens. Les uns et les autres, profondément humains, se montrent avec leur vrai visage, dépouillé de tout romantisme. Les filles font leur besogne, résignées à la passivité, sans réalisme outré, ni révolte trop littéraire.

La simplicité de ces actions n'exclut pas le drame à l'occasion. La folie intervient à son heure. Toute cette vie se déroule, déterminée par les conditions de milieu, qui modèlent les personnages suivant la formule la plus vraisemblable.

Cette série d'enquêtes, qui sont devenues des contes, compose une atmosphère qui plaira à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie du faubourg. Elle montre les réserves de générosité et de tendresse, qui sommeillent dans les âmes frustes. Elle enseigne le moyen de les découvrir et la meilleure des thérapeutiques, celle qui sait atteindre le physique par le moral.

Jean VINCHON.

Le Château de Chenonceau, par Charles TERRASSE. Un volume in-8 (20 × 13), 40 gravures. Broché 6 fr. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Cette étude vient se joindre aux monographies déjà parues sur les châteaux d'Anet, de Chambord, d'Ecouen, de Rambouillet, de Luynes, de Langeais, d'Ussé, d'Azay-le-Rideau, et qui constituent un ensemble de travaux que nul historien de la Renaissance, nul curieux d'architecture n'ignorent.

Chenonceau par sa date est un des premiers châteaux de la Renaissance. Il est un des plus intéressants à étudier — malgré les restaurations qu'il a subies au siècle dernier — et il est à coup sûr un des plus séduisants.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur étudie l'histoire du monument, et rappelle ses annales célèbres. Puis il fait une étude archéologique complète du monument, œuvre sans doute d'un architecte français, mais décoré par des ornements italiens et français.

Quarante illustrations fort bien venues ajoutent à l'intérêt de ce volume que voudront lire tous ceux qui s'intéressent à l'art français.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

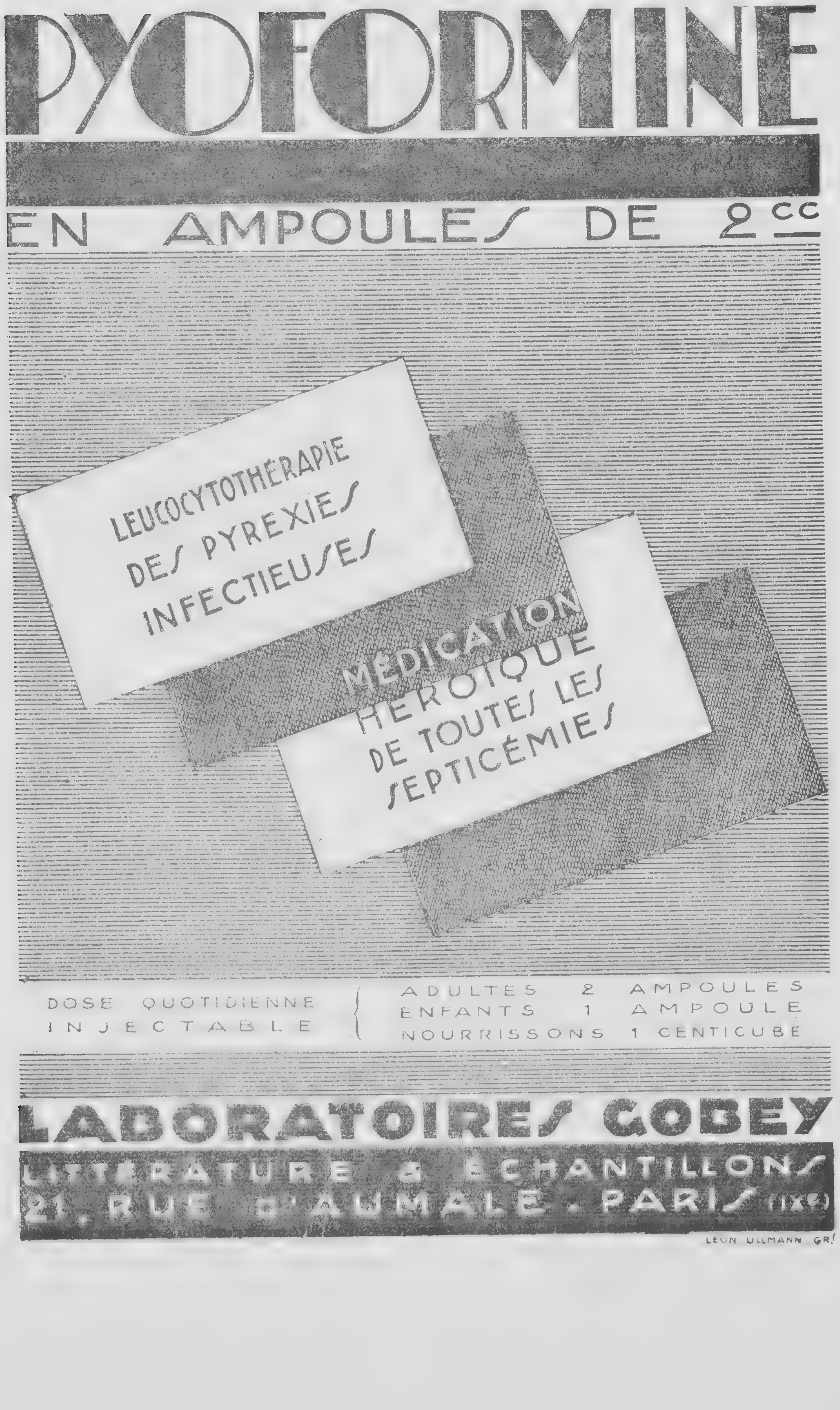
CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux

FONDÉ EN 1873. — N° 23 LE NUMÉRO: 50 Centimes 9 JUIN 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE DES PYREXIES INFECTIEUSES
MÉDICATION HÉROÏQUE DE TOUTES LES SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE - PARIS (IXe)
LEON ULLMANN GR.

NOUVELLES

Assistance Publique. — *Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. (Admissibilité).* — A la suite de ce concours ont été déclarés admissibles : MM. les Drs Serrand 72 pts, Le Goff 67, Porcher 60, Busy 57, Marchand 55, Coliez 54, Foubert 50, David et Ordioni 43.

— Un concours de nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 14 juin, à 16 h. 30, à l'hôpital Tenon.

Le jury est composé de MM. les Drs Laquerrière, Guilbert, Darbois, Mallet, Ribadeau-Dumas, Berger et Gernez.

Lyon. — Le dernier concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Paliard.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — M. Josse. Etude clinique et diagnostic des néoplasmes vatériens. — M. Siddhanta. Etude du kala-azar aux Indes. — Mlle Talmazskaïa. Concrétions calcaires de la peau. — M. Lallemand. L'émotion musicale normale. — Mlle Bastien. Traitement de la métrite blennorragique. — M. Parfonry. Traitement chirurgical du strabisme paralytique.

Thèses vétérinaires. — M. Vanlerberghe. Les maladies des nouveau nés dans les espèces chevaline et bovine. — M. Claverie. Organisation et lutte contre les épizooties en Guinée française (1920-1926).

4 juin. — M. Gorodetsky. La protection maternelle et infantile en Russie soviétique. — M. Dreffus. Physiologie des diverticules vésicaux. — M. Seligman. La mesure thermo-électrique des températures cutanées. — M. Chatellier. Essais sur le thyroïdisme et la carie dentaire.

5 juin. — M. Chalaby. Etude sur la grossesse interstitielle. — M. Jaïs. Les maladies coloniales en France avant et après la guerre.

7 juin. — M. Uzan. Etude du muguet et de son traitement. — M. Leroy. Le sulfarsénol dans les états hypothrepsiques.

Guerre. — Tableaux d'avancement pour 1928 (réserve) : *Pour le grade de médecin capitaine.* — MM. les médecins lieutenants Pin, Foare, Lavaud, Duranthon, Hovelacque, Humeau, Jouffrault, Jobard, Guinemand, Muzac, Rougier, Jund, Dupuy, Godron, Ducassé Clos, Fournier, Vauzelles, Beyly, Rémy, Daubas, Laget, Calazel, Wallet, Colombier, Robert, Lataillade, Sigwalt, Bousseau, Catrice Strauss, Licourt, Duclos, Cassard, Leblanc, Pasquier, Gautherau, Gendrau, Bourrouillou, Labeau, Lévêque, Vinson, Girard, Béguet, Grunberg (M.), Grunberg (V.), Daniel, Phelippot, Belveze, Rimey, Roux, Tixier, Schaechter, Landau Versepuech, Funck, Routhier, Lebossé, Molly Khayatt, Riquez, Fichot, Néel, Cohen, Duclaud, Peyronnet, Guichou, Thouart, Cincin, Vernier, Mollet, Saussol, Fronty, Magnier, Pocy-Nogues, Amselle, Battesti, Kappler, Guillaume, Escarras, Bonnet, Garach, Platon, Brunet, Fournier, Martin, Deflinne, Michel, Bonnet, Sauveplane, Laurent, Greffier, Mickaniewki, Briquet, Lebœuf, Vignolles, Germain, Lapillonne, Pons-Leychard, Wittwer de Froutiguen, Gallerand, Abou, Collomb, Warin, Richard, Laurent, Deffuant, Meugé, Cavalié, Goure, Ducastaing, Dauphin, Paugam, Meudic, Bettinger, Stevenin, Lemaire, Hardouin, Gay, Belfort, Debono, Sanson, Donzelot, Bertholey, Gattellier, Lavalley, Aguillon, Darré, Godard, Mitton, Louart, Deleuil, Petit-Dutaillis, Grunberg, Netter, Michelau, Taburet, Arle, Constantin, Vielle, Saiget, Brun, Tramini, Allard, Brochet, Barraud, Le Paumier, Savin, Mercier, Fey, de Nabias Gaudard d'Allaines, Vallery-Radot Bloch, Braine, Roume, Sappey, Gautier Capart, Petit, Costantini, Errard, Blechmann, Dunet, Auvigné, Monod, Lacombe, Boppe, Saugues, Bigot, Lattéo, Marquézy, Monlonguet, Mornard, Briand, Moquet, Voisin, Gouverneur, Marais, Cathala, Cleiz, Richon, Portès, Guillemin, Cappelle, Rouillard, Godard, Langle Baudin, Mouriès, Nalin, de Vernejoul, Sauze, Periu Rochet.

Faculté de médecine de Strasbourg. (Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.) — *Cours de perfectionnement de dermatologie et de vénérologie.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques du 17 septembre au 3 novembre 1928 sous la direction de M. le professeur L.-M. Pautrier avec la collaboration de MM. : Professeur A. Barré, professeur de clinique neurologique ; professeur L. Blum, professeur de clinique médicale ; Prof. G. Canuyt ; professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Prof. Merklen, professeur de clinique médicale ; Dr Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie ; Dr Larousse, chargé de cours de bactériologie ; Dr Gunsett, chargé de cours de radiologie ; Dr Roederer, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A ; Dr Vaucher, chargé de cours clinique médicale B ; Dr Weill, chargé de cours d'ophtalmologie ; Dr A. Boeckel, chargé de la polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A ; Dr Diss, chef de laboratoire ; Dr Glasser, chef de laboratoire ; Dr C. Lévy, chef de clinique.

Ce cours aura lieu du lundi 17 septembre au samedi 3 novembre tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil, à la clinique des maladies cutanées et, pour chaque branche de la spécialité, dans les cliniques intéressées.

Tous les cours essentiellement pratiques seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement, cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intra-veineuses, lavages de l'urèthre, dilatations, interventions urétroscopiques, uréthroscopie, etc.

En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans le service ; visite complète du service le mardi et vendredi matin à 9 h. ; polyclinique externe dermatologique, tous les jours à 10 h. Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 h.

La clinique des maladies cutanées possède une bibliothèque de près de 3.000 volumes qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité, et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique. Les élèves du cours y auront accès tous les jours de 9 à 12 h. et de 14 à 19 heures.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises,

leur permettra de reconstituer la leçon. Droit d'inscription, 300 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2, quai St-Nicolas. Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions defamille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et y compris les méthodes de sérologie, l'anatomie pathologique générale des dermatoses en 20 leçons aura lieu en même temps.

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle.

Ils seront exercés à la technique des examens sérologiques (réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht-Bauer, floculation de Vernes.)

Droit d'inscription, 300 francs. S'inscrire en écrivant directement au Professeur PAUTRIER.

Médecins anglais à Vichy. — Les médecins anglais participant au Voyage d'études du Royal Institute of Public Health se sont rendus à Vichy.

Reçus magnifiquement par la Compagnie fermière de Vichy, ils ont emporté de leur visite à la reine des stations thermales un inoubliable souvenir.

Ecole de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira, le mercredi 12 décembre 1928, devant la faculté de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de clinique médicale et de pathologie interne à l'école de Rennes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie — Médecin général inspecteur JACOB, ancien professeur et directeur du Val-de-Grâce, chef du service de santé de la 2e armée et de l'armée du Rhin, commandeur de la Légion d'honneur, Croix de guerre. — Dr WILLIAM BLAS, médecin homéopathe, 8, rue Margueritte. — Dr Léon DUFOURT, de Fécamp. — Dr Paul-Edouard TARDY, décédé le 24 avril 1928, à Tiaret (Oran), à l'âge de 40 ans. — Dr BOUCHEZ-BRILLART, de Busigny. — Mme Antoine GAUTIER, infirmière à l'hôpital Necker, où elle était affectée depuis deux ans au service de médecine infantile, vient de succomber à une septicémie dont l'origine fut une piqûre qu'elle se fit quelques jours auparavant avec une épingle en emmaillottant un nourrisson. — Dr VETILLARD, 26 ans, qui avait, en donnant des soins à un enfant à l'hôpital Bretonneau, contracté la diphtérie. Il est décédé en vingt-quatre heures.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à la psychologie collective, par CHARLES BLONDEL. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris. Broché 9 fr.

La psychologie collective étant encore à ses débuts, M. Ch. Blondel a jugé plus opportun de donner une introduction à la psychologie collective que de présenter ambitieusement une psychologie collective. Car ce qui importe, à l'heure présente, c'est de définir l'objet de psychologie collective, de déterminer sa place dans l'ensemble de la recherche psychologique et de lui fixer ses hypothèses de travail et ses directives.

Il apparaît, à lire cette *Introduction*, que la psychologie collective est une des branches fondamentales de la psychologie, que ni la psychologie de l'espèce, ni celle de l'individu ne sauraient se poursuivre et s'achever sans son concours et son contrôle, qu'elle est en droit de revendiquer comme champ d'étude nombre de problèmes traités communément en psychologie générale, et qu'elle est ainsi destinée à occuper dans la recherche psychologique une place de premier plan.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES RADIATIONS

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

(*Professeur* : M. LOEPER)

Pratique et Résultats de la curiethérapie des tumeurs

Par M. le Dr **PROUST**,

Professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

Avant de commencer ce cours sur la pratique et les résultats de la curiethérapie des tumeurs, je tiens d'abord à remercier vivement mon excellent ami le Prof. Loeper, grâce à qui m'est fourni cet auditoire de choix pour exposer les détails les plus récents sur cette question. La pratique de la curiethérapie est basée sur ce que nous pourrions appeler la posologie de la curiethérapie, car nous sommes arrivés maintenant à un véritable dosage des unités thérapeutiques qu'il convient d'employer.

Vous savez que des différents rayonnements émis par un tube de radium à l'équilibre, c'est-à-dire un tube scellé depuis plus d'un mois, divers rayonnements qui sont les rayonnements alpha (rayons corpusculaires d'hélium), rayons bêta (rayons corpusculaires d'électrons) et les rayonnements gamma (vibrations électromagnétiques), seuls les rayons gamma doivent être employés, ce qui est assuré par une filtration minima de 6/10 de millim. de platine qui pratiquement arrête les alpha et les bêta. Mais ces gamma eux-mêmes, il importe, au point de vue de la perfection de la thérapeutique de destruction des tumeurs., d'en employer seulement les plus durs, car Regaud a bien démontré que la spécificité d'action des radiations s'accroît avec le raccourcissement de la longueur d'onde. Il y a donc avantage à ne pas se contenter d'une filtration de 6/10 de mm. de platine, mais d'arriver à une filtration de 2 mm., qui, comme je l'ai démontré, arrive, tout en ne diminuant le rayonnement gamma que de 10 %, à donner une prédominance considérable du rayonnement dur sur le rayonnement mou qui est alors à peine de 3 à 5 % de la totalité. C'est donc au tube de radium filtré à 2 mm. de platine ou de son équivalent or-bijouterie que nous nous adresserons pour la thérapeutique focale à l'exception de l'inclusion dans les tumeurs. Et pour cette thérapeutique focale à l'exclusion de l'inclusion dans les tumeurs je recommanderai comme unité le tube de 10 mgr. de radium.

Je me permets de rappeler la notion fondamentale que ce tube ainsi filtré émet en conséquence presque de son filtrage un rayonnement secondaire mou excessivement caustique et que par conséquent jamais, au grand jamais, un tube ne doit être employé nu sans qu'il n'y ait interposition, entre lui et les tissus vivants, d'une substance susceptible d'arrêter le rayonnement mou qui est soit de la pâte Colombia dans les appareils de surface, soit le plus habituellement, dans les appareils intra-cavitaires, du caoutchouc exempt de sels métalliques.

Pour l'inclusion dans les tumeurs, le tube de 10 mgr. revêtu d'une enveloppe de 2 mm. d'épaisseur est d'un volume trop gros et il faut se contenter, quitte à subir dans un court espace les inconvénients d'un rayonnement gamma mou d'une paroi d'un millimètre d'épaisseur. Mais je ne descends jamais au-dessous, car les tubes filtrés au-dessous d'un millimètre donnent des rayonnements fréquemment douloureux par troubles de névrite produisant plus facilement des radio-nécroses et pouvant provoquer parfois des hémorragies secondaires.

De même, quand il s'agit de faire de grands appareils de surface permettant d'irradier toute une région c'est encore à la dissémination de tubes de 10 groupés suivant des lois précises afin d'homogéniser leur action qu'il convient d'avoir recours.

Enfin, quand, suivant les indications particulières, il semble nécessaire de placer à distance d'au moins 10 cm. et parfois plus, de très puissantes sources de radium dont les faisceaux convergents viennent se réunir en un point profond soigneusement calculé à l'avance suivant les règles de la télécuriethérapie, inaugurée, comme vous le savez, par mes élèves Mallet et Coliez qui ont présenté leur très ingénieux appareil à l'Académie de médecine le 3 février 1925, peu importe le conditionnement du radium puisque dans les cassettes de plomb qui constituent les réservoirs de l'appareil, on marche par unité de radium d'au moins 100 mgr. et pouvant très largement dépasser ces doses.

En somme : inclusion dans les tumeurs, introduction de tubes filtrés alors à 2 mm. non plus par effraction mais par pénétration directe dans les cavités et agencement régulier dans ces cavités, installation de larges appareils de surface en pâte Colombia suivant la technique de Regaud avec disposition régulière des tubes contenant les sels de radium suivant les règles édictées par Mallet, disposition de masses considérables de radium dans les cassettes de plomb de l'appareil de Mallet et Coliez ou dans les différents appareils dérivés de leur idée première ; quel que soit le dispositif qu'elle emploie, la pratique de la curiethérapie dans ses différentes modalités doit se régler sur les qualités propres des rayons gamma et sur les modes de mensuration de ces rayons en quantité et en pénétration.

1° Loi du carré de la distance.

Les rayons gamma, comme les rayons lumineux et comme toutes les radiations électro-magnétiques, vont comme on dit en s'affaiblissant suivant le carré de la distance qu'ils parcourent, ou, plus exactement, supposés partir d'une zone punctiforme vont en se dispersant suivant le carré des aires qu'ils couvrent, ce qui revient à poser que si on examine l'action sur un millim. carré de surface produite par un tube de radium à une distance de un millim. l'action produite sur un millim. analogue mais à une distance de un centimètre sera non pas 10 fois mais 100 fois plus petite et si la distance est portée à 10 cm. la dose reçue sera 10.000 fois plus petite. C'est ce qui explique que, par exemple, dans les applications intravaginales un tube, dont l'action sera parfaite s'il reste à une distance de 5 mm., produira une perforation irrémédiable de la muqueuse s'il vient directement s'en coiffer ; d'où nécessité, d'une part, de créer de la distance et d'autre part, d'avoir des tubes dosés pour que la répartition d'action soit telle que même avec erreur de glissement il n'y ait pas d'accident. C'est pour cela que nous ne dépassons jamais la dose de 10 mgr. par tube, que nous avons une épaisseur de 2 mm., qu'à l'extrémité du tube existe même une distance légèrement supérieure et que nous avons supprimé les œillets terminaux. Malgré cela, la bonne application des tubes reste nécessaire pour éviter les accidents même non perforatifs des excès de doses.

Pour compenser en partie cette loi inexorable de l'affaiblissement apparent suivant la distance, mais en réalité de la dispersion des rayons à partir de la source, il y a lieu quand on fait les applications en surface de multiplier les foyers de façon à ce que l'homogénisation se fasse dans la profondeur comme on règle l'uniformité d'un éclairage en multipliant les lampes.

Si telle est la loi d'affaiblissement des rayons dans l'espace, il y en a une autre qui est liée à la résistance qu'opposent les tissus, résistance pas très élevée puisqu'il s'agit de rayons ultra-pénétrants, mais résistance tout de même à peine corrigée par des effets de diffusion et de récupération dans la profondeur qui sont ici moins marqués que pour les rayons X, Il est nécessaire tout de même de pouvoir préciser d'une façon très exacte les doses reçues dans la profondeur des tissus et c'est le

rôle d'un appareil très ingénieux et très délicat imaginé par mon collaborateur Mallet et construit avec le concours du si regretté Dane. En vous évoquant le nom de Dane je ne puis m'empêcher de penser à tout le bien qu'a fait pour le perfectionnement de la méthode curiethérapique ce chercheur dévoué qui est mort victime de la manipulation du radium.

Nous voyons donc d'une façon schématique comment se comportent les tubes, comment on les place. Nous comprenons vaguement comment les rayons sont émis, comment ils s'affaiblissent, ou mieux, se dispersent. Mais comment peut-on mesurer tout cela, en calculer les effets thérapeutiques. en faire en quelque sorte la *posologie* ?

L'émission des rayons du radium étant liée d'une façon absolue à la désintégration des atomes du radium d'abord et ensuite de ceux de l'émanation suivant une loi inexorable, il existe, comme vous savez, un lien mathématique tellement précis entre la quantité de rayons émis et la quantité d'émanation détruite qu'on a pris l'habitude de mesurer ceux-ci par celle-là et que, par ce qui est un abus de langage mais une explication figurée, très séduisante et compréhensible, on a pris comme mesure de grandeur de la dose thérapeutique employée la quantité d'émanation détruite dans le tube, et c'est ainsi par exemple que j'ai pu pour le traitement d'un néoplasme de l'utérus poser comme ordre de grandeur d'une dose importante la dose de 60 millicuries d'émanation détruits, comme on parle des doses limites d'un alcaloïde employé tout en n'y donnant pas une rigueur absolument mathématique.

Mais comme l'a fait justement observer Laborde, il faut distinguer entre la dose dépensée dans le tube qui est exactement donnée par la quantité d'émanation détruite, la dose sortant du tube qui est calculable facilement par l'épaisseur du tube filtrant, la dose reçue a la surface des tissus qui est calculable par la distance, la dose reçue dans la profondeur qui est calculable à la fois par la distance et le coefficient de résistivité des tissus. Il y aurait peut-être lieu de calculer la dose absorbée effectivement par les tissus malades mais on ne peut l'avoir qu'en première approximation.

Si la manière de compter en millicuries détruits permet des règles élémentaires suffisantes pour des applications telles que des applications au niveau du col ou dans la cavité utérine, elle devient tout à fait inopérante pour les grands appareils de surface qu'on applique par exemple sur le cou ou sur le thorax dans le cas d'épithélioma du sein, parce qu'alors il est bien évident que la majeure partie de l'énergie dépensée dans le tube, ou tout au moins *grosso modo*, la moitié se dépense à l'extérieur. Il est nécessaire alors de calculer en fonction de l'appareil la dose reçue en surface par unité cutanée comme on fait dans l'application de la radiothérapie courante, et la dose reçue en profondeur. Pour ne pas trop nous séparer des habitudes actuellement prises, en précisant ces unités nous les avons rapportées à l'unité de millicurie détruit.

Nous avons pu ainsi poser en principe que pour un appareil de surface type, quelle que soit la distance à laquelle les tubes soient placés, il faut régler la durée d'application de façon que tout se passe comme si chaque unité de peau recevait au total une dose équivalente à celle donnée par un tube filtré à 2 millim. placé à 2 centim. et dans l'intérieur duquel se produirait un rayonnement correspondant à la dose de 13 mcd. Ceci pour obtenir la dose érythème, 24 mcd. pour la dose épidermoïde. Au-delà il y aurait possibilité d'une réaction grave des tissus cutanés.

Rapportée aux unités R habituellement employées en radiothérapie, la dose érythème avec le radium ainsi compris correspondrait à près de 7.000 R et la dose de radio-épidermite à près de 13.000, ce qui actuellement en radiothérapie ultra-pénétrante correspondrait à une grave dose de radio-nécrose. On voit donc que ce calcul a une grosse importance et que la dose de 13 millicuries en surface pour la dose érythème et 24 mcd. en surface pour la dose de radio-épidermite ne doit en principe pas être dépassée, et pour cela il suffit une fois le schéma d'irradiation installé et l'appareil de surface préparé, de mesurer sur le fantôme avec l'ionomicromètre l'action obtenue en surface et dans la profondeur, c'est-à-dire au niveau de la tumeur à traiter.

Existe-t-il donc une dose cancer ? Dans toute sa rigueur mathématique, non, mais il existe incontestablement un seuil au-dessous duquel toute action thérapeutique est absolument illusoire et ce seuil est de l'ordre de grandeur de la dose érythème, si bien qu'on peut dire que toute application de surface qui ne s'accompagne pas d'un érythème marqué et le plus souvent de lésions épidermicides si elle a dû être faite par une seule porte d'entrée est en l'absence de ces symptômes absolument inopérante.

Mais la dose n'est pas tout, la période de temps sur laquelle elle est étalée a une importance au moins et souvent plus considérable. C'est que, ainsi qu'il a été bien démontré, si la cellule néoplasique est par l'amas monstrueux de chromatine que contient son noyau (ainsi riche en éléments atomiques plus lourds) particulièrement fragile et sensible à l'action des radiations, cette sensibilité s'accroit énormément au moment du remaniement du noyau c'est-à-dire au moment de la karyokinèse, si bien que s'il est vrai comme l'a démontré Bergonié par sa loi immortelle que les tissus les plus riches en karyokinèse sont les plus sensibles à l'action des rayons, c'est au moment de leur karyokinèse que les cellules qui les composent le sont à l'extrême. D'où la nécessité d'étudier le cycle des tumeurs comme l'a fait Lazarus Barlow, et surtout de mesurer ce cycle comme l'ont fait d'une façon admirable au point de vue de la raison d'être et de la perfection de la méthode thérapeutique, les deux remarquables chercheurs que sont de Nabias et Forestier en établissant leur méthode de recherche de l'index d'activité karyokinétique, méthode qui a permis en étalant la durée des traitements jusqu'à 15 et 25 jours et parfois davantage de venir à bout de radio-résistances jusque-là en apparence définitives et d'étendre ainsi singulièrement le champ de la radio-sensibilité.

Par conséquent : disposition des tubes soit dans les tumeurs soit dans les cavités naturelles soit dans les appareils de télécuriethérapie, mensuration précise du pouvoir rayonnant de chaque tube, schéma d'irradiations de l'appareil dans son ensemble, mensuration préalable de cet appareil au fantôme, telles sont les manœuvres qui nous permettent de calculer quelle va pouvoir être la dose donnée et de proportionner cette dose en quantité et en durée suivant la tumeur à traiter. Cette quantité et cette durée vont nous être données par les résultats de la biopsie qui nous indiquera à la fois le degré de sensibilité de la tumeur, les données de la clinique et le rappel des données de l'envahissement lymphatique qui nous montreront l'étendue de la zone à stériliser ; l'étude de l'index d'activité karyokinétique en nous permettant de calculer le cycle de la tumeur nous indiquera la durée pendant laquelle doit être faite l'application, et enfin l'étude des organes sensibles os, muqueuses, vaisseaux qui doivent être ménagés pour éviter les ostéonécroses, les réactions trop douloureuses les thromboses, les névrites : tel est un aperçu des précautions à prendre en général et des écueils à éviter.

Je vais vous prendre maintenant comme type la pratique d'application de la curiethérapie à deux des néoplasmes pour lesquels ses résultats sont les meilleurs, à savoir l'utérus et la langue qui vont nous permettre d'illustrer par des exemples concrets les notions générales que je viens de vous donner et nous terminerons par l'étude statistique des résultats obtenus.

Toutefois si l'utérus et la langue sont deux des types de siège des tumeurs les plus fréquemment traitées par le radium, il est juste de dire que l'ensemble des cancers

de la face et de nombreux sarcomes donnent avec la curiethérapie d'excellents résultats pour rester dans le cadre des tumeurs malignes car vous savez comme moi que dans les affections bénignes comme par exemple les fibromes ou les angiomes, question dont je n'ai pas à m'occuper aujourd'hui, la curiethérapie donne de merveilleux résultats.

Nous allons donc nous occuper des conditions rationnelles d'irradiations curiethérapiques du cancer de l'utérus, c'est-à-dire d'irradiations de l'utérus et des ligaments larges (1).

Passons maintenant aux règles pratiques d'application.

Règles pratiques d'application.

Cancer du col de l'utérus.

Prenons comme type le cancer du col de l'utérus, épithélioma développé au niveau de la surface de revêtement d'épithélium pavimenteux qui tapisse le col. Il s'agit le plus souvent d'un épithélioma intermédiaire. Pendant longtemps on décrivait surtout ces épithéliomas-là comme des épithéliomas baso-cellulaires et c'est surtout sur ce caractère que l'on insistait pour expliquer leur radiosensibilité. Actuellement, nous nous rendons compte comme je vous l'ai dit que ce sont surtout des épithéliomas intermédiaires et ils sont en réalité très suffisamment sensibles. On a donc commencé par faire une biopsie, cette biopsie a permis d'apprécier l'importance des mitoses et au moyen du rapport qui lie le nombre des cellules en division au nombre de cellules saines, nous avons pu établir l'index d'activité karyokinétique et en le supposant par exemple de 1 sur 100 nous avons décidé que la durée d'application devrait être de 15 jours, les constatations cliniques nous montrant que le néoplasme est encore en apparence strictement utérin et en réalité comme nous le savons actuellement juxta utérin. Ce sont de ces cas dans lesquels on a longtemps considéré que la seule application utéro-vaginale est susceptible de stériliser ce qui doit être stérilisé. Nous faisons alors une application, comportant un tube intra-utérin de 10 mgr. de radium filtré à 2 mm. et enveloppé de caoutchouc exempt de sels métalliques.

Dans chacun des culs-de-sac on met également un tube de 10 mgr. qui est placé dans un pessaire disposé de manière à ce que l'extrémité du tube ne puisse venir léser ni la vessie ni le rectum. Depuis que cette technique est employée, on peut constater encore des accidents douloureux du côté de la vessie et surtout du rectum mais plus jamais de perforations. Lorsque ces trois tubes sont restés onze jours en place la quantité de millicuries détruits dans l'intérieur des tubes des tubes est de 60 mcd., la dose reçue par le néoplasme est du fait du filtrage et de l'épaisseur du caoutchouc un peu moindre et l'application peut sans inconvénient être laissée avec les trois tubes jusqu'à 15 jours.

Si l'index d'activité karyokinétique était un chiffre comme $\frac{1}{200}$ ou $\frac{1}{250}$ nécessitant alors un séjour de 25 jours à partir du 10e jour, nous aurions diminué la dose pour que le total général ne soit pas trop élevé : c'est la répartition qui aurait changé, quoique à la vérité pour les applications très longues la dose massive totale puisse être légèrement augmentée.

Malgré que pour les cas à envahissement lymphatique limité, c'est-à-dire dont l'envahissement ne dépasse pas ce que nous avons appelé le triangle urétéro-utérin la simple application utéro-vaginale doive donner une irradiation s'étendant à tout le territoire envahi, nous avons néanmoins une tendance pour nous conformer à la règle que j'ai établie à savoir que les principes de l'irradiation devaient être les mêmes que ceux d'une opération chirurgicale, et comporter le traitement du département lymphatique en même temps que celui de la lésion initiale à irradier la base des ligaments larges au moyen d'un appareil de surface ou par télécuriethérapie. Cela dépend de la quantité de radium dont on dispose, mais si l'on en a des quantités suffisantes la télécuriethérapie présente de très grands avantages et même dans les cas très avancés permet d'arriver à faire fondre des infiltrations considérables de ligaments larges ; le seul point important, mais son importance est considérable, est de faire des calculs très précis des doses reçues. D'autre part il faut bien savoir qu'une des conséquences produites par une irradiation aussi étendue est un degré important de mal des rayons qui n'est pas toujours sans inconvénient, si bien que de même qu'on doit suivant le cas, proportionner le type d'opération à la résistance du malade, il convient de même de proportionner le chiffre total des irradiations aux qualités de résistance du sujet.

Vous voyez donc qu'avec l'utérus on peut disposer d'une application focale excessivement précise et d'une action à distance que pour ma part je préfère à la radiothérapie.

Résultats. — Quels sont les résultats ainsi obtenus ?

Dans mon service sur l'ensemble des malades traitées nous avons obtenu la disparition des lésions et la guérison apparente dans environ la moitié des cas. La consolidation de la guérison pour être admise doit porter sur de longues années de contrôle et avec de grosses séries. Celles-ci permettent d'admettre un pourcentage d'environ 30 à 40 % pour les cas moyens (envahissement du triangle urétéro-utérin, mais non de l'espace urétéro-pelvien et de plus de 50 % dans les cas pris au début). Il est vraisemblable que quand les méthodes de dépistage et les techniques des récentes années auront fait sentir leur influence sur les cas qui seront contrôlés dans 4 ou 5 ans, ce pourcentage s'accroîtra dans de très sensibles proportions. Et plus les applications seront précoces, plus une stérilisation équivalente à une éradication totale aura chance d'être réalisée.

Le contrôle histologique fait par biopsies successives, en nous montrant l'action du radium sur les cellules épithéliales est très encourageant. A ce sujet je ne peux mieux faire que de vous recommander la lecture de l'admirable article de Gustave Roussy et Maurice Wolf dans le Traité de Médecine. Vous y verrez dans les suggestives planches de Simone Laborde et Leroux, au bout de neuf jours, la *réaction hypertrophique monstrueuse* du noyau, au onzième jour *la désintégration massive des plages épithéliomateuses* ; au seizième jour l'*envahissement par les polynucléaires des amas de cellules épithéliomateuses mortes* ; au vingt-troisième jour LE DÉBUT de *cicatrisation conjonctive*. Ce n'est en réalité que L'EXTRÊME DÉBUT et dans les cas de nos applications très prolongées ce n'est qu'après la cessation des applications que la cicatrisation se produit.

Cancer de la langue.

Pour le cancer de la langue, nous allons envisager un autre type d'application. Plus encore qu'ailleurs, comme j'ai eu l'occasion de le démontrer, le traitement du département lymphatique a une importance au moins égale à celui de la lésion initiale et doit être au moins contemporain sinon initial. Il en est de même pour le cancer de la lèvre, pour lequel je considère qu'il y a un véritable danger à dissocier la lésion initiale de la lésion ganglionnaire, et il est tout à fait pernicieux de se contenter de traiter la lésion labiale comme je l'ai dit à la Société Chirurgicale le 25 mai 1927.

Pour toute une série de raisons que je ne veux pas développer ici, il y beaucoup de cas dans lesquels le traitement ganglionnaire peut ou doit être fait par exérèse chirurgicale très large, mais je ne veux envisager ici que l'application curiethérapique que je fais alors contemporaine du traitement lingual.

(1) Cf. R. Proust et Mallet. — Les conditions rationnelles d'irradiations curiethérapiques de l'utérus et des ligaments larges. (*Bull de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, t. XV, n° 3 mars, mars 1926.)

Ce traitement lingual lui-même comporte des inclusions de tubes de 2 mgr. de radium chacun filtrés à 1mm. disposés à 2 cm. l'un de l'autre en demi-couronne encerclant la tumeur du côté opposé au bord du maxillaire et placés au moyen du trocart de Nabias et restant en place suivant les notions données p l'index karyokinétique de 16 jours à un mois.

En même temps est posé un appareil en cire moulé (pâte Colombia) recouvrant la région à traiter, et au niveau duquel des tubes de 10 mgr. sont placés de façon à ce que l'action de l'irradiation se fasse particulièrement sentir au niveau des départements lymphatiques à stériliser.

Par l'application de radium en tubes inclus au pourtour de la lésion initiale, on obtient dans l'immense majorité des cas la disparition de cette lésion, mais si le curage préalable n'a pas été d'une façon complète, ou si le traitement contemporain par appareil de surface n'a pas été suffisant, on constate alors un envahissement secondaire du plus fâcheux pronostic. Sans avoir des résultats ni aussi constants ni aussi nombreux que pour l'utérus on peut estimer que dans le *quart des cas* pris avant le stade d'envahissement, on doit pouvoir au bout de 5 ans constater la consolidation de la guérison obtenue.

Tels sont pour deux types ,schématiques et favorables d'épithéliomas les résultats sur lesquels on est en droit de compter.

50 % dans la catégorie utérine.

25 % dans la catégorie linguale.

Les améliorations certaines de l'avenir tiendront en partie aux perfectionnements continus des techniques mais surtout au perfectionnement du diagnostic précoce et à l'amélioration du dépistage.

C'est en vous persuadant de ces vérités que vous, les jeunes, qui êtes le flambeau de l'avenir, vous améliorerez ce que nous avons fait et arriverez ainsi à faire baisser encore la mortalité du cancer pour le plus grand bien des malades.

PRATIQUE UROLOGIQUE

Remarques au sujet de la technique des grands lavages urétro-vésicaux,

Par le Dr L. BOULANGER,
Assistant à l'hôpital d'Urologie.

Depuis plus de trente ans que les grands lavages urétro-vésicaux sont entrés dans la thérapeutique des urétrites leur technique a été, à maintes reprises, décrite de façon détaillée, de telle sorte qu'il semble bien qu'il n'y ait plus rien à en dire.

Néanmoins, il m'a semblé qu'il pourrait ne pas être sans utilité de donner à leur sujet certaines indications qui font l'objet de cette note. Elles ont trait :

1º *A l'instrumentation* ;

2º *A la position à donner au malade* ;

3º *A la température de la solution médicamenteuse employée* ;

I. — INSTRUMENTATION. — La plus communément employée se compose, comme on sait, d'un récipient à élévation, pouvant être fixé à des hauteurs variables, qu'un tube en caoutchouc, sur le traget duquel existe, soit un robinet, soit une pince, relie à une canule en verre du modèle de Janet ou de Pasteau à brise-jet en caoutchouc ou de Tuffier à brise-jet en verre ou en métal, copie américaine de cette dernière et qui suffit pour l'exécution correcte d'un grand lavage urétro-vésical.

Je considère toutefois que le laveur métallique à robinet fermant automatiquement et à brise-jet, que j'ai proposé il y a quelques années, présente des avantages marqués sur l'instrumentation qui vient d'être décrite.

Sans entrer dans la description détaillée de cet appareil que j'ai donnée ailleurs (1) je rappellerai seulement qu'il présente les avantages suivants :

1º Son manche métallique donne à la main une prise solide.

2º La fermeture automatique du robinet dont il est muni et qui ne laisse s'écouler le liquide du récipient qu'à la volonté de l'opérateur lequel a la faculté d'actionner d'un seul doigt le mécanisme d'ouverture de ce robinet, évite les désagréments causés par la fuite intempestive du liquide résultant de l'oubli de la fermeture d'un robinet ordinaire ou de la mise en place incorrecte d'une pince et par celle qui se produit pendant le temps nécessaire à la manœuvre du robinet ou de la pince.

3º Il peut recevoir des olives de formes et de dimensions variées suivant les cas pour les lavages urétro-vésicaux simples et des canules diverses nécessitées pour les lavages des repaires de l'urètre antérieur.

4º Il peut être tenu à pleine main, comme un couteau à amputation, pour les lavages urétro-vésicaux simples, ou bien en cas de traitement de repaire de l'urètre, grâce à des plaquettes de préhension dont les emplacements ont été étudiés *ad hoc*, dépourvu de son brise-jet amovible, et muni d'une canule appropriée à la circonstance, être tenu comme une plume à écrire, attitude qui donne à la main beaucoup de légèreté, chose indispensable au cours de semblables manœuvres tout en laissant à l'opérateur la faculté d'actionner d'un seul doigt le mécanisme d'ouverture du robinet, sa canule étant en place dans le repaire.

5º Le ressort, agent de la fermeture automatique du robinet, peut être changé à la main sans outils et sans même que s'écoule le liquide contenu dans le réservoir.

FIGURE 1.

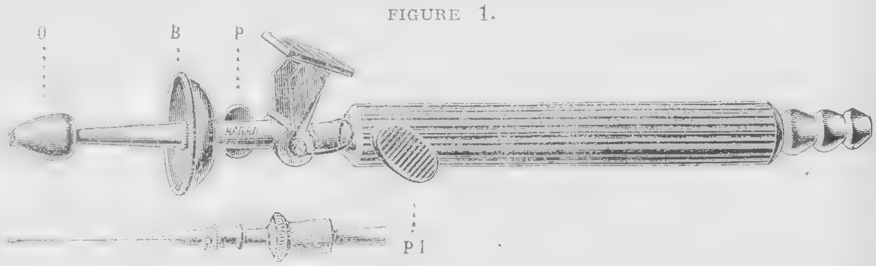


FIGURE II.

FIGURE I. — Le laveur muni du brise-jet et d'une olive O est équipé pour un lavage urétro-vésical. En P P' se voient les plaquettes de préhension.
FIGURE II. — Le laveur sans brise-jet et pourvu d'une fine canule est disposé pour le lavage d'un repaire.

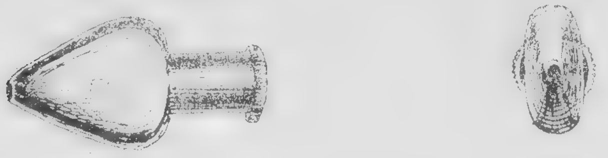
6º De construction entièrement métallique il peut être lavé, savonné, brossé et stérilisé par ébullition.

7º Les canules employées pour les lavages urétro-vésicaux, quel que soit leur profil (ogival de Janet, évidé d'Albarran, conique de Tuffier), procèdent toutes d'un tube cylindrique et restent donc cylindriques sur toute leur longueur, si bien que vues par leur extrémité terminale, urétrale, elles offrent toujours au regard et sur toute leur longueur une circonférence dont seul variera le diamètre suivant que l'on considère un point plus ou moins rapproché, ou plus ou moins éloigné de la pointe.

Le méat urétral n'étant pas un orifice circulaire, mais une fente, il m'a paru avantageux de donner à la partie terminale urétrale de l'appareil de lavage que j'appelle l'olive une forme plus en rapport avec la forme allongée du méat, et procédant de la même forme géométrique : une ligne droite, similitude de formes permettant une meilleure adaptation de l'olive sur le méat. C'est pour cette raison qu'il y a quelques mois j'ai proposé pour ces lavages une olive d'une nouvelle forme que j'ai nommée *cunéiforme* à cause de sa ressemblance avec un coin dont les figures ci-dessous-

(1) BOULANGER. — Laveur métallique à brise-jet et robinet fermant automatiquement. (*Journal d'Urologie*, tome XIX, nº 5, mai 1925)

(*Figure III*) suffisamment explicites, par les aspects de profil et de face qu'elles en montrent, me dispensent d'en donner une description détaillée faite dans une autre publication (1).



PROFIL FACE

FIGURE III.

II. — POSITION DU MALADE. — Couché en décubitus dorsal sur un plan de hauteur convenable et suffisamment résistant, le malade, la tête et le thorax moyennement relevés les membres inférieurs allongés et assez écartés pour admettre un bassin dont une des extrémités vient toucher le périnée se trouve dans une bonne attitude pour que lui soit fait correctement un grand lavage urétro-vésical, grâce à la mobilité de la verge permettant d'amener le méat audevant de la canule et à son contact, sans laquelle les mains de l'opérateur devraient plonger entre les cuisses du malade à la recherche de l'orifice du canal.

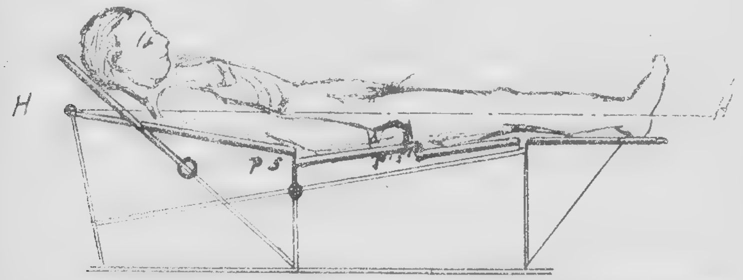


FIGURE IV. — H H' Ligne de plan horizontal PS PS' Plan surélevé.

Ceci tient, en effet, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en examinant la figure ci-dessus (*Figure IV*) à ce que le malade placé dans la position décrite plus haut (et qui est celle qu'il doit occuper au cours du lavage) n'est vraiment pas dans une position réellement horizontale à laquelle il n'arrive que si grâce à un mécanisme spécial de la table à lavage les segments tête, thorax, bassin, de son corps basculent légèrement (de 10 degrés) en arrière, mouvement qui fait saillir la région des organes génitaux, l'amène audevant de l'opérateur à qui elle se présente de façon commode pour l'exécution du lavage. Déjà facilitée par ce mouvement de bascule, cette opération l'est encore davantage si par un dispositif particulier de la table on soulève légèrement le segment bassin, PS. P'S' cette élévation venant augmenter d'autant la saillie de la région des organes génitaux et leur présentation à l'opérateur.

Très commode déjà lors de l'exécution du lavage, cette attitude est tout particulièrement avantageuse quand au lavage il est besoin d'adjoindre le massage de la prostate dont il est le complément obligé dans nombre de circonstances.

En pareil cas, si l'on a eu soin de situer le malade de façon telle qu'il ait le bord du siège de niveau avec le bord du plan surélevé de la table qui lui exhausse le bassin, l'abord de l'anus est très aisé sans que soit nécessaire de recourir ni à l'adjonction d'un coussin glissé sous le siège du malade ni à l'aide qu'apporte celui-ci en se haussant sur ses poings fermés en guise de coussins. *Cette position n'est nullement gênante ni désagréable pour le malade* QUI NE S'EN APERÇOIT MÊME PAS. J'ajouterai en outre qu'elle est très commode quand il y a lieu de faire usage de béniqués d'emploi si fréquent en urologie.

III. TEMPÉRATURE DE LA SOLUTION MÉDICAMENTEUSE. — Celle-ci est généralement employée tiède. Le réchauffeur de Noguès, appareil excellent et très pratique, porte à la face intérieure de son récipient un repère indiquant le niveau auquel doit atteindre l'eau à porter à l'ébullition et fixe le volume de cette eau qui, bouillante, doit être ajoutée au restant des 1.000 grammes d'où il a été prélevé. Cette quantité est de 300 grammes suffisante pour tiédir à 38,5 les 700 grammes d'eau froide auxquels on la mélange bouillante.

Cette tiédeur suffit dans la plupart des cas.

Dans bon nombre pourtant, une température plus élevée de la solution médicamenteuse est utile car il est d'observation que plus la température en est élevée et plus facilement se fait son passage dans l'urètre postérieur et dans la vessie.

Parfois même, le sphincter n'est franchi que grâce à une température qui pourrait, au premier abord, sembler exagérée si l'expérience ne venait démontrer la nécessité de son emploi.

De plus, il est à remarquer que les malades acceptent volontiers un lavage plus que tiède et que souvent ils le réclament *chaud*.

C'est pour ces raisons que j'ai pris l'habitude de faire le mélange avec 400 et parfois même avec 450 centimètres cubes d'eau bouillante. Je crois cette pratique recommandable et d'autant plus, outre qu'elle facilite le lavage, elle ne présente aucun inconvénient, je dirai même qu'elle est avantageuse en raison de l'action décongestionnante (1) par le fait même de sa température.

En résumé, je crois que la technique des grands lavages urétro-vésicaux peut être réellement améliorée :

1° Par l'emploi du manche laveur métallique à brise-jet et robinet fermant automatiquement ;

2° Par l'usage d'une olive plate, olive cunéiforme, de bonne adaptation ;

3° Par l'emploi du manche laveur sans brise-jet et pourvu d'une canule appropriée au cas traité lors du lavage d'un repaire microbien de l'urètre antérieur ;

4° Par la position donnée au malade grâce à la bascule en arrière des segments tête, thorax et bassin de son corps avec en plus élévation du segment bassin ;

5° Par l'emploi d'une solution médicamenteuse non pas tiède mais chaude.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Journalisme

Le premier numéro du Glasgow Medical Journal a paru en février 1828 sous la direction de William Mackenzie, qui fut l'élève de Roux et d'Orfila ; le *centenaire* du journal vient d'être célébré dans un numéro spécial (vol. CIX), qui est un résumé de l'histoire de la médecine écossaise, de la faculté et des hôpitaux de Glasgow ; de nombreuses illustrations font revivre les maîtres disparus et les vieilles pierres (l'ancien Collège et l'ancienne Infirmerie royale) au milieu desquelles ils contribuèrent, par leur travail et leur intelligence, à établir les fondements de la médecine moderne. La ville de Glasgow, célèbre par sa cathédrale, son université, ses galeries d'art et ses parcs et si représentative de la race écossaise, a toujours été sympathique à la France ; aussi sommes-nous heureux d'adresser nos sincères félicitations et nos meilleurs souhaits d'avenir au *Glasgow Medical Journal*, aux membres de sa rédaction et de son administration : MM. J. Wyllie Nicol, W. J. Richard, Matthew White, John Patrick, Geo A. Allan, J. N. Cruickshank, J. Scouler Buchanan, à la Faculté de Médecine et de Chirurgie et à son président M. G. H. Edington, à la Société médico-chirurgicale de Glasgow et à son président M. John Cowan et à tous les membres du corps médical écossais.

(1) BOULANGER. — Nouvelle olive *cunéiforme* pour laveur destiné aux grands lavages urétro-vésicaux et pour les seringues à injections urétrales (*Journal d'Urologie*, tome XXII, n° 2, août 1926.)

(1) Dans l'établissement de ces mélanges il faut, bien entendu, tenir compte de la température ambiante.

Nutrition.

Le métabolisme du sucre se schématise en quelques lignes (P. Lomry, L. Gillet et L. Duble. *Bruxelles médical*, 11 mars 1928). Le glucose du sang fourni par les aliments, indispensable à la vie, n'est utilisé par les tissus que s'il y a été fixé en glycogène par l'insuline du pancréas. Le glycogène emmagasiné dans le foie est remobilisé en glucose par l'adrénaline des capsules surrénales pour maintenir la glycémie à 1 °/₀₀. Trop peu d'insuline et trop d'adrénaline provoquent respectivement le diabète pancréatique et le diabète hépatique. L'acidose résulte de la dégradation incomplète des albumines et des graisses en l'absence d'hydrates de carbone utilisables. Le traitement du diabète se résume en deux indications : desucrer l'organisme en respectant son seuil de tolérance et fortifier le pancréas en lui ménageant des repos suffisants.

Tuberculose.

Dans les différentes formes de tuberculose osseuse et articulaire, L. Popp préconise l'abandon presque total des interventions chirurgicales et la reprise des méthodes conservatrices, parmi lesquelles la plus efficace serait la radiothérapie, dont les effets sont d'autant plus admirables que les malades sont plus jeunes (*Clujul medical*, 1er février 1928). La tuberculose osseuse et articulaire étant la localisation d'une maladie constitutionnelle, on mettra en œuvre, de concert avec la radiothérapie, tous les traitements qui pourront améliorer l'état général ; l'intervention chirurgicale sera réservée seulement à l'extirpation des foyers tuberculeux paraarticulaires et à l'enlèvement des séquestres osseux survenus pendant la radiothérapie ; l'auteur rapporte 11 cas de tuberculose osseuse et articulaire, auxquels il a appliqué la radiothérapie avec dix guérisons complètes et un seul insuccès.

Voies urinaires.

Le cancer de la vessie donne aux chirurgiens une mortalité très élevée ou des résultats peu durables ; bien que la curiethérapie ait une mauvaise presse, Ragnvald Ingebrigtsen rapporte une observation personnelle d'un grand intérêt dans les *Acta chirurgica scandinavica* (7 mars 1928). Il s'agit d'un homme de 65 ans qui entra à l'hôpital de Stavanger le 21 juillet 1920 pour hématurie ; la cystoscopie étant impossible, une cystostomie sus-pubienne montre une tumeur atteignant le trigone : on applique 110 mgr. de bromure de radium, avec filtre correspondant à 3 mm. de plomb pendant 48 heures ; à l'examen microscopique on trouve un carcinome. Le malade est revu le 15 octobre 1927, c'est-à-dire *sept ans après*, il n'existe aucune trace de récidive de la tumeur.

Les tumeurs de la vessie contituent un problème difficile au point de vue thérapeutique ; V. Compan aboutit aux conclusions suivantes dans les *Annales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo* (15 janvier 1928) : 1° L'électrocoagulation constitue un progrès indiscutable dans le traitement curatif des papillomes de la vessie. Autant que possible cette méthode devra être appliquée cystoscopiquement, mais si l'on a la conviction de ne pas pouvoir se rendre maître du néoplasme en quelques séances et prudemment, il vaut mieux avoir recours à la voie directe par taille hypogastrique. 2° Il faut s'efforcer, dans la mesure du possible, d'obtenir des renseignements histologiques en pratiquant une biopsie cystoscopique avant d'instituer le traitement. 3° L'emploi des moyens physiques pour le traitement des tumeurs malignes est encore à l'étude, la radium-puncture, appliquée après mise à jour du néoplasme par une taille large, est le moyen qui paraît donner les meilleurs résultats. 4° La radiothérapie n'a pas donné jusqu'à présent, des résultats encourageants.

Stomatologie.

L'infection permanente du milieu buccal par une carie négligée présente des inconvénients plus sérieux qu'on ne le croit en général (J. Pinchart : *Bruxelles médical*, 4 mars 1928). Elle entretiendra chez l'enfant la rougeur du pharynx, l'infection des amygdales provoquera l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et augmentera la virulence du bacille de Lœffler. Les bacilles pseudo-diphtériques et le pneumocoque vivent dans la bouche à l'état saprophytique. Certaines affections à agent pathogène indéterminé (rhumatisme infectieux, scarlatine) débutent par une localisation bucco pharyngée ; il est vraisemblable que le bacille d'Eberth pénètre par les ulcérations des piliers, si fréquentes au cours du premier septénaire. Les anaérobies, facultatifs ou permanents, n'attendent que l'occasion d'amplifier la nocivité des microbes pathogènes. Il est indispensable de procéder au nettoyage régulier et rigoureux des dents, à l'extraction des racines, à l'obturation des caries et au traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Il faut rejeter tous les antiseptiques caustiques et donner la préférence aux produits qui dégagent de l'oxygène naissant.

Rayons X.

Le radiodiagnostic des affections de la vésicule biliaire s'est perfectionné dans une telle mesure au cours des derniers temps qu'il représente déjà un auxiliaire courant, susceptible non seulement de confirmer, mais aussi, dans bien des cas, de poser le diagnostic (L. Valach, *Gazette médicale de Bratislava*, février 1928). Le mode de révélation idéal des calculs biliaires est toujours la méthode directe ; cependant les résultats peu satisfaisants obtenus à la clinique médicale de Bratislava ont amené l'auteur à lui préférer la méthode de Graham. Le procédé de cholécystographie le plus sûr est, à son avis, l'administration par voie veineuse de préparations iodées. La tétra-iodo-phénol-phtaléine de sodium, notamment, s'est montrée d'une innocuité absolue, à l'état de fraîcheur garantie ; les préparations déjà vieilles ont, par contre, provoqué un shock, même lorsque l'injection était faite avec la plus grande prudence. L'emploi de la stéréoscopie dans la cholécystographie paraît avoir de l'avenir ; il semble, d'après les expériences de l'auteur tout au moins, particulièrement avantageux pour le diagnostic des altérations inflammatoires chroniques ; les rapports pathologiques de la vésicule altérée avec les organes environnants peuvent être établis avec la plus grande précision grâce à cette méthode, dont il convient toutefois encore d'améliorer la technique.

Thérapeutique.

La sanocrysine donne des résultats remarquables dans le cas de tuberculose aiguë. V. Brie et M. Siggaard Andersen ont traité à l'hôpital Blegdam 27 cas, se décomposant en 20 cas fébriles aigus primitifs et 7 exacerbations fébriles d'une tuberculose chronique ; 19 malades non traités servirent de contrôle (*Acta tuberculosa scandinavica*, vol. III, fasc. 2). La différence fut frappante dans l'évolution des cas. La série traitée donna 7 décès, la série de contrôle 10 décès et 4 sorties dans un état désespéré. 16 malades traités sortirent guéris cliniquement (c'est-à-dire exempts de symptômes) ; 13 furent suivis avec 3 récidives seulement ; 5 malades non traités sortirent améliorés. C'est dans les cas abacillaires que la sanocrysine donne les meilleurs résultats, 1 décès et 12 guérisons cliniques sur 14 abacillaires, tandis qu'il y eut 6 décès et 4 guérisons cliniques sur 12 bacillaires.

La synthaline est aussi efficace que l'insuline dans le diabète sans dénutrition (S. Katzenelbogen et E. Martin, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 février 1928). La dose journalière de 30 à 50 milligrammes, administrée par périodes de 2 à 4 jours, entrecoupées d'un jour d'in-

tervalle, s'est montrée capable de réduire à zéro des glycosuries importantes. L'action de la synthaline n'est cependant pas aussi rapide que celle de l'insuline et ne se manifeste le plus souvent qu'après 3 ou 4 jours, d'où son inutilité dans les cas graves ; un autre inconvénient consiste dans les actions secondaires et en particulier les troubles digestifs, que l'on prévient par des jours de pause : l'acétonurie paraît peu influencée.

Varia.

Comme toujours, on s'aperçoit qu'une nouveauté a déjà été prévue, soupçonnée, entrevue dès avant sa découverte proprement dite. Aux Christophe Colomb de la science médicale on peut toujours trouver des précurseurs (M. Roch et R. Silbert, de Genève).

Quelle que soit la sagacité d'un clinicien, l'étude scientifique montre combien nos impressions sont vagues et imprécises. S'il existe un moyen de contrôle d'une impression clinique, il faut l'utiliser ; vérifier une impression ou un diagnostic sert à développer le sens clinique qui reste à la base de la médecine pratique (Jean Slosse, de Bruxelles).

Les études relatives à la place que tient la colloïdoclasie dans l'apparition d'un grand nombre de maladies sont actuellement fort intéressantes, puisqu'elles ouvrent un vaste champ à l'investigation clinique et il y a lieu d'espérer qu'elles procureront des ressources thérapeutiques dans les affections sans nombre que l'on ne peut traiter actuellement de façon convenable faute de connaître leur pathogénie de façon absolue (Juan Grinda et Mariano Benavente, de Madrid).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1928.

A propos des traumatismes craniens. — M. *Worms* rapporte l'observation d'une plaie du sinus caverneux qui s'est extériorisée par des épistaxis graves survenues plusieurs mois après un traumatisme cranien ; elles finirent par entraîner la mort, malgré plusieurs transfusions. Il n'y avait aucun signe d'exophtalmos pulsatile.

Fracture isolée de la diaphyse radiale avec luxation d'une des extrémités d'un des os de l'avant-bras. — M. *Dujarier* rapporte trois cas de M. *Clavelin*. Une fois, il s'agissait d'une luxation de la tête radiale ; les deux autres fois, d'une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus.

Enorme pannicule adipeux. — M. *Wiart* rapporte un cas où il a enlevé plus de 10 kgr. de graisse de la paroi abdominale MM. *Tuffier*, *Lenormant*, *Mathieu*, ont vu des cas analogues.

M. *Moure* signale que Morestin ajoutait au dégraissage un froncement de l'aponévrose.

Expériences sur la suture de l'uretère. — M. *Lenormant* présente un travail de M. *Marc Iselin*. Il faut retenir trois faits : 1° La dérivation au-dessus des sutures de l'uretère améliore les résultats de celles-ci ; 2° la suture doit être faite termino-terminale ; 3° M. Iselin a vu, aussitôt la section, la motilité du segment sous-jacent persister ; elle ne disparaît qu'au bout de 24 heures. Si la suture est anatomiquement faite, les contractions reparaissent.

Traitement de l'asthme bronchique. — MM. *Leriche* et *Fontaine* ont traité l'asthme par la résection du ganglion étoilé. Ils ont eu plusieurs résultats parfaits, mais deux échecs.

Autoplastie de la lèvre inférieure. — M. *Moure* utilise toujours la peau du cuir chevelu qui a exactement le même grain que celui de la face et qu'on peut facilement épiler par sa face profonde.

Phlegmon de la gaine radio-palmaire. — M. *P. Delbet* a eu un excellent résultat fonctionnel avec une vaccination au propidon.

Séance du 9 mai 1928.

Kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. — *M. Lecène* rapporte un cas traité par la cholédocotomie ; celle-ci donna issue à de la bile infectée, puis à des vésicules flétries. Drainage. Guérison,

Apoplexie traumatique tardive. — M. *Lecène* voit un malade 36 heures après un accident, avec des accidents paralytiques et un liquide céphalo-rachidien normal. A la trépanation, il ne trouve pas d'hématome sus ou intra-dural. Guérison opératoire, mais l'hémiplégie gauche persiste et M. *Lhermitte* fait le diagnostic d'hémorragie intra-cérébrale de la région capsulo-thalamique.

Lipiodol intra-utérin. — *M. Sicard* dit que les accidents publiés ont tous trait à l'« iodypin », produit bien différent du lipiodol, qui est bien toléré.

M. P. Duval n'a jamais songé à incriminer le lipiodol lui-même, mais les produits septiques tubaires qu'il refoule dans le péritoine.

M. Proust fait alors un rapport sur cette question, en collaboration avec *M. Claude Béclère*. S'appuyant sur des clichés radiographiques, il montre que la méthode est très utile pour étudier la perméabilité tubaire et qu'elle permet ainsi une chirurgie conservatrice plus judicieuse. Il croit, par ailleurs, que l'insufflation tubaire a des accidents plus fréquents.

M. Lenormant demande si, en dehors des cas de stérilité, l'injection de lipiodol a modifié jamais un diagnostic.

M. Mocquot croit la méthode utile pour diagnostiquer certain néoplasmes du corps utérin.

M. Duval croit que, dans le cas de cancer, le lipiodol peut être dangereux, étant donné sa haute septicité.

Myomectomie. — *M. Guilloud* apporte sa statistique personnelle de myomectomies avec 18 grossesses consécutives. L'évolution en a toujours été normale, et en particulier, il n'a relevé aucune complication obstétricale. Cependant, une fois, un noyau fibreux restant du col créa une dystocie qui nécessita une césarienne suivie d'hystérectomie totale.

Dans sa statistique, il a eu 8 % de récidives. Mais ce sont de petites tumeurs, qui laissent 10 ans de vie génitale à l'opérée et que l'on peut traiter par une application de radium.

Appareil à suspension. — *M. Dujarier* présente un appareil de *M. Clavelin* prenant point d'appui sur l'ischion du côté sain.

Anesthésie locale. — *M. Schwartz* ajoute toujours à ses solutions de novocaïne quelques gouttes d'adrénaline. Il n'a jamais eu d'accident. Il est évident qu'il ne faut pas employer l'anesthésie locale lorsqu'il y a des troubles trophiques, si l'on doit tailler un lambeau, ou même à la base d'un doigt infecté sur toute sa longueur.

Séance du 16 mai 1928.

Lipiodol intra-utérin. — *M. Michon* relate une observation où l'exploration au lipiodol permit de découvrir un cancer du col, à côté d'un fibrome calcifié, prolabé dans le Douglas.

M. Mauclaire insiste sur les malformations tubaires et montre qu'il vaut mieux s'abstenir en cas d'infection utéro-tubaire.

Kystes hydatiques du rein. — *M. Michon* rapporte un travail de *M. Oulié* (de Constantine) qui a opéré quatre kystes hydatiques du rein, non infectés et non ouverts dans le bassinet.

Platyspondylie. — *M. Mouchet* rapporte une observation de

M. Clavelin ; il croit que le terme de microspondylie conviendrait mieux.

Cloisonnement transversal du vagin. — *M. Lecène* rapporte une observation de *M. Hertz* où il existait à 6 cm. de la vulve un diaphragme perforé. Une intervention par la voie vaginale amena la guérison.

Diverticule duodénal. — *M. P. Duval* rapporte un travail de *M. Bengolea* (de Buenos-Ayres). Chez une malade ayant présenté des crises d'ictère par rétention, la radiographie montrait des taches juxta-vatériennes. Intervention où l'on fait une cholécystectomie rétrograde, le cholédoque est libre, le duodénum paraît normal. Quelques semaines après, nouvel ictère par rétention : il s'agissait en réalité de diverticules intra-pancréatiques, ayant comprimé le duodénum.

Pancréatite nécrotique. — *M. P. Duval* rapporte une curieuse observation de *M. Bengolea*, où, à la suite d'une cholécystectomie rétrograde survint un sphacèle suraigu du pancréas qui fit mourir la malade en 24 heures. Il semble difficile d'expliquer ce sphacèle.

Anévrysme de la carotide primitive. — *M. Lenormant* rapporte une observation de *M. Petit-Dutaillis* ; celui-ci fit la résection de la poche qui siégeait au bulbe carotidien et anastomosa bout à bout la carotide interne et la carotide externe. Guérison sans aucun trouble nerveux.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1928 (*suite*).

Vagabondage cellulaire. — M. *G. Durante* attire l'atttention sur les cellules hétérogènes que l'on rencontre souvent dans les vaisseaux et qu'il a particulièrement étudiées dans le foie et dans le rein. Il en projette de nombreux exemples.

Dans les vaisseaux du foie, les cellules hépatiques sont très fréquentes et parfois assez nombreuses pour former des thromboses. Mais les rameaux porte renferment parfois aussi des fragments de tubes droits du rein, des cellules intestinales et d'autres difficiles à déterminer.

Dans le vaisseaux du rein, la présence de débris de tubes droits n'est pas exceptionnelle et la desquamation des fibres lisses des parois artérielles est des plus fréquentes.

Ces éléments hétérogènes n'existent pas uniquement dans l'éclampsie, comme on l'a dit. On les retrouve dans les affections les plus diverses, surtout dans celles où il y a des poussées congestives, où elles peuvent être assez nombreuses pour gêner la circulation. Mais ce phénomène existe, vraisemblablement à un moindre degré à l'état physiologtque (digestion) car on le retrouve chez l'animal, et *Cailliau* a constaté des fibres lisses et des cellules neurales dans les vaisseaux de la surrénale.

D. s'est assuré qu'il ne s'agissait ni d'une faute de technique ni de putréfaction et a recherché le mécanisme de cette migration d'éléments fixes dans le sang.

La desquamation des fibres lisses artérielles est un phénomène très général dont *Prenant* a suivi le processus dans les vaisseaux utérins.

La desquamation des cellules hépatiques est préparée par toute congestion passagère des capillaires qui dissocie ces éléments. Ceux-ci mal soutenus au centre du lobule tombent dans la veine centro-lobulaire lorsque se produit le dépression sanguine.

Dans le rein, D. décrit un système de larges lacunes sanguines à paroi purement endothéliale. Les tubes, mal soutenus, y font facilement hernie, s'y pédiculisent et sont arrachés lors d'une brusque décompression.

On peut opposer cette *desquamation passive*, mode d'élimination rapide d'éléments usagés, à la *pénétration active* des cellules néoplasiques dans les vaisseaux. Etant sous la dépendance des changements de pression sanguine, elle nous montre le mécanisme d'une *corrélation automatique* entre l'activité circulatoire, l'activité cellulaire, l'usure des éléments et leur élimination mécanique.

Cette desquamation intra-vasculaire doit entrer en ligne de compte dans l'étude des hormones et de la pathogénie de certains syndromes glandulaires, la cellule cutanée ayant une composition plus complexe que sa simple sécrétion interne. Il faut y penser dans l'action de certains agents thérapeutiques entraînant des poussées congestives (eaux minérales.)

Ces cellules sont destinées à dégénérer. Mais leur greffe éventuelle expliquerait mieux que l'hypothèse de l'ectopie portale, l'apparition de certaines tumeurs hétérogènes.

Séance du 18 mai 1928.

Deux cas de tuberculome thalamique. — *MM. P. Carnot, M. Bariéty et P. Guédon*, rapportent deux observations de tuberculome thalamique chez deux adultes jeunes (28 et 20 ans), secondaires l'une et l'autre à une localisation pleurale primitive (pleurite sèche adhésive dans le premier cas, pleurésie purulente intarissable dans le second).

Au point de vue clinique, le tableau fut différent : le premier tubercule ne provoqua que des signes d'hypertension intracranienne avec crises jacksoniennes et légère hémiparésie. Le second donna lieu à un syndrome thalamique caractéristique : mouvements athétoïdes, hémiparésie, troubles sensitifs.

L'évolution fut dominée dans les deux cas par l'extension progressive de la tuberculose initiale : le premier malade succomba à une dissémination granulique (péritonéale et méningée) ; le deuxième au progrès de la cachexie bacillaire.

Traumatisme cranio cérébral. Contamination spécifique. Paralysie générale trois ans plus tard. — *MM. L. Marchand et A. Courtois.* — Une jeune fille de 21 ans se tire une balle de revolver au niveau de la bosse frontale droite. Trépanation et guérison rapide. A 26 ans, elle contracte la syphilis. Trois ans après, début d'une paralysie générale à marche rapide. A l'autopsie atrophie des lobes frontaux. L'examen histologique confirme le diagnostic de paralysie générale. Les lésions cérébrales causées par le trajet du projectile ont joué un rôle d'appel pour la localisation du tréponème dans le cerveau et ont contribué à la diminution du temps de latence qui généralement s'écoule entre la contamination syphilitique et l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale.

Grosse hyperostose diffuse du frontal et des pariétaux chez un enfant atteint de maladie de Little. — *MM. André Léri et J.-A. Lièvre* présentent un enfant de 5 ans atteint de syndrome de Little classique. Cet enfant a un crâne surélevé qui rappelle l'oxycéphalie, mais la radiographie montre qu'il s'agit d'une véritable *« calotte » d'hyperostose compacte* qui occupe en totalité la surface du frontal et des deux pariétaux, laissant à peu près intacts les temporaux et l'occipital. Sur la radiographie, la voûte cranienne atteint une épaisseur de 2 cent. 1/2, alors que normalement elle ne dépasse pas 3 ou 4 millimètres. D'après la situation du diploé, l'hyperostose paraît dépendre surtout de la table interne.

Chez cet enfant, qui est né prématurément, la maladie de Little ne semble pas être la conséquence de l'hypertrophie cranienne. La syphilis, qui est ici fort douteuse, ne produit pas d'ordinaire d'hypertrophie osseuse aussi diffuse. La nature des relations entre la maladie de Little et l'hyperostose cranienne reste tout hypothétique.

Anémie pernicieuse traitée exclusivement par le foie. — *MM. Ch. Aubertin et M. Poumailloux* présentent une malade qui était atteinte d'anémie pernicieuse sans étiologie évidente avec 1.310.000 hématies et 45 p. 100 d'hémoglobine, mégaloblastes, mégalocytes et poïkilocytose. Etat subfébrile, asthénie prononcée, quelques troubles digestifs. La malade reçoit 150 grammes par jour, pendant une semaine, puis 200 grammes de foie de veau *sans aucun autre médicament* et en étant laissée au régime normal de l'hôpital.

Trois mois plus tard, le nombre de ses hématies est passé à 4.780.000, l'hémoglobine à 90 p. 100 ; elle peut reprendre son travail et son état général est complètement transformé. La malade continue actuellement l'absorption journalière du foie.

Cette observation est nettement en faveur de la méthode de Whipple, car dans la plupart des cas présentés à cette société, l'ingestion de foie avait été accompagnée ou précédée d'autres traitements (transfusions, injections d'insuline).

Généralisation cutanée d'un sarcome lymphoblastique après une vaccination jennérienne. — *MM. Emile Sergent, R. Turpin et H. Durand.* — Une vaccination jennérienne effectuée par application des règlements administratifs, chez un malade atteint de lymphosarcomatose, déclanche une accentuation brutale des signes généraux et des tendances métastatiques de la maladie.

Sitôt après l'inoculation de la vaccine, apparurent sur tout le revêtement cutané des nodules sarcomateux. Si l'on excepte la propagation hépato-splénique, les métastases déclanchées par l'emploi de ce virus vaccin, dont on sait l'affinité pour les tissus dérivés de l'ectoderme, affectèrent presque exclusivement une localisation dermo-épidermique.

Diagnostic radiologique des kystes hydatiques intra-hépatiques. — *MM. Marcel Labbé, Lomon et Siligman* rapportent les observations et radiographies de trois cas de kystes hydatiques calcifiés du foie. Dans deux cas, le kyste très volumineux est calcifié non seulement dans sa paroi mais dans sa masse même. Il est latent ; on le découvre fortuitement au cours d'examen radiologique : il ne se manifeste par aucun symptôme.

La troisième observation est celle d'un kyste hydatique en évolution, qui s'ouvre au bout de deux ans et demi dans les bronches. La radiographie avait pu confirmer le diagnostic clinique en montrant une partie de la paroi du kyste, qui était partiellement opacifiée.

Sur le diagnostic de la dilatation de l'estomac. — *M. Hayem* insiste sur les résultats fournis par l'auscultation gastrique dans la dilatation de l'estomac.

M. Fiessinger confirme l'opinion de M. Hayem ; il insiste sur le bruit de gargouillement pylorique qui lui a permis de reconnaître des sténoses pyloriques et des retards de l'évacuation gastrique.

L'action des médications spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques. — *MM. A. Sézary et J. Heitz* ont étudié l'action des médications arsenicale, bismuthique, seules ou associées sur la pression artérielle de 96 syphilitiques. Ils ont noté d'abord que dans la règle ces traitements n'augmentent pas la pression ; ceux-ci peuvent donc être employés sans danger chez les hypertendus indemnes de lésions rénales, hépatiques ou d'insuffisance cardiaque. D'autre part, ces auteurs ont observé chez 57 pour 100 de leurs malades un abaissement de la pression portant à la fois sur les chiffres de la Mx et de la Mn. Cette action s'observe aussi bien chez les sujets hypertendus que chez ceux dont la pression est normale. Elle peut être passagère ou durable selon les cas.

Cet abaissement de la pression n'est pas dû à une action déprimante sur le myocarde. Il ne semble généralement pas lié au pouvoir antisyphilitique des médicaments. Les auteurs l'attribuent plutôt à une action sur le système circulatoire périphérique, action directe ou indirecte par l'intermédiaire des vaso-moteurs ou des glandes endocrines.

Plus marquée chez les malades hypertendus, cette action hypotensive des médications spécifiques s'associe utilement à l'influence que ces dernières exercent sur les lésions de l'aorte, des artères ou du myocarde, qu'on est toujours en droit de suspecter chez des syphilitiques hypertendus.

M. Pinard confirme l'opinion de M. Sézary et il pense que le novarsénobenzol donne les meilleurs résultats.

Œdème des quatres membres d'origine dysendocrinienne. Guérison par l'opothérapie. — *M. Vaucher* rapproche d'une observation de MM. Pagniez et Ronquès l'histoire d'un homme atteint d'œdème douloureux de la peau des mains, des pieds et d'une polyglobulie de plus de six millions d'hématies avec légère myélocytose. Le traitement opothérapique (thyroïdien et hypophysaire) combiné à fait disparaître l'œdème et la polyglobulie. Il n'y avait aucun autre signe d'insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire.

Le lait-aliment est le lait agent thérapeutique. Principe pour l'utilisation thérapeutique du lacto-sérum. — *M. Maurice Renaud* rappelle d'abord que le lacto-sérum, ainsi qu'il l'a récemment établi, exerce une action extrêmement efficace sur le fonctionnement du tube digestif, du foie et des reins.

Cholagogue puissant, le lacto-sérum, ainsi que le tubage duodénal a permis de le constater, détermine, dès qu'il a franchi le pylore, un important flux de bile, vidant d'abord les voies biliaires et la vésicule de la bile épaisse qui y demeure accumulée, puis provoquant une sécrétion considérable de bile claire hépatique.

Secondairement, cette chasse biliaire détermine une évacuation de l'intestin qui se produit sous la forme d'un flux diarrhéique dont il est facile de doser l'importance en mesurant convenablement les prises de lacto-sérum. Ainsi le lacto-sérum assainit l'intestin par un double mécanisme, l'évacuation et l'atténuation des fermentations que produit la présence de la bile dont l'action sur les bactéries et leurs toxines est bien connue.

Des modifications importantes de la diurèse apparaissent parallèlement et sont décelables moins de quinze minutes après l'ingestion d'une quantité minime de lacto-sérum. On observe, aussi bien quand le rein est normal que lorsqu'il est atteint des lésions les plus diverses, une augmentation considérable de la valeur de la diurèse, la quantité d'urine s'accroît en même temps qu'augmente le taux de toutes les substances éliminées (urée, sels, matières colorantes). Non seulement le taux absolu de ces substances se trouve accru, mais leur concentration s'élève. On voit par exemple baisser le chiffre de la constante d'Ambard. C'est l'indice certain de l'augmentation de la valeur fonctionnelle du parenchyme qui est particulièrement importante dans les scléroses rénales.

Ces modifications de la diurèse qui durent environ une heure et demie se renouvellent en suivant un même cycle à chaque prise d'une nouvelle quantité de lacto-sérum.

L'observation montre ainsi que c'est au lacto-sérum que le lait doit toutes les propriétés que les cliniciens lui connaissent et que ces propriétés ont leur maximum d'efficacité quand le lacto-sérum est pris à jeun en dehors de tout processus de digestion.

Il apparaît ainsi que le lait peut-être considéré d'une part comme un aliment et d'autre part comme un véritable agent thérapeutique.

Cette notion fort simple est susceptible de recevoir des applications pratiques d'une grande portée. La distinction du lait-aliment et du lait-agent thérapeutique conduit à prescrire séparément des graisses et la caséine d'une part et le lacto-sérum d'autre part. Elle permet d'introduire une grande variété dans la prescription du régime lacté et d'en adapter les modalités différentes à chaque cas particulier pour répondre à des indications plus précises et pour obtenir un rendement pour des cures spéciales dont M. Renaud dans sa prochaine communication étudiera les indications et montrera la valeur.

Séance du 2 juin 1928.

Du traitement de l'hypertension artérielle par la cure de repos au lit et de diète. — MM. *Etienne Bernard, Desbucquois* et Mlle *Falguière* rapportent les résultats qu'ils ont obtenus pour le traitement de malades hypertendus par la cure de repos au lit et de diète hydrique, puis lactée, instituée plusieurs jours. Leurs recherches ont porté sur 52 malades pris au hasard d'une consultation d'hôpital. Dans 65 % des cas les résultats ont été favorables. La baisse de la tension a été parfois remarquable non seulement par son importance, mais par sa persistance. Chez un certain nombre, cependant l'amélioration obtenue n'a été que partiellement conservée. Dans 35 % des cas la tension ne s'est pas améliorée ou a baissé de façon si transitoire que l'on ne peut parler de succès.

Les auteurs font suivre leur statistique des remarques suivantes : il serait excessif de supposer que les cas heureux, sauf exception, concernaient des coups d'hypertension destinés à céder rapidement d'eux-mêmes. L'analyse des insuccès ne permet pas de trouver le fil conducteur pour expliquer l'irréductibilité de la tension ; cependant la proportion des

malades ayant des signes d'insuffisance rénale est plus élevée dans cette catégorie que dans l'autre.

Au point de vue pratique, les malades qui n'ont que des succès partiels doivent, à intervalles réguliers, répéter une cure réduite qui ramène chaque fois leur tension à un niveau inférieur. Ceux dont la pression ne baisse pas voient souvent céder leurs troubles fonctionnels, et cette cure est probablement une garantie contre une nouvelle élévation.

Cette cure de repos au lit et de diète diminue sans doute le volume de la masse sanguine et surtout elle fait cesser le spasme vasculaire. Elle permet au système régulateur de la tension artérielle de recouvrer un tonus plus normal. Elle fait céder dans l'hypertension tout ce qui n'est pas définitivement fixé.

La fièvre ganglionnaire chez les enfants. — M. *Comby*, à l'occasion de la récente communication de P. Chevallier sur l'adénopathie primitive avec mononucléose, craint qu'il s'etablisse une confusion entre cette maladie et la fièvre ganglionnaire. Il insiste sur deux symptômes constants : la fièvre qui dure deux ou trois jours, l'adénite cervicale qui dure deux ou trois semaines. Cette adénopathie peut être bilatérale et se termine le plus souvent par résolution, elle suppure quelquefois et l'on trouve le streptocoque dans le pus. Pronostic bénin. Guérison spontanée à bref délai.

Constitution anatomique de la colonne vertébrale dans le syndrome de Klippel-Feil. — MM. *Crouzon* et *Liège* présentent la pièce qui se caractérise par l'absence de trois vertèbres cervicales, la soudure de l'atlas et l'axis. L'apophyse odontoïde de l'axis manque. Il n'y a pas de canal inter-intertransversaire, et il n'existe que le trou du passage pour les nerfs rachidiens du côté droit et 5 du côté gauche. Cette anomalie n'avait cependant pas déterminé de troubles d'innervation. La première côte vient s'implanter sur la cinquième pièce vertébrale réalisant un thorax cervical. Cette pièce confirme la réalité du syndrome de Klippel-Eiel.

Dysostose cranio-faciale. — M. *Apert* et Mlle *Bach* présentent un enfant de 14 mois oxycéphale, à crâne aplati latéralement et très élevé. La palpation et la radiographie montrent de très nombreuses solutions de continuité ovalaires sur toute la calotte cranienne dans l'intervalle desquelles la substance osseuse forme comme un réseau. Ce sont des dépressions digitiformes à leur maximum, qui s'expliquent par le jeune âge de l'enfant (en outre né un mois avant terme) et pesant seulement 2 kilogr., et par la pression de circonvolutions contre le crâne en cours d'ossification,

L'épreuve de l'adrénaline dans la leucémie myéloïde. — MM. *Ch. Aubertin* et *Grellety-Bosviel* insistent sur l'injection sous-cutanée d'un milligramme d'adrénaline qui fait contracter la rate et produit chez les sujets sains une leucocytose légère et passagère,

Dans la leucémie myéloïde elle produit toujours une très forte leucocytose (par exemple de 100.000 à 250.000 dans un des cas) qui de plus est beaucoup plus durable (plus de 6 heures au lieu de 2 heures).

A cette leucocytose participent tous les éléments mobiles contenus dans le tissu splénique, mais ce sont surtout les cellules jeunes, myélocytes et surtout myéloblastes qui émigrent en forte proportion dans le sang. Quant aux éléments non granuleux (monocytes) ils augmentent aussi notablement mais leur augmentation est masquée par celle, beaucoup plus nette, des éléments myeloïdes.

Dans les leucémies traitées, l'épreuve de l'adrénaline peut faire apparaître dans le sang les caractères leucémiques que la radiothérapie avait temporairement effacés ; néanmoins dans quelques cas, l'injection d'adrénaline ne fait apparaître dans le sang que des éléments adultes.

En somme, l'injection exprime la rate comme une éponge et lance temporairement dans le sang circulant des leucocytes qu'elle contient et en particulier les cellules jeunes et pathologiques.

Indications et résultats de l'emploi thérapeutique du lacto-sérum. — M. *Maurice Renaud*. — L'étude des propriétés du lacto-sérum ayant montré qu'il peut dégorger et stimuler le foie, évacuer et assainir l'intestin, accroître la diurèse, d'une façon particulièrement efficace et commode, et ces indications devant être remplies dans un grand nombre d'états pathologiques, M. R. l'a expérimenté sur une vaste échelle, soit en l'associant, dans des régimes stricts, au lait pur ou à des laitages spéciaux, soit en le prescrivant sous forme de cures matinales, grandes cures et cures de régime.

Le régime strict est une variante, soit de la diète hydrique soit du régime purement lacté. Il en remplit toutes les indications, mais en raison de sa variété, de son agrément et de l'action excitante qu'il exerce sur les grandes fonctions, il doit en principe leur être préféré. Il sera particulièrement indiqué dans les états infectieux où il est si important de supprimer l'éta saburral des voies digestives, d'éviter la comgestion hépatique, de lutter contre la stase intestinale et les auto-intoxications et d'établir une bonne diurèse. Il remplira également, toutes les indications utiles dans les épisodes critiques des intoxications exogènes et indogènes quand il est essentiel de soulager l'effort de l'organisme et de favoriser le travail des émonctoires.

En prescrivant dans la matinée le lacto-sérum et l'après-midi la ration alimentaire minimum convenable sous forme de produits lactés, de boissons sucrées et de fruits, on met les malades dans les meilleures conditions possibles pour franchir sans conséquence fâcheuses les périodes critiques de leurs maladies.

C'est dans les affections hépatiques et particulièrement la lithiase biliaire, où il faut éviter la stagnation de la bile et empêcher la congestion du foie.

C'est dans toutes les affections rénales où le travail des parties restées saines doit suppléer à la défaillance des parties adultérées.

C'est dans les syndromes qui précèdent ou accompagnent les défaillances viscérales de l'artério-sclérose (myocardites, angine de poitrine, hypertension, urémie, etc.) où il est nécessaire de soulager l'organisme et de stimuler les grandes fonctions.

Que les grandes cures de lacto-sérum pratiquées pendant une dizaine de jours, à intervalles plus ou moins fréquents, se montrent beaucoup plus efficaces et plus utiles que toutes les autres thérapeutiques, remplissant à elles seules toutes les indications, en provoquant des débâcles à la fois, intestinales, hépatiques et rénales qui soulagent les viscères et rétablissent l'équilibre organique, réduisant en particulier l'azotémie et faisant tomber la tension artérielle.

La cure de régime enfin, qui se borne à une seule prise de lacto-sérum à jeun, assure chez tous les sujets atteints de dyspepsie primitive ou secondaire l'évacution et l'assainissement du tube digestif et en régularise le fonctionnement tout en accroissant le rendement de tous les émonctoires. Elle est un auxiliaire précieux, indispensable pourrait-on dire, dans presque tous les états pathologiques parce qu'elle assainit et stimule l'organisme entier par une excitation toute physiologique.

Traitement de l'angine de poitrine par la radiothérapie profonde. — Le professeur *Arrillaga* (de Buenos Ayres) insiste sur les heureux résultats qu'il a obtenus : il a traité par ce procédé huit malades, et chez tous les résultats ont été excellents ; en deux cas la cessation des douleurs persiste respectivement depuis huit mois et depuis plus d'un an. Il s'agissait pourtant dans tous les cas d'angor d'effort avec crises violentes et habituelles. Il s'agit probablement là d'une application spéciale de l'action analgésiante générale des rayons X ; aucun incident grave n'a été constaté et avec la technique adoptée par l'auteur il n'y aurait à craindre ni destruction des globules sanguins ni dégénérescence des fibres myocardiques.

Cette thérapeutique s'annonce donc comme pleine de promesses et en attendant des statistiques plus nombreuses mériterait dès à présent d'être préférée au traitement chirurgical de l'angor pectoris.

Les syndromes pleuraux au début de la granulomatose. — M.

M. *Pr. Merklen* et M. *Wolf*, rappelant que la granulomatose présente parfois un épanchement pleural lors de son stade initial, ont tenté de synthétiser les types morbides que l'on observe en pareilles circonstances.

Le type pleural se résume en une pleurésie séro-fibrineuse dont la nature est loin de s'imposer d'emblée. Presque toutes les observations montrent que l'on commence par parler de tuberculose. Deux faits doivent donner l'éveil : la reproduction rapide et continue du liquide, la persistance des symptômes fonctionnels, toux dyspnée, cyanose, etc. en dépit des ponctions répétées. La cytologie, le plus souvent lymphocytaire, n'est d'aucun secours. Les auteurs apportent une observation probante.

Le type adéno-pleural se caractérise par l'apparition à peu près contemporaine d'une pleurésie et d'une ou quelque adénopathies aux aines, au cou, etc. L'erreur serait de regarder ces ganglions comme des manifestations bacillaires et d'y trouver ainsi la confirmation erronée d'une pleuro-tuberculose. De fait, les pleurétiques bacillaires peuvent être porteurs de ganglions anciens ; mais ils ne font pas en général de poussées adénopathiques en même temps que se developpe leur liquide. L'adénite est au contraire un argument en faveur de la granulomatose.

Le type spléno-pleural se spécifie par la constatation d'une grosse rate chez un pleurétique ou par celle d'une pleurésie chez un splénomégalique. Ici le diagnostic risque moins d'errer vers la tuberculose, la pleuro-tuberculose n'ayant aucun retentissement sur la rate. Les auteurs détaillent une observation où ce dernier type est des plus manifestes. Il ne faudrait pas s'en laisser imposer par un épanchement survenant chez un sujet porteur d'une splénomégalie ancienne et chronique, paludéenne, leucémique ou d'autre origine. Le type spléno-pleural n'existe qu'autant que grosse rate et épanchement s'installent plus ou moins simultanément.

Calcification de bourses séreuses ou de tendons, avec poussées douloureuses aiguës d'allure rhumatismale. — MM. *J. Rouillard* et *Gloppe* rapportent deux cas de périarthrite aiguë à début brusque, siégeant l'une à l'épaule, l'autre à la hanche ; la radiographie montre une opacité anormale, située, dans le premier cas au long du bord externe de l'extrémité supérieure de l'humérus, et dans le deuxième cas, au-dessus du grand trochanter. Les auteurs discutent à ce propos le siège de ces calcifications (bourse séreuse ou tendon). Dans les deux cas, le traitement salicylé a eu une efficacité remarquable ; et même, chez l'un des malades, la calcification n'était plus visible sur une radiographie prise un mois après l'épisode aigu.

Syndrome protubérantiel syphilitique — MM. *Urechia* et *Gorze* (de Cluj).

Syphilis traumatique du cerveau. — MM. *Urechia* et *Goldenberg* (de Cluj).

Un cas de zona coïncidant avec une varicelle. — M. *Esquer* .

Abcès hépatique amibien à évolution marquée par un syndrome pleuro- péritonéal. — MM. *Dargein* et *Oudard*.

Cholécystite aiguë pré-thyphoïdique. — MM. *Mussio-Fournier*, *Bertolini*, *Alvarez* et *Gatti*.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 mai 1928.

Pseudo-luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson. — M. *Lamy* a observé une douzaine de ces cas. Les méthodes de traitement proposées jusqu'ici (Lorenz, Putti) donnent des résultats nuls ou médiocres. Pour l'auteur, l'intervention qui paraît la meilleure est celle qu'il a expérimentée : combinaison de l'implantation fémorale et de la transplantation du moyen-fessier. Il insiste sur la nécessité, pour obtenir un bon résultat, de nettoyer complètement le moignon fémoral et la cavité cotyloïde qui sont noyés dans le tissu fibreux. De plus, il faut intervenir aussitôt que possible après la disparition des phénomènes aigus.

A propos de la rachianesthésie. — M. *Bressot*, d'après sa statistique personnelle de 618 cas, étudie les indications, les contre-indications, la technique, les incidents et accidents de ce mode d'anesthésie. L'auteur conclut que, suivant les cas, il faut être eclectique dans l'emploi des différentes méthodes d'anesthésie.

Le mégacôlon congénital. — M. *Mornard* fait un rapport sur une observation de M. *Perrier* (de Genève). Celui-ci opéra son malade en trois temps ; cæcostomie ; onze mois après, iléosigmoïdostomie ; colectomie trois semaines plus tard. Guérison. Le rapporteur étudie la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'affection. Il fait remarquer que la colectomie est le seul traitement des mégacolons ; que la colectomie en un temps est aujourd'hui abandonnée, que, la meilleure méthode est l'opération en deux temps, c'est-à-dire abouchement à la peau des deux bouts de l'intestin accolés en canons de fusil, et, fermeture de cet anus artificiel deux ou trois mois après.

Pathogénie et traitement des colibacilluries. — M. *Le Fur* rappelle qu'il a depuis longtemps décrit les rapports fréquents entre les infections intestinales et les infections réno-vésicales, et les deux voies (à peu près aussi fréquentes l'une que l'autre) suivies par l'infection voie circulatoire directe ou petit circuit intestino-vésical, et voie indirecte ou grand circuit intestino-réno-vésical. Au point de vue du traitement il emploie avec succès les bouillons-vaccins anti-colibacillaires, soit en applications locales, soit (dans les cas d'infection généralisée) en injections sous-cutanées ; les deux modes pouvant d'ailleurs être combinés.

Fracture du col anatomique de l'humérus avec luxations de la tête en dedans et compression du paquet vasculo-nerveux. Opération. Extirpation de la tête. Résultat satisfaisant. — M. *Blanc* communique ce cas dans lequel les signes d'une fracture de la tête humérale s'accompagnait de disparition du pouls radial et de paralysie radiale totale. Extirpation sanglante de la tête fracturée sur laquelle était tendu le paquet vasculo-nerveux. Guérison de la fracture et de la paralysie radiale.

Cure chirurgicale d'un cas de difformité mammaire et abdominale par obésité. — M. *Mornard* communique cette observation. La difformité entraînait des douleurs telles que tout travail était devenu impossible. Opération en deux temps séparés par une cure d'amaigrissement de cinq mois. Bon résultat.

Sur un cas de mal perforant plantaire s'accompagnant de nevrite : guéri par l'élongation du nerf tibial postérieur. — M. *Lutaud* communique ce cas de mal perforant sans lésion nerveuse centrale, ni diabète, survenu à la suite d'application de radium, et ne cédant à aucun traitement. Cicatrisation de l'ulcération en trois semaines par l'élongation du nerf tibial postérieur. L'auteur préfère ce traitement à la sympathectomie péri-artérielle dans les cas d'ulcération s'accompagnant de névrite

Ulcus duodénal perforé en péritoine libre. Opération à la dix-huitième heure. Suture : gastro entérostomie ; Mikulicz dans le bassin. Guérison. — M. *Haller* communique cette observation. Le diagnostic était hésitant entre appendicite et ulcus perforé. L'incision faite pour appendicite fut prolongée « en baïonnette» de bas en haut.

Sténoses fibro-cicatricielles non traumatiques de l'œsophage. — M. *Guisez* étudie ces sténoses qui se produisent au niveau des deux régions normalement plus étroites de l'œsophage ; extrémité supérieure et inférieure (canal cardiaque). Ces régions sont susceptibles de se rétrécir sous des influences purement inflammatoires et cette sténose peut devenir véritablement cicatricielle amenant à la longue l'obstruction complète du conduit. C'est une affection grave ; sur 150 cas observés par l'auteur, dix avaient été gastrostomisés pour inanition complète. Diagnostic par l'œsophagoscopie de ces sténoses qui souvent chez les gens âgés, sont prises pour du cancer. Le traitement est le même que celui des rétrécissements cicatriciels traumatiques : dilatation par bougies et électrolyse circulaire qui ramènent progressivement l'alimentation normale.

Ulcère duodénal. Coïncidence de deux grandes complications aiguës : hémorragie profuse et perforation en péritoine libre. — M. *Pauchet* communique le cas d'un homme de 18 ans qui, saigné à blanc par une hémorragie profuse et soigné par les moyens médicaux (en particulier transfusions de sang) parce que trop faible, fait brusquement une perforation large du duodénum. Opération d'urgence. Mort.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1928.

Introduction du titane en thérapeutique. — *M. Jacques Métadier* attire l'attention sur l'intérêt que présente l'étude du titane et de ses sels. Il apporte les résultats des recherches déjà faites. En biologie, c'est la constante de la teneur du protoplasma en titane, qu'il s'agisse de tissus humains ou animaux. En pharmacologie, ce sont des propriétés antiputréfiantes et antifermentescibles encore jamais atteintes par aucun corps, l'absence de toxicité et de causticité. En thérapeutique, ce sont des essais cliniques faits surtout sur des affections dermatologiques et qui ont dévoilé des propriétés kératoplastiques et anti-prurigineuses qui classent d'ores et déjà le titane parmi l'un des premiers traitements externes de diverses dermatoses : eczéma, érythèmes divers, intertrigo, prurits variés, névrodermites.

A propos de l'appendicite chronique. — *M. Victor Pauchet* montre que l'appendice est trouvé malade chez la plupart des sujets atteints de péricolite, de cholécystite, d'ulcère gastrique, d'ulcère duodénal, de pancréatite, d'ovaire scléro kystique, de gastroptose. Il faut, dans ces conditions, compléter l'intervention principale par l'appendicectomie, sinon des malaises peuvent persister. L'appendicite chronique *paraît précéder tous les cas d'ulcères gastriques et duodénaux et de la cholécystite.* L'infection se fait par voie veineuse et lymphatique. Nombre de dyspepsies prises pour des ulcères gastriques et duodénaux sont purement réflexes et dues à la cholécystite ou à l'appendicite, et souvent aux deux. L'ablation de l'appendice suffit très souvent à supprimer la dyspepsie et même les gastrorragies.

Sur l'anémie pernicieuse. — *M. Bécart* montre à l'aide de photographies microscopiques très démonstratives que l'anémie pernicieuse est caractérisée hématologiquement par une reviviscence embryonnaire, ainsi que l'avait signalé **Ehrlich** en 1880. Pour l'auteur, cette reviviscence embryonnaire traduit un vice de développement des organes hémopoïétique, substratum constitutionnel de l'anémie pernicieuse, laquelle ne se déclanchera qu'à la faveur d'un facteur étiologique secondaire (infection, intoxication, carence, etc.). L'infection intestinale est le facteur étiologique le plus communément rencontré. L'auteur étudie ensuite la méthode Whipple : celle-ci n'est nullement spécifique et n'agit que sur l'activité de la moelle osseuse, dont elle est un puissant régénérateur, à condition que cette dernière soit encore en état de réagir. Associée à la transfusion, elle sert de traitement d'épreuve et permet de porter un pronostic suivant le mode de réaction qu'elle produira.

Il convient de distinguer trois syndromes : 1° Un syndrome de régénération médullaire. 2° Un syndrome de dépression médullaire. 3° Un syndrome d'agonie médullaire, qui permettent de porter un pronostic. Au traitement symptomatique, s'ajoutera un traitement étiologique, toutes les fois que la cause aura pu être décelée.

A propos de la sénilité, synergie thyro-hépatique. — *M. Léopold-Lévi* estime que la sénilité reconnaît un mecanisme thyro-endocrinien (Léopold-Lévi, hépatique (Sédillot). Mais il existe une *synergie thyro-hépatique* vérifiée par Pende à la suite d'une série d'épreuves. Cette synergie, qui se traduit par une instabilité thyro-hépatique, est troublée dans l'anaphylaxie, la colloïdoclasie, certains accidents paroxystiques du neuro-arthritisme où existe l'*hyperhépatisme* (constaté chez les Basedowiens). L'insuffisance thyro-hépatique est, par contre, en cause dans la sénilité.

Fréquence de la discordance entre l'état subjectif et l'état objectif dans les gastropathies chroniques. — *M. Pron* (d'Alger) insiste sur le fait qu'à côté de sujets souffrant depuis longtemps de l'estomac, alors que cet organe n'est pas réellement malade, mais ne fait que subir le retentissement d'un autre organe, existe une classe beaucoup plus fournie de vieux gastropathes, atteints d'affection anatomique ou lésionnelle (dilatation, sténose incomplète du pylore, catarrhe acide, ulcère, périgastrite) qui ont une symptomatologie très réduite. C'est l'examen objectif seul qui permet d'apprécier l'état réel d'un gastropathe et de juger de la valeur de l'amélioration qu'il éprouve devant un traitement.

M. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

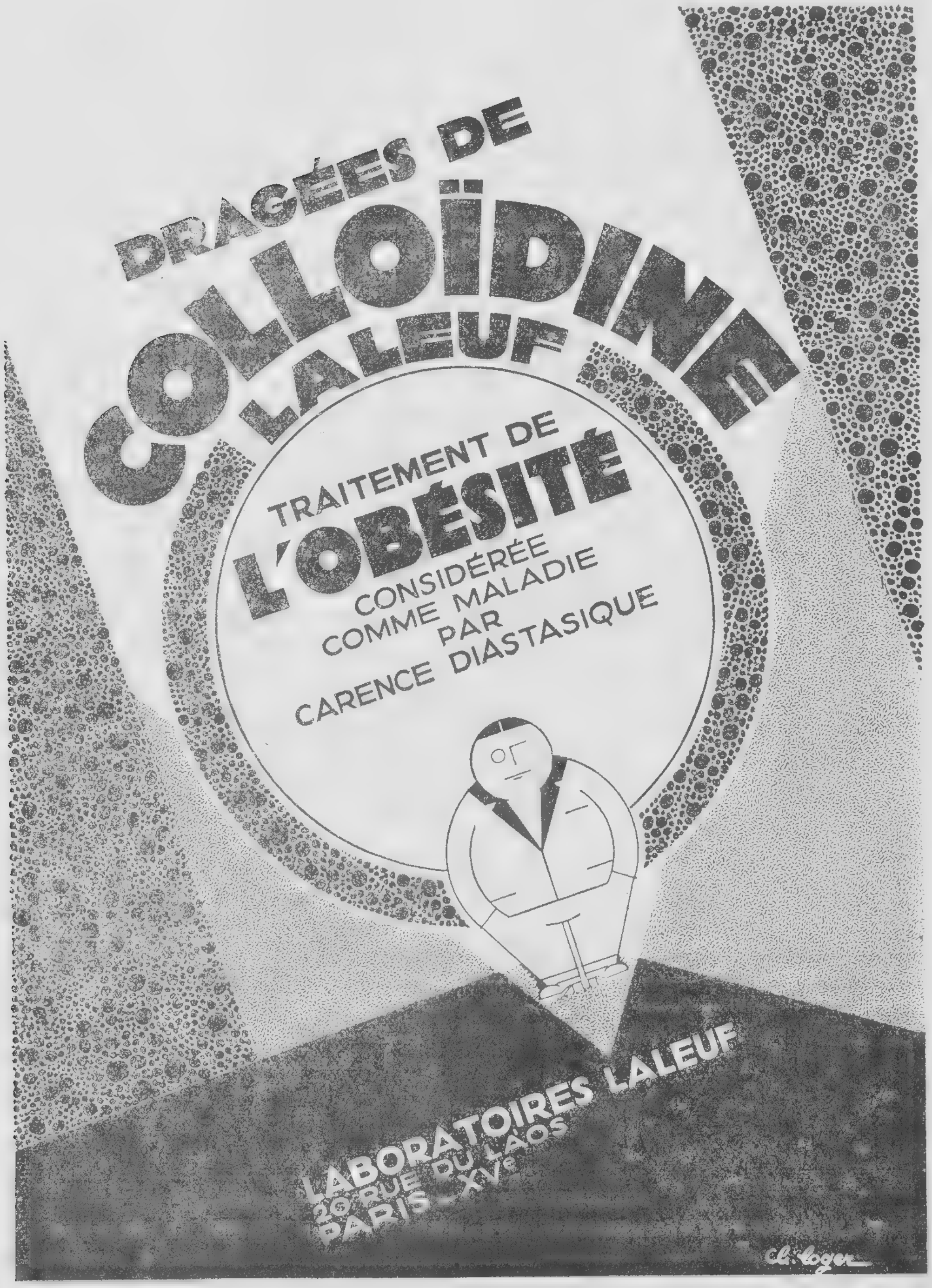
Séance du 2 juin 1922.

M. *d'Orsay* dans sa communication sur Hugues de Saint-Victor aborde une période encore mal connue de l'Histoire des sciences. Il montre la survivance des concepts platoniciens chez cet abbé du XII[e] siècle, pour qui la poursuite du savoir nécessite une haute intelligence, aidée de la mémoire et d'une discipline constante. Hugues de Saint-Victor cherche à « savoir » pour être plus près de Dieu. Son système médical représente dans toute leur pureté la tradition des Pères de l'Eglise, qui prennent leur source dans Celse et dans Galien. Cet abbé fut le type de l'érudit mystique. M. *Papillault* insiste également sur ce fait qu'Hugues de Saint-Victor sut unir le mysticisme le plus accentué à une rare pondération de jugement. Son « Didascolicon » représente un grand effort scientifique. Chose digne de remarque, sa classification des sciences ne diffère pas beaucoup de celle d'Auguste Comte. Toutes deux sont établies dans le même esprit.

M. *Terkoumian* retrace la carrière d'un médecin arménien du début du XIX[e] siècle. Joseph Beyram naquit à Andrinople en 1825. Après de bonnes études faites à Constantinople, il vint à Paris en 1843 suivre les cours de l'Ecole de médecine. Elève de Ricord, il s'adonna surtout à la vénéréologie. Il se fit naturaliser Français après la soutenance de sa thèse. Sur les instances de son père, il retourna à Constantinople où il ne tarda pas à se créer une haute situation médicale. Revenu en France en 1853, il s'installa rue de Grenelle, partageant son temps entre la clientèle et la rédaction d'un grand nombre de mémoires et d'articles de journaux médicaux. Il mourut en 1866 de tuberculose.

M. *Trenel* consacre une longue et intéressante communication à Louis XIII. On s'était surtout occupé jusqu'à lui des anomalies génitales de ce roi, de sa tuberculose et de son entérite, qu'il doit en grande partie à ses médecins. M. Trenel a lu le manuscrit où Héroard a consigné jour par jour ses observations sur la santé du souverain, ne voulant pas se contenter de l'édition incomplète qui en a été donnée. Il a pu relever ainsi un grand nombre de passages, dont l'interprétation le conduit à émettre l'hypothèse fortement étayée, que Louis XIII fut un épileptique. A maintes reprises, le médecin Héroard mentionne chez le jeune souverain des vertiges à forme syncopale qui apparaissent dès la troisième année. Il décrit une crise convulsive qui présente tous les caractères d'une attaque de haut mal. D'autres observations corroborent encore cette opinion : la fréquence des cauchemars, des terreurs nocturnes ; les variations de l'humeur, l'alternance de colères excessives et de phases d'abattement ; un caractère irritable, inconstant, tel qu'un de ses derniers historiens, M. Battifol, l'a jugé véritablement « pathologique » ; un bégaiement ou plutôt un bredouillement inconstant. M. Trenel fait remarquer enfin que Louis XIII descendait des Habsbourg et que l'épilepsie fut fréquente dans cette famille. Il lit enfin la relation jusqu'ici inédite de l'autopsie du frère de Louis XIII qui mourut à trois ans au cours d'une crise épileptique. Les médecins trouvèrent que « l'os de la tête de cet enfant de trois ans était « de l'épaisseur de celui d'un homme de 25 ans. » L'on sait que l'hypertrophie considérable des os du crâne est un des caractères de l'épilepsie.

Jean VINCHON.


DRAGÉES DE
COLLOÏDINE
LALEUF
TRAITEMENT DE
L'OBÉSITÉ
CONSIDÉRÉE
COMME MALADIE
PAR
CARENCE DIASTASIQUE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS XVe

CHRONIQUE

La lumière méditerranéenne.

M. GABRIEL HANOTAUX vient de consacrer à la région niçoise un beau livre (1). Que j'ai eu de plaisir à le lire ! C'est, dit l'auteur en affectant la modestie, un album destiné aux touristes et aux visiteurs. Par obéissance, je le prendrai pour tel : j'aurai donc souvent à le relire puique, souvent, j'envoie des femmes convalescentes ou endolories vers cette terre d'enchantement qui s'étend de Vintimille à Cannes, du Cap Martin à Beuil.

Toutes ces femmes (et les hommes aussi) trouveront-ils bénéfice à ce séjour ? Je n'en suis pas bien sûr, car trop d'entre elles et trop d'entre eux y resteront les esclaves de « semblables plaisirs » renouvelés de ceux des capitales. Ils vivront dans les rues de Nice ou de Menton, la même vie que dans les rues de Paris. Le principal conseil qu'il faudra donner à nos clientes, ce sera, donc, « lever le voile de luxe « qui cache la Provence derrière la Côte d'Azur.

Est-ce difficile ? Peut-être, car on a construit, là-bas, depuis trente ans, beaucoup trop de palaces et beaucoup trop de casinos pour les gens d'affaires et autres gens affairés qui viennent y « gober » dix jours de réjouissances faciles.

Est-ce impossible ? Je ne le crois pas. Il y a encore des jardins et il y a, aussi, des sentiers pavés de galets luisants (2), qui, sitôt passé le dernier building, s'enfoncent dans la campagne la plus authentique : le tout est de pousser la porte du jardin ou de découvrir l'amorce du sentier. Vous trouverez de suite « le coteau et la cascade, les rochers et la pierre dévalant de la montagne,... l'ombre de l'olivier. »« C'est Virgile », vous dit M. GABRIEL HANOTAUX et vous sentirez aussi que « c'est Virgile » si vous consentez à perdre quelques heures sous les oliviers des Géorgiques. « Il y a, dit notre guide, sur le coteau, telle maison basse, au fronton aigu, couverte de tuiles rondes, maçonnée de cailloux, installée sur le réservoir où l'eau de la source se garde fraîche, signalée par un cyprès ou ombragée par un olivier, entourée d'un carré de vignes et qui a traversé les siècles telle que l'a connue Virgile. »

C'est dans cette demeure calme, fraîche, ensoleillée, qu'il faut entreprendre la cure ; la guérison qui s'amorçait devient complète quand on sait se reposer avec sagesse sous le soleil provençal. « Il faut unir la sagesse avec la médecine » disait déjà HIPPOCRATE.

***

Le premier élément de guérison sera la lumière. La lumière de Beaulieu ou de Castellar ou de Roquebrune est très supérieure à celle des lampes à rayons ultra-violets. Elle comporte deux modalités : la pleine lumière et la lueur distinguée que l'on trouve sous les oliviers et qui est filtrée sans devenir une ombre. M. GABRIEL HANOTAUX parle excellemment de ces belles forêts d'oliviers à « l'antiquité fabuleuse ». La nuance grise de leur feuille s'apparente à la nuance des perles pour donner à cette région son élégance et sa beauté. L'olivier est l'arbre des régions méditerranéennes depuis les colonnes d'Hercule jusqu'au pressoir d'olives de Gethsémani.

***

La deuxième vertu thérapeutique que nous trouverons aux collines cisalpines, c'est la possibilité d'un régime excellent. Je n'entends point, par là, les pâtes de certains hôtels et les mauvais homards de certains autres, mais bonnes olives noires tomates, artichauts, anchois de Méditerranée, poissons de bouillabaisse et le vin âpre et parfumé de Maruverno, le tout infiniment supérieur aux aliments les mieux irradiés par les meilleures lampes de quartz à vapeur de mercure.

***

Le plaisir des yeux nous fournit un troisième facteur de guérison : fleurs aux tons vifs, fruits d'or, pampres aux raisins lourds, le dessin précis des pins, le cyprès qui troue le toit des autres arbres pour s'élancer vers le ciel, les lignes de la montagne et, plus bas, la grande mer si bleue qu'un tableau d'un bleu exactement méditerranéen semble un chromo pour quiconque n'a pas contemplé, de ses yeux, l'émerveillement des rives provençales.

***

Et voici un quatrième électuaire : ce sont les parfums, c'est le myrte, c'est le romarin « stimulant incontestable », dit le

(1) GABRIEL HANOTAUX. — *La Provence niçoise*, librairie HACHETTE, 1928. Un vol. grand in-4°, 93 illustrations dans le texte et hors-texte.

(2) J'ai souvenir d'un sentier qui, il y a vingt-cinq ans, partait du centre d'une ville luxueuse pour gagner un village perché sur un sommet. Les habitants du village s'étaient toujours opposés à ce qu'on leur construisît une route. Ont-ils cédé ? Je ne sais. Je garde l'admiration de ces sages. Ce sont les gens de tel village qui conserveront la tradition de la France, quand les barbares auront détruit Nice et Paris.

docte HENRI LECLERC, et c'est l'oranger, meilleur antispasmodique que bien des produits de synthèse.

***

Cinquième bénéfice, je l'emprunte encore au méditerranéen HIPPOCRATE « la promenade est un exercice plus naturel que beaucoup d'autres ». N'amenez pas votre auto. Allez à pied. Voyez un à un les enclos. C'est ici le pays des jardins et ce sont ces jardins qui donnent au pays son âme : tirer sa subsistance d'un jardin, c'est autre chose que vivre d'un champ ou d'un pré. Grimpez sans hâte, de planche en planche. Et, avec M. GABRIEL HANOTAUX, je vous prie, ô gens des villes modernes, regardez d'un peu près, ces « murs en pierres sèches si habilement construits que, par suite d'une certaine disposition, d'un certain « fruit », ils tiennent depuis des siècles, supportant le poids de champs entiers, tandis que nos murailles modernes consolidées à grand renfort de ciment, fléchissent à peine élevées ». Voyez le jardin de la Mortola et voyez le jardin de Cyrnos où l'Impératrice avait fait réaliser de si prodigieux tours de force botaniques.

Et, si vous êtes marcheur entraîné, jetez-vous dans un des sentiers qui gagnent la montagne. Allez vers l'arrière-pays, vers la Commenda de Sospel, vers les châtaigniers de Moulinet ou vers la vierge de Laghet, qui n'est pas avare de miracles.

***

Sixième point : les Arts aiguisent l'appétit de vivre. Au gré de vos promenades ou au long des pages de M. GABRIEL HANOTAUX, goûtez les peintures de LUDOVIC BRÉA et goûtez le charme des chapelles perdues dans un vallon.

***

Et pour finir, louons ce pays d'une septième richesse, c'est d'être « lourd » d'histoire.

Du col de Castillon ou du haut de la route qui descend sur St-Vallier, regardez vers le Sud. « Thalassa ! Thalassa ! » disaient les aventuriers de XENOPHON. » C'est la mer sacrée' répétait JULES TELLIER, la mer mystérieuse.... C'est la mer qui sillonnaient jadis sur les galères et les trirèmes les vieux poètes et les vieux sages » et ULYSSE que chanta Homère est proche parent de tel matelot que campa JEAN LORRAIN, l'un et l'autre manœuvrant la voile rouge sur les routes de la Méditerranée.

Et longez la route terrienne de la côte, la route où ANNIBAL et BONAPARTE ont passé, cette *Via Aureliana* que célèbre M GABRIEL HANOTAUX. ce pavé romain que l'on voit encore dans l'étonnant parc des HANOURY : il n'est point de cure tonique et sédative sans que l'âme n'y participe et il n'est point de cure authentique pour l'âme si le passé n'est pas admis à jeter ses ombres sur nos chagrins et sur nos joies. HENRI VIGNES.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 24 LE NUMÉRO: 50 Centimes 16 JUIN 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnés partent du 1er de chaque mois

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger { 1re zone.......... 70 fr.
2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Chaire de médecine infantile* : M. Lereboullet, présenté en premier par la Faculté, obtient 40 voix ; *Chaire de dermatologie* : M. Gougerot, 22 voix ; M. Sézary, 20 voix.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Par arrêté ministériel en date du 14 mai 1928, ont été déclarés aptes à remplir les fonctions d'aide de clinique à l'hospice national des Quinze-Vingts, dans l'ordre de classement ci-après : 1° M. Hurstel, 2° M. le Dr Moussette, 3° M. le Dr Maraval, 4° M. Blanchard, 5° M. Halphen.

— Par arrêté ministériel en date du 15 mai 1928, M. Hurstel Raoul, est nommé aide de clinique titulaire à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Jean Lorgnier (de Saint-Omer), Poutier (de Lumbres).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Maurice Riot et Langlois (de Paris), Vanschengel (de Lille), Louis Lemaire (de Dunkerque).

Ministère de l'hygiène. — *Inspection de l'Assistance publique.* — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 30 mai 1928, M. le Dr Pigot, inspecteur de l'Assistance publique d'Indre-et-Loire, est nommé inspecteur de l'Assistance publique de la Seine, en remplacement de M. Delon, précédemment admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Bourses offertes par l'Inotyol. — Comme les années précédentes, les laboratoires de « l'Inotyol » du Dr Debat mettent à la disposition des étudiants en médecine, ayant besoin de repos : 12 bourses de vacances de : 500 fr.

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Félix Ramond). — *Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale.* — Du 25 juin au 2 juillet 1928, le Dr Félix Ramond, avec le concours des Drs Ch. Jacquelin, Zizine et Desbrousses, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique, suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Programme : Les appareils. La technique générale pratique. La préparation du malade. — Les horaires et les positions d'examen. La méthode d'exploration. — Le transit œsophagien, gastrique et intestinal. — Les divers aspects radioscopiques de l'estomac et du duodénum normaux. — Les ptoses gastriques et duodénales. La dislocation pylorique. — Les déviations et déplacements de l'estomac. Ses déformations accidentelles. — Les divers aérogastries. — Les diverses expressions radiologiques de l'ulcère de l'estomac. — Le syndrome radiologique du cancer, de la linite et des autres tumeurs de l'estomac. — Sténoses cardiaque, médiogastrique, pylorique, sous-pylorique. — Dilatation gastrique. — Stase. Hypersécrétion. — Les atonies gastriques : partielle ou totale, précoce ou tardive. — Les spasmes gastriques. — L'estomac dans les dyspepsies secondaires. Estomac des biliaires et examen radiologique de la vésicule. Epreuve au tétraiode. — Radiologie du duodénum : ulcères, diverticules acquis et congénitaux. Périduodénite. Sténoses et stases du duodénum.

Conférences à 9 heures, gratuites. Démonstrations radiologiques tous les matins à 10 heures. Droit d'inscription, 250 francs.

Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès du Dr Jacquelin ou de la Surveillante générale du service. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Voyage médicaux à Vichy. — La station thermale de Vichy vient d'être le terme de deux intéressants voyages d'études médicales aux stations hydrominérales du centre de la France.

Le premier fut dirigé par le Professeur agrégé Duhot chargé de l'enseignement de l'hydrologie à la Faculté de Médecine de Lille.

Quelques jours plus tard, Vichy recevait la visite d'étudiants français et étrangers de la Faculté de médecine de Paris, conduite par le Professeur Maurice Villaret.

Préfecture du Calvados. Maison maternelle départementale de Bénonville. — *Concours pour la nomination d'un médecin-chef, d'une sage-femme et de trois infirmières.* — Un concours sur titres pour les emplois de médecin chef, de sage femme et de trois infirmières, attachés à la Maison maternelle départementale de Benonville, est ouvert du 1er juin au 30 juin 1928.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 30 juin 1928.

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions du concours, le traitement annuel et les avantages attachés à chacune de ces fonctions, s'adresser à la Préfecture (1re division), rue de Caumont, 35 à Caen.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur Paul Carnot) — *Cours de vacances de* 1928. (Septembre et octobre) sous la direction des professeurs **P. Carnot** et **M. Villaret**, du professeur agrégé Chabrol et du Dr H. Bénard, médecins des hôpitaux. I. — Cours de septembre (10-22 septembre). Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie. Lundi 10 septembre 1° 9 h. 30. Dr H. Bénard, médecin des hôpitaux. Le métabolisme des sucres. — Syndromes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie. — 2° Dr H. Bénard. Le métabolisme des protéines et des graisses.

Mardi 11 septembre : 3° 9 h. 30. Dr H Bénard. Le métabolisme basal. Régulation du pH : Réserve alcaline. Syndromes d'acidose et d'alcalose. — 4° 2 h. 30. Dr Froment, chef de clinique. Les formes cliniques du diabète.

Mercredi 12 septembre : 5° 9 h. 30. D. Coury, ancien chef de clinique adjoint. Les gangrènes et les infections chez les diabétiques. — 6° 2 h. 30. Dr Baudoin, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Laennec. Le coma diabétique et son traitement.

Jeudi 13 septembre 7° 9 h. 30. Dr Baudouin. La conduite du traitement de fond chez les diabétiques. — 8° 2 h. 30. Dr Blum, ancien chef de clinique. — Les kystes hydatiques du foie.

Vendredi 14 septembre : 9° 9 h. 30. Dr Rachet, chef de clinique. Les hépatites amibiennes. — 10° 2 h. 30. Dr Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu. Les syndromes cliniques d'hypertension portale.

Samedi 15 septembre : 11° 9 h. 30. Prof. Villaret. Les syndromes cliniques d'hypotension sushépatique. Le foie cardiaque. — 12° 2 h. 30 Dr Coury. Les syndromes cliniques de l'insuffisance hépatique. Les épreuves d'insuffisance hépatique. Petite insuffisance. Syndromes hémorragiques. Syndromes nerveux.

Lundi 17 septembre : 13° 9 h. 30. Professeur Villaret. Les hépatites alcooliques. — 14° 2 h. 30. Dr Dumont, ancien chef de laboratoire. Les hépatites tuberculeuses. Les hépatites paludéennes.

Mardi 18 septembre : 15° 9 h. 30. Dr TERRIS, chef de clinique. Les hépatites toxiques. Ictère arsénobenzolique. Les hépatites syphilitiques. — 16° 2 h. 30. Dr BARIÉTY, chef de clinique. Les pigments biliaires. Les sels biliaires. La cholestérine. Technique de recherche dans le suc duodénal, le sang, la bile.

Mercredi 19 septembre : 17° 9 h. 30 Dr BARIÉTY. Les syndromes d'ictère : ictères par rétention ; ictères dissociés ; ictère hémolytique ; ictères bénins et ictères graves. — 18° 2 h. 30. Dr DUMONT. Les spirochétoses ictéro hémorragiques et les ictères infectieux.

Jeudi 20 septembre : 19° 9 h. 30. Dr BOLTANSKI, interne, médaille d'or. Les angiocholites. Les cholécystites. Les cirrhoses biliaires. — 20° 2 h. 30. Dr RACHET. Les cancers du foie et des voies biliaires.

Vendredi 21 septembre : 21° 9 h. 30 Prof. agrégé CHABROL, médecin de l'hospice d'Ivry. La lithiase vésiculaire. — 22° 2 h. 30. Prof. agrégé CHABROL. Les lithiases compliquées.

Samedi 22 septembre : 23° 9 h. 30. Dr LAGARENNE, chef du laboratoire de radiologie. La cholécystographie. — 24° 2 h. 30. Prof. agrégé CHABROL. Traitement de la lithiase biliaire.

II. — Voyage d'études à Vichy : dans la semaine intercalaire, entre les deux cours, aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférences sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs des cours.

III. — Cours d'octobre (1er-13 octobre). Notions récentes sur les maladies digestives. Lundi 1er octobre : 1° 9 h. 30. M. DEVAL, chef du laboratoire de la clinique. Techniques d'examen des sucs gastriques et duodénaux. — 2° 2 h. 30. Mlle TISSIER. Coprologie clinique (examens chimiques, microscopiques, parasitaires, bactériologiques).

Mardi 2 octobre : 3° 9 h. 30. Dr LAGARENNE, chef du laboratoire de radiologie. Techniques radiologiques des examens digestifs. — 4° 2 h. 30. Dr RACHET, chef de clinique. Endoscopie. Œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie.

Mercredi 3 octobre : 5° 9 h. 30. Dr BOUTTIER, ancien chef de clinique. Les syndromes gastriques sécrétoires (hyperchlorhydrie, achylie) et moteurs (atonie, hypersthénie, etc.). — 6° 2 h. 30. Prof. agrégé CHABROL, médecin de l'hospice d'Ivry. Les syndromes hémorragiques (hématémèses, mélæna, hémorragies occultes). Traitement. Les syndromes anémiques. Traitement.

Jeudi 4 octobre : 7° 9 h. 30. Prof. agrégé CHABROL. Les syndromes douloureux (gastralgies, entéralgies, crises solaires, crises tabétiques). — 8° 2 h. 30. Prof. P. CARNOT. Les syndromes de sténose et d'occlusion.

Vendredi 5 octobre : 9° 9 h. 30. Dr JACQUET, médecin des hôpitaux. Les ptoses digestives. — 10° 2 h. 30. Dr JACQUET. Les dolicho et mégaviscères.

Samedi 6 octobre : 11° 9 h. 30. Dr FATOU, ancien chef de clinique. Les éventrations et hernies diaphragmatiques. — 12° 2 h. 30 Dr LIBERT, chef de clinique. Les stases intestinales chroniques ; leur thérapeutique.

Lundi 8 octobre : 13° 9 h. 30. Dr LIBERT. Les diarrhées chroniques ; leur thérapeutique. — 14° 2 h. 30. Prof. VILLARET, médecin de l'Hôtel-Dieu. Les ulcères de la petite courbure.

Mardi 9 octobre : 15° 9 h. 30. Prof. VILLARET. Les ulcères juxta-pyloriques. — 16° 2 h. 30. Dr BOLTANSKI, interne, médaille d'or. Les périviscérites digestives.

Mercredi 10 octobre : 17° 9 h. 30. Dr FROMENT, chef de clinique. Les ulcéros-cancers. Les linites. — 18° 2 h. 30. Dr BARIÉTY, chef de clinique. Les cancers de l'estomac.

Jeudi 11 octobre : 19° 9 h. 30. Prof. CARNOT. Les cancers de l'intestin (ampullomes, cancer iléo cæcal, cancer de l'appendice,

cancer du côlon). — 20° 2 h. 30. Dr FRIEDEL. Les cancers recto-sigmoïdiens.

Vendredi 12 octobre : 21° 9 h. 30. Dr DUMONT, ancien chef du laboratoire. Les entéro-colites tuberculeuses. — 22° 2 h. 30. Dr H. BÉNARD, médecin des hôpitaux. Les colites amibiennes et lambliennes.

Samedi 13 octobre : 23° 9 h. 30. Dr TERRIS, chef de clinique. Les appendicites chroniques. — 24° 2 h. 30. Dr FRIEDEL. Les rectites infectieuses blennorragiques, syphilitiques, tuberculeuses ; rectocolite hémorragique). Traitements.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs pour un cours et de 450 francs pour les deux cours. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet (n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Clinique médicale des enfants. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Cours de vacances sur les notions nouvelles en pédiatrie* (juillet-août 1928.) — Jeudi 26 juillet, 10 h. 15 : Ouverture du cours par le professeur NOBÉCOURT ; 10 h. 30 : M. BOULANGER-PILET. Diphtérie : Actualités ; 16 h. : M. PARAF. Tuberculose aiguë ; 17 h. : M. BABONNEIX. Poliomyélite aiguë.

Vendredi 27 juillet, 10 h. 30 : M. BIDOT. Urologie clinique ; 16 h. : M. PARAF. Prévention de la tuberculose : le B. C. G. ; 17 h. : M. BABONNEIX. Hérédo-syphilis et système nerveux.

Samedi 28 juillet, 10 h. 30 : M. BABONNEIX. Encéphalopathies infantiles et mongolisme.

Lundi 30 juillet, 10 h. 30 : M. DUHEM. Radiologie respiratoire ; 16 h. : M. PARAF. La scarlatine : diagnostic et traitement ; 17 h. ; M. BOULANGER-PILET. Les syndromes hypophysaires.

Mardi 31 juillet, 18 h. 30 : M. BOULANGER-PILET. Pneumococcies ; 16 h. : M. Jean HUTINEL. Bronchopneumonies et traitement ; 17 h. : M. PICHON. Rougeole : diagnostic et traitement.

Mercredi 1er août, 10 h. 30 : M. DUHEM. Radiologie du cœur ; 16 h. : M. PICHON. Epilepsie et traitement ; 17 h. : Léon TIXIER. Anémies et hémophilie.

Jeudi 2 août, 10 h. 30 : M. BOULANGER-PILET. Les pyélonéphrites ; 16 h. : M. PICHON. L'acrodynie ; 17 h. : M. Jean HUTINEL. syphilis du rein.

Vendredi 3 août, 10 h. 30 : M. Léon TIXIER. Les R. U. V. en pédiatrie ; 16 h. : M. PICHON. Le rhumatisme cardiaque ; 17 h. : M. R. MATHIEU. Les chorées.

Samedi 4 août, 10 h. 30 : M. DUHEM. Electrodiagnostic.

Lundi 6 août, 10 h. 30 : M. BIDOT. Coprologie clinique ; 16 h. : Léon TIXIER. Rachitisme et traitement ; 17 h. : M. R. MATHIEU. Encéphalite épidémique.

Mardi 7 août, 10 h. 30 : M. PRÉTET. Réactions sérologiques ; 16 h. : M. NADAL. L'asthme infantile ; 17 h. : M. LEBÉE. Diagnostic et traitement des pleurésies purulentes.

Mercredi 8 août, 10 h. 30 : M. Léon TIXIER. Hérédo-syphilis et traitement ; 16 h. : M. LEBÉE. La coqueluche ; 17 h. : M. René MARTIN. Méningite cérébro spinale.

Jeudi 9 août, 10 h. 30 : M. PRÉTET. Les septicémies et leur diagnostic bactériologique ; 16 h. : M. JANET. Vomissements cycliques ; 17 h. : M. Jean HUTINEL. Abcès du poumon.

Vendredi 10 août, 10 h. 30 : M. DUHEM. Physiothérapie chez l'enfant ; 16 h. : M. JANET. Syndromes thyroïdiens ; 17 h., M. R. MATHIEU. Les colites.

Samedi 11 août, 10 h. 30 : M. JANET. Le diabète infantile.

Professeur NOBÉCOURT : à 9 heures, conférence clinique dans les salles de la clinique.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendrdedis de 14 à 16 heures. Le droit à verser est de 250 francs.

Nécrologie. — Dr François CARTIER, de Paris. — Dr AUBERT, sénateur de la Réunion. — Dr Pierre-Emile DUHAMEL, de Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

Atrophie cérébelleuse progressive d'origine syphilitique.

Par Georges GUILLAIN et J. DECOURT.

L'observation que nous rapportons nous paraît intéressante au double point de vue de la clinique neurologique et de la pathologie générale. Chez un malade âgé, qui présentait le tableau symptomatique décrit dans les atrophies cérébelleuses progressives tardives, nous avons décelé dans le liquide céphalo-rachidien toutes les réactions de la syphilis évolutive. Il peut sembler que de tels cas soient de constatation fréquente ; ils sont, au contraire, à notre connaissance, exceptionnels.

Il est remarquable de noter que, dans les Traités de Neurologie français ou étrangers, les plus récents et les plus documentés, le chapitre « Syphilis du cervelet » n'existe pas. D'autre part, si l'on parcourt, dans la littérature médicale, les mémoires consacrés à l'étude des atrophies cérébelleuses, on voit que les descriptions symptomatique et les constatations anatomo-pathologiques ont spécialement intéressé les auteurs, que l'étiologie en est le plus souvent passée sous silence ou est dite inconnue, enfin que la ponction lombaire avec les techniques modernes d'examen du liquide céphalo-rachidien n'a presque jamais été pratiquée. Aussi avons-nous pensé qu'il y avait un certain intérêt à relater le cas d'un malade que nous avons observé à la Clinique de la Salpêtrière, cas qui nous semble apporter une documentation utile pour cette question encore si obscure des atrophies cérébelleuses progressives.

***

M. El..., âgé de 71 ans, nous est envoyé à l'Hospice de la Salpêtrière, le 21 mai 1926, par notre collègue M. le Dr Hallé.

On ne retrouve chez cet homme aucun antécédent pathologique important, si ce n'est, vers l'âge de 30 ans, une ulcération de la lèvre ayant duré trois semaines environ.

Les premiers signes de l'affection actuelle se sont manifestés en 1924 par une fatigue anormale durant la marche, nécessitant des repos fréquents. L'évolution a été progressive ; pendant une année il a pu marcher en s'aidant d'une canne, puis il devint incapable de tout effort de marche. Vers la fin de l'année 1926 il a remarqué une certaine maladresse des membres supérieurs.

Lorsque nous avons examiné ce malade, en juin 1926, nous avons constaté la symptomatologie suivante.

M. E. n'a aucune céphalée, aucune sensation vertigineuse, aucun trouble sensitif.

La force musculaire est normale dans les différents segments des membres ; toutefois le malade est absolument incapable de marcher seul. Il ne peut se mettre debout que si deux aides le soutiennent sous les aisselles. Ainsi aidé, il peut faire quelques pas, mais avec une incoordination considérable, il lance ses jambes en tous sens, sans mesure et sans synergie. Le tronc ne suit pas les membres inférieurs dans leur progression.

Soutenu sous les deux aisselles, il a de grandes difficultés à joindre les deux talons. L'occlusion des yeux n'accentue pas les troubles de l'équilibre. La résistance aux pulsions est nulle.

Examiné au lit, on constate que tous les mouvements spontanés sont possibles, mais nettement ataxiques aux membres inférieurs.

Si l'on demande au malade de porter le talon sur le genou du côté opposé, il lève trop la cuisse, décompose le mouvement, dépasse largement le but et ne l'atteint que dans un deuxième et même un troisième temps. Dès qu'il a touché le but, le pied ne s'y maintient qu'avec un tremblement statique, il se produit dix à quinze oscillations, puis l'immobilité complète est obtenue et peut être gardée longtemps.

Si on lui demande de faire glisser son talon sur le bord antérieur du tibia depuis le genou jusqu'au cou-de-pied, il n'y parvient qu'avec peine, le talon glisse à droite ou à gauche, l'acte n'est accompli qu'en plusieurs temps.

Si on le prie de fléchir le membre pour mettre son talon au contact de la fesse, il lève trop la cuisse, décompose le mouvement en plusieurs temps et repose avec violence le talon sur le sol. La même asynergie, la même chute brusque du talon se manifestent quand il étend de nouveau la jambe.

L'incoordination et la dysmétrie peuvent aussi être objectivées en demandant au sujet de porter le pied en un point précis situé à 50 centimètres au-dessus du plan du lit ou de mettre le talon sur le cou-de-pied du côté opposé.

Aux membres supérieurs, l'ataxie est beaucoup plus discrète. Il amène assez correctement l'index à l'extrémité du nez. Parfois cependant il touche le but avec la face interne du doigt et corrige son erreur dans un deuxième temps. Il n'y a pas de tremblement intentionnel. L'occlusion des yeux ne modifie pas les caractères de l'épreuve.

L'acte de la préhension d'un verre est bien exécuté, c'est à peine si les doigts s'écartent un peu trop, le verre est correctement amené aux lèvres. Il saisit facilement le lobule de l'oreille entre le pouce et l'index, il saisit adroitement une épingle posée sur une table. Toutefois l'épreuve du trait entre deux lignes parallèles verticales, l'épreuve de l'écriture mettent nettement la dysmétrie en évidence.

L'épreuve de renversement de la main en pronation est très incorrectement exécutée. Même si l'on a pris soin d'expliquer au sujet que l'on désire obtenir exactement la position horizontale de la main, il exécute le mouvement sans mesure, son pouce dépasse l'horizontale surtout à gauche où il arrive presque jusqu'à la verticale, ce qui l'oblige à une correction dans un deuxième temps.

La diadococinésie est bonne ; il exécute bien les mouvements dits de marionnettes ; c'est à peine si, du côté gauche, il y a une légère maladresse. Si on lui demande de renverser alternativement en pronation et en supination la main sur le plan du lit, il exécute ce mouvement avec assez de régularité et de rapidité, mais il ne peut l'exécuter sur place, sa main se porte alternativement en dedans et en dehors chaque fois qu'il la retourne.

L'épreuve de la flexion combinée de la cuisse et du tronc est nettement positive.

L'étude des mouvements passifs ne révèle pas d'hypotonie notable ; cependant on arrive presque à porter le talon au contact de la fesse. Les autres mouvements se font sans laxité excessive. On ne constate pas de ballottement du pied.

Les reflexes de posture ne peuvent être mis en évidence ni au niveau du cou-de-pied, ni au niveau des poignets.

Il n'y a pas de passivité notable. L'épreuve de la résistance de Holmes-Stewart ne révèle aucune anomalie aux membres supérieurs. Cependant, aux membres inférieurs, dans les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, le freinage n'est obtenu qu'après deux ou trois oscillations.

Les réflexes rotuliens sont légèrement pendulaires, l'immobilité n'est obtenue qu'après trois ou quatre oscillations. Le caractère pendulaire ne se retrouve pas aux réflexes olécrâniens.

Il n'y a pas de phénomènes de catalepsie cérébelleuse. Aussi bien en position ventrale qu'en position dorsale, le malade ne peut maintenir longtemps fléchie la jambe

sur la cuisse, il se fatigue assez vite et laisse retomber ses membres.

Tous les réflexes tendineux, périostiques, osseux, tous les réflexes cutanés sont absolument normaux.

Aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble des sphincters.

Aucun trouble dans le domaine des nerfs crâniens.

Il n'existe pas de paralysies oculaires, mais on note un nystagmus accentué dans le regard latéral, aussi bien vers la droite que vers la gauche. Dans le regard vers la droite, le nystagmus est nettement transversal ; dans le regard vers la gauche il se fait dans le sens vertical. Le nystagmus n'est pas modifié par les positions de la tête.

La pupille gauche est un peu plus large que la pupille droite et n'est pas parfaitement ronde. Les réflexes photo-moteurs existent, mais très paresseux : les réflexes à l'accommodation sont normaux.

Aucune lésion du fond de l'œil, aucune hémianopsie.

Dans l'examen labyrinthique on note que l'épreuve des bras tendus montre une légère déviation spontanée vers la gauche.

Épreuve de Barany à 22°. *Oreille droite* : à 70 centimètres cubes, légère atténuation de nystagmus spontané vers la droite ; à 150 centimètres cubes, le nystagmus vers la droite a repris son intensité primitive ; à 250 centimètres cubes, on ne remarque aucune modification de la déviation segmentaire spontanée. *Oreille gauche* : à 110 centimètres cubes, le nystagmus spontané vers la gauche est presque complètement supprimé ; à 250 centimètres cubes, la déviation segmentaire vers la gauche est notablement accrue.

L'épreuve du vertige voltaïque n'a pu être pratiquée par suite de l'indocilité du malade.

Nous noterons enfin que, comme dans certaines atrophies olivo-ponto-cérébelleuses, l'on constate au repos, par intermittences, un très léger tremblement du type parkinsonien au niveau du gros orteil du pied droit et au niveau des mains (ébauche du mouvement d'émiettement).

Le psychisme est absolument normal.

Aucun trouble viscéral apparent. Le cœur et l'aorte sont cliniquement normaux. La tension artérielle mesurée à l'oscillomètre de Pachon est de 17-9.

L'examen du liquide céphalo-rachidien (28 juin 1926) a montré tous les caractères des réactions syphilitiques : liquide clair ; tension de 26 centimètres d'eau au manomètre de Claude, en position assise : albumine 0 gr. 71 : réactions de Pandy et de Weichbrodt positives ; 26 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin colloïdal positive 1122122222200000.

La réaction de Wassermann dans le sang est positive.

Depuis le mois de juin 1926 le malade a été soumis à des traitements antisyphilitiques successifs (Novarsénobenzol, Quinby, cyanure de mercure, iodure de potassium). La symptomatologie clinique s'est relativement peu modifiée ; par contre nous avons observé quelques modifications régressives dans le liquide céphalo-rachidien quant au taux de l'albumine, au nombre des cellules, à la courbe de la réaction du benjoin colloïdal. La réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien est restée toutefois positive.

Examen du liquide céphalo-rachidien (20 septembre 1926). Liquide clair ; tension de 20 centimètres d'eau en position assise : albumine 0 gr. 40 ; réaction de Pandy positive ; réaction de Weichbrodt légèrement positive : 10 lymphocytes par millimètre cube ; réaction de Wassermann positive : réaction de benjoin colloïdal 0011002221000000.

Examen du liquide céphalo-rachidien (22 novembre 1926). Liquide clair ; tension de 39 centimètres d'eau en position assise : albumine 0 gr. 40 ; réaction de Pandy positive : réaction de Weichbrodt positive : 2 lymphocytes par millimètre cube : réaction de Wassermann positive ; réaction de benjoin colloïdal 0121022221000000.

Examen du liquide céphalo-rachidien (4 février 1928). Liquide clair : tension de 30 centimètres d'eau en position assise ; albumine 0 gr. 40 : réaction de Pandy positive ; réaction de Weichbrodt négative : 1.6 lymphocyte par millimètre cube ; réaction de Wassermann demi-positive (H^4) ; réaction du benjoin colloïdal 0120012210000000.

La réaction de Wassermann dans le sérum sanguin était encore demi-positive (H^4) à la date du 4 février 1928.

***

L'affection de ce malade peut se résumer ainsi. Apparition sans ictus, à l'âge de 69 ans, d'un syndrome cérébelleux lentement progressif, syndrome surtout accentué aux membres inférieurs, entraînant une grande titubation et des troubles de la station debout, véritable astasie-abasie nécessitant le séjour au lit. Les troubles cérébelleux sont légers aux membres supérieurs et se caractérisent par une ébauche de dysmétrie et une difficulté de l'écriture. Secousses nystagmiformes des yeux dans le regard latéral. La force musculaire est bien conservée. Tous les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Paresse de la réaction photo-motrice des pupilles. Le liquide céphalo-rachidien montre toutes les réactions d'une affection syphilitique évolutive ; liquide clair, hyper-albuminose, réactions de Pandy et de Weichbrodt positives, hypercytose, réaction de Wassermann et réaction du benjoin colloïdal positives. La réaction de Wassermann dans le sang est également positive.

La symptomatologie observée chez notre malade a de multiples analogies cliniques avec celle décrite dans diverses atrophies cérébelleuses, et l'on trouverait en particulier des traits de ressemblance avec les faits réunis par MM. Pierre Marie, Ch. Foix et Th. Alajouanine (1) dans leur mémoire sur l'Atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale et par M. J. Lhermitte (2) dans son travail sur l'Astasie-abasie cérébelleuse par atrophie vermienne chez le vieillard.

L'origine syphilitique des atrophies cérébelleuses, qu'il s'agisse des formes précédentes ou au contraire de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, de l'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse, de l'atrophie du système dentelé, ne semble pas avoir été mentionnée par les auteurs. D'ailleurs, il est remarquable de constater combien exceptionnels sont dans ces différentes observations les examens du liquide céphalo-rachidien. Dans notre cas l'étiologie syphilitique ne fait aucun doute. Si toutefois nous supposons qu'un malade semblable au nôtre soit examiné par des neurologistes seulement 4, 5 ou 6 ans après le début de sa maladie, il est fort possible que le liquide céphalo-rachidien ait alors des caractères physiques et biologiques absolument normaux et que l'on pose le diagnostic d'atrophie cérébelleuse progressive de cause inconnue. D'ailleurs, on sait combien souvent, dans des tabes syphilitiques anciens, le liquide céphalo-rachidien apparaît normal.

La syphilis est un des facteurs étiologiques des atrophies cérébelleuses ; bien d'autres infections peuvent d'ailleurs aussi avoir un rôle. Il est évident que des lésions cérébelleuses progressives ne se produisent pas sans cause. Dans des autopsies très tardives, cette cause ne peut plus être décelée, mais elle a existé toutefois, troublant la vitalité, la vascularisation de certains systèmes ou de certains territoires des voies ou des centres cérébelleux. Il nous semble même que ce serait une erreur de chercher pour nombre de faits cliniques, dans une hérédité plus ou moins douteuse, que très souvent il est impossible de mettre en lumière, la cause de maladies

(1) Pierre Marie, Ch. Foix et Th. Alajouanine. — De l'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale (Atrophie parenchymateuse primitive des lamelles du cervelet. Atrophie paléo-cérébelleuse primitive). (*Revue Neurologique*, 1922, pp. 849-885 et 1082-1111.)

(2) J. Lhermitte. — L'astasie-abasie cérébelleuse par atrophie vermienne chez le vieillard. (*Société de Neurologie de Paris*, séance du 9 mai 1922, in *Revue Neurologique*, 1922, p. 313.

Jean Arteaux. L'astasie-abasie cérébelleuse par atrophie du vermis chez le vieillard. Thèse de Paris, 1924.)

nerveuses évolutives progressives qu'une infection peut très bien créer. La difficulté dans ces maladies chroniques, sera toujours de pouvoir pratiquer les examens biologiques dans la phase, souvent transitoire, où l'infection peut être décelée. Ce n'est pas l'étude des cicatrices du névraxe qui permettra de faire progresser les notions pathogéniques, mais plutôt, comme dans l'observation que nous présentons, l'étude des réactions biologiques.

COURS COMPLEMENTAIRE SUR LES RADIATIONS

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

(*Professeur* : M. LOEPER).

Principes généraux de rœntgenthérapie médicale ; rœntgenthérapie des affections non cancéreuses,

Par le Dr **Marcel JOLY**,
Electro-radiologiste des hôpitaux.

Messieurs,

Permettez-moi de remercier le professeur Loeper de l'honneur qu'il me fait en me demandant de vous exposer ce qu'on peut attendre de la rœntgenthérapie en médecine générale.

C'est un sujet extrêmement vaste et je vous demanderai de me pardonner si je suis sur certains points trop bref ou trop concis.

Messieurs, la rœntgenthérapie date d'hier : 31 ans seulement nous séparent de la découverte de Rœntgen. Et cependant en si peu de temps (au prix il est vrai de déplorables sacrifices) une méthode thérapeutique est née qui soulage et parfois guérit là où toutes les médications usuelles restent impuissantes.

Actuellement, au milieu de bien des points encore obscurs, la rœntgenthérapie repose sur des données physiques, physiologiques et cliniques qui la sortent du domaine de l'empirisme dans lequel elle a forcément longtemps été plongée.

Les bases physiques, vous les connaissez. Je vous rappelle que les rayons X sont des vibrations de l'éther, de la lumière invisible émise par des ampoules spéciales dans lesquelles le vide est très grand (comme dans les ampoules dites « à gaz »), ou même presque absolu (comme dans les ampoules dites « Coolidge » d'un emploi actuellement universel). Ces vibrations rentrent dans la catégorie des vibrations de courte longueur d'onde : c'est ainsi que les rayons X employés couramment en rœntgenthérapie médicale ont une longueur d'onde de 400 à 80.000 fois plus courte que les rayons lumineux de plus courte longueur d'onde, ceux de la bande violette du spectre lumineux. Et comme il existe un spectre lumineux formé de sept couleurs différentes correspondant à des longueurs d'onde de plus en plus courtes, il existe un spectre de rayons X, mais beaucoup plus allongé que le spectre solaire puisqu'il comprend sept octaves, allant de la longueur d'onde 12A° à la longueur d'onde actuellement limite 0A° 06. Vous voyez que ces longueurs d'onde sont tellement petites qu'on a été obligé de former une unité nouvelle pour les désigner ; cette unité est l'angström A° qui vaut un dix millionième de millimètre.

Je vous ai parlé de la longueur d'onde « actuellement » limite. Cela veut dire qu'avec le perfectionnement des appareillages et des tubes on peut s'attendre à posséder des longueurs d'onde plus courtes encore, car celles-ci sont sous la dépendance du voltage appliqué aux bornes du tube à rayons X. La longueur d'onde 0,06 A° correspond à un voltage de 200.000 volts, et les tubes actuels ne peuvent supporter une tension supérieure sans être mis hors d'usage. Mais on peut prévoir le jour où nous aurons des tubes supportant jusqu'à 1 million de volts et qui nous donneront alors des longueurs d'onde aussi courtes que celles des plus courts rayons du radium.

Je vous dirai tout de suite que cela n'intéresse que la radiothérapie du cancer, dont je n'ai pas à parler ; en rœntgenthérapie médicale on n'emploie que les grandes et les moyennes longueurs d'onde qui correspondent à des voltages de 50 à 150.000 volts.

En fait, dans une ampoule soumise à de pareils voltages, surtout si le courant est fourni par un transformateur à induction, bobine ou contact tournant, comme c'est généralement le cas, et si cette ampoule est une ampoule Coolidge comme c'est aussi la règle, il s'échappe de cette ampoule un rayonnement composite, fait de multiples longueurs d'onde, des plus longues aux plus petites, correspondant au voltage employé.

J'ouvre une parenthèse pour vous décrire succintement le fonctionnement d'une ampoule Coolidge.

Le courant de la ville passe par un transformateur, d'où ce courant sort redressé, c'est-à-dire ayant un sens défini et constant, et à un voltage très élevé. L'ampoule a deux bornes ; l'une négative, la cathode, est faite d'un filament métallique incandescent d'où naissent les électrons ; ceux-ci, animés d'une grande vitesse par les forces électromagnétiques, forment le faisceau cathodique et frappent l'anticathode, borne positive ; du choc de ce faisceau cathodique sur l'autre cathode naissent les rayons X.

Comme je vous l'ai dit, ces rayons X ont des longueurs d'onde différentes. Cette particularité a son importance : les rayons X sont d'autant plus pénétrants que les longueurs d'onde sont plus courtes. Cela est dû à ce qu'on appelle le phénomène de l'absorption. Donc, au point de vue thérapeutique qui nous occupe, des rayons de grande longueur d'onde seront absorbés par les couches superficielles de l'épiderme. Des rayons de plus courte longueur d'onde pénétreront jusqu'aux plans profonds du derme ou jusqu'aux organes sous-jacents. Eh bien nous avons un moyen de limiter cette action aux couches superficielles ou de l'étendre aux plans profonds. Ce moyen, c'est l'emploi des filtres. Il est basé sur cette autre propriété physique des rayons X : ils sont absorbés d'autant plus que les corps qu'ils rencontrent ont un poids atomique plus élevé. Ainsi 1 mm. de plomb, corps de poids atomique très élevé, absorbe d'une façon presque totale un rayonnement X de longueur d'onde moyenne. Au contraire, 1 mm. d'aluminium, corps de poids atomique léger, n'absorbe que les grandes longueurs d'onde et se laisse traverser par les longueurs d'onde moyenne et courtes.

Alors on se sert de cette circonstance d'abord pour localiser l'action des rayons qu'on peut canaliser en quelque sorte par un diaphragme de plomb qui s'appelle un localisateur. Puis on épure plus au moins le rayonnement en interposant entre l'ampoule et la peau, dans le localisateur même, des disques d'aluminium ou de zinc, ou de cuivre, qui absorberont les grandes, ou même les moyennes longueurs d'onde, ne laissant parvenir à la peau que les moyennes ou les courtes longueurs d'onde.

Et ici je dois vous rappeler un phénomène d'un autre ordre, celui du rayonnement caractéristique. Lorsqu'un rayonnement X frappe un corps et dans le cas particulier un métal, il naît de celui-ci un nouveau rayonnement de grande longueur d'onde. Celui ci se surajoute donc au rayonnement primaire et, comme il est de grande longueur d'onde, il peut être absorbé par la peau et pourrait éventuellement troubler les résultats d'une irradiation. Il importe de le supprimer ; pour cela, on interpose entre le localisateur et la peau une certaine épaisseur de cel

lulose, cuir, bois, ou toile sous forme de compresses, qui absorbe ce rayonnement dit secondaire.

Une autre propriété physique du rayonnement est la diffusion : tout comme un rayon de soleil illumine une multitude de poussières sur son passage, le faisceau de rayons X s'étale dans une substance qu'il traverse bien au-delà du chemin que le rayon direct devrait normalement parcourir.

Il faut aussi se souvenir que l'intensité d'un rayonnement X décroît en raison inverse du carré de la distance.

Enfin il est une propriété physique du rayonnement X sur laquelle je dois m'arrêter un instant parce qu'elle est à la base de la posologie, du dosage, de ce rayonnement. C'est l'ionisation des gaz. Je vous rappelle le schéma de l'atome de Bohr. Tout atome solide ou liquide, ou gazeux, est ainsi constitué : un noyau central composé d'un certain nb. 2, 6, 10, 18, etc, protons ou charges d'électricité positive ; à l'entour sur un certain nombre d'orbites, appelés en physique niveaux, et semblables aux orbites des planètes dans un système solaire des électrons, grains d'électricité négative, en nombre égal au nb de protons du noyau : ainsi le système est en équilibre. Eh bien, un rayonnement X frappant un tel système y jette la perturbation : le choc sépare un ou plusieurs électrons du système. Le résultat est qu'il existe d'un côté une charge d'électricité négative, l'électron détaché, de l'autre une charge d'électricité positive, l'atome privé d'un de ses électrons. Si l'on crée dans un tel milieu un champ électrique, que l'on peut figurer par deux électrodes positive et négative d'une source quelconque, en vertu des lois électromagnétiques, l'électron ira vers la plaque positive, l'atome positif vers la plaque négative : Il y a donc un courant, dit courant d'ionisation. C'est le principe des appareils de mesure actuellement les plus perfectionnés en rœntgenthérapie : on les appelle des ionomètres. Ce sont donc des instruments qui servent à mesurer le courant d'ionisation produit dans l'air par les rayons X. En France, ce courant est mesuré en unités R qui est telle que 1 R correspond à l'intensité d'un rayonnement de rœntgen produisant un courant d'ionisation équivalent à celui que provoque le rayonnement d'un gramme de radium en une seconde, ce radium étant dans un tube filtré à 1/2 mm. de Pt et placé à 2 cm. d'une petite chambre d'ionisation : c'est donc sinon une unité physique très parfaite, du moins une unité relativement facile à reproduire et à contrôler. L'équivalence, entre l'unité R et l'unité H, un peu désuète mais non périmée, est telle que : 1 H = 200 R.

Quelles sont maintenant les bases physiologiques les plus importantes ?

Passons-les rapidement en revue dans les divers organes : d'abord *la peau* ; un rayonnement X appliqué sur la peau provoque en premier lieu un érythème. Cet érythème est la conséquence d'une action primordiale des rayons X sur les tissus vivants : j'ai personnellement montré que le premier effet, immédiat des rayons X, était une vaso-dilatation intense des capillaires sanguins et lymphatiques du territoire irradié. On pourrait dire en somme qu'il s'agit d'une irritation banale.

Si la dose a été forte et les rayons peu filtrés, trois semaines plus tard, on verra l'épiderme se soulever en phlyctènes — les phlyctènes disparus mettent le derme à nu : à ce stade l'épidermisation se fera spontanément, ou, si la dose a été excessive, le derme se nécrosera et on assistera à la formation d'une ulcération rœntgénienne qui mettra un temps infini, six mois à un an, à se cicatriser.

Un autre effet à peu près constant, mais moins important, est la fixation de pigment par la peau : les peaux irradiées brunissent.

L'histologie nous montre que seule la couche des cellules germinatives de Malpighi est atteinte avec un rayonnement suffisamment filtré et à dose convenable.

C'est là un fait d'une importance très grande en rœntgenthérapie et qui a nom : la sélectivité du rayonnement. Ce qui revient à dire que, semblant dédaigner et laisser intactes les cellules kératinisées, le rayonnement n'a porté son action sélective que sur les cellules de la couche germinative, qui sont aussi les seules ayant une activité reproductrice constante.

Par le même effet histo physiologique, les rayons X détruisent l'épithélium du follicule pileux, ce qui entraîne la chute des poils.

Cette sélectivité du rayonnement, nous la retrouvons en étudiant l'action des rayons X sur *le testicule* : avec une dose convenable et convenablement filtrée, seules les spermatogonies, cellules mères de la lignée séminale, sont détruites. Ce fait a une importance considérable, puisque la souche n'existant plus, les cellules filles, spermatocytes, spermatides et spermatozoïdes ne se reproduisent plus et qu'il arrive un moment où les canalicules séminaux sont entièrement vides : l'animal est stérile. C'est aux beaux travaux de M. Regaud et de son école que l'on doit la plupart de ces notions de radio-physiologie.

Après irradiation *des ovaires*, les choses se passent un peu différemment. Ce ne sont pas les follicules primaires qui sont d'abord détruits ; au contraire ils sont relativement radio-résistants et il faut une très forte dose pour les faire disparaître en totalité. Ce sont les follicules près de leur maturité qui sont les premiers touchés. Dans le follicule les cellules folliculeuses meurent les premières, puis l'ovocyte. Les follicules supprimés, la fonction ovarienne cesse, et avec elle les phénomènes secondaires de l'ovulation, la congestion utérine et la menstruation.

Mais, de même qu'il est rare d'arriver à une stérilisation définitive du testicule, quelques spermatogonies épargnées restaurant l'organe et la fonction, de même il est rare d'arriver à une stérilisation définitive d'un ovaire ; à moins cependant que la femelle ne soit proche de sa ménopause naturelle, comme il arrive lorsqu'on irradie des femmes présentant des métrorragies de la ménopause. On obtient alors des stérilisations anticipées et, avec elles, la cessation des accidents hémorragiques.

L'action des rayons X *sur le sang* constitue un des plus intéressants chapitres de la radiophysiologie. Je ne puis que vous en donner quelques conclusions schématiques. M. Lacassagne, qui l'a personnellement étudié, vous en parlera plus longuement. Aux doses employées en rœntgenthérapie médicale les *globules rouges* du sang circulant sont tout à fait insensibles ; les cellules de la lignée rouge de la moelle osseuse, très radio-sensibles, sont à peine influencées, la qualité du rayonnement employé ne permettant pas l'atteinte efficace de ces cellules profondément situées et protégées par l'os compact.

Pour la même raison on n'a avec les doses « dites médicales » aucune action sur les *plaquettes sanguines*.

En ce qui concerne la *lignée blanche*, une irradiation intensive provoque d'abord une hyperleucocytose très passagère, suivie d'une leucopénie vraie par destruction momentanée des organes formateurs. Avec les doses moyennes ou faibles et les irradiations très limitées qui nous intéressent en ce moment, on n'observe qu'une hyperleucocytose : il se produit tout d'abord dans la zone irradiée un véritable appel de polynucléaires, qui font place très vite à des mononucléaires qui sont surtout des lymphocytes : il faut signaler pourtant parmi eux de grands mononucléaires, des plasmocytes, qu'on a vu se transformer sur place en fibroblastes.

Sur les *glandes* en général, les rayons X n'ont aucune action aux doses médicales, si ces glandes sont parfaitement normales. Mais si les glandes sont en fonctionnement intense, au moment de la pré-lactation, par exemple, chez une femelle gravide, les rayons X sidèrent ou même détruisent l'épithélium des canalicules glandulaires et réduisent ou tarissent la sécrétion.

Il faut encore savoir que les rayons X de dose et de qualité moyennes ont une action inhibitrice très nette sur les *extrémités nerveuses sensitives*, et une action qu'on pourrait qualifier équilibrante sur le *système vago-sympathique*.

Enfin, même aux doses moyennes, les rayons X de longue ou moyenne longueur d'onde ont une action à la fois destructive et sclérosante sur les *tissus de nouvelle formation de nature inflammatoire*, tels, par exemple, les tissus réactionnels dont peuvent s'entourer les séreuses articulaires à la suite d'une atteinte rhumatismale, ou les tractus périviscéraux consécutifs aux inflammations de l'estomac ou de l'intestin.

Quelles sont maintenant les données cliniques, les applications thérapeutiques de la pratique courante ? Elles découlent des considérations physiologiques dont je viens de vous donner un résumé.

La thérapeutique dermatologique doit beaucoup aux rayons X. Les *eczémas* les plus rebelles, et que l'origine en soit purement irritative comme dans les eczémas professionnels, ou microbienne, ou mycosique, sont dans 90 % des cas très heureusement influencés par les irradiations.

On limite les champs par des localisateurs ou du tissu plombé.

On fait trois irradiations, la deuxième à huit jours de la première, la troisième à quatorze jours de la deuxième. On applique chaque fois une dose de 250 R de rayons émis sous 18 à 20 m. d'étincelle au spintermètre.

Un mot d'explication pour cette dernière expression. Le spintermètre est un instrument décrit par M. Antoine Béclère qui donne une relation entre l'étincelle d'un éclateur placé entre la bobine et le tube et le voltage appliqué. Ainsi 18 à 20 cm. d'étincelle au spintermètre, correspond approximativement à un voltage de 80 à 100.000 volts.

Comme il s'agit de traiter des lésions très superficielles, on n'utilise pas de filtre. Cependant si l'*eczéma est infiltré*, il est convenable de mettre un filtre léger : 1 mm. aluminium.

Sous l'influence de l'irradiation, le *prurit* cesse d'abord, souvent dès la première application.

D'où disparition du *grattage* : la lésion est au repos.

Bientôt les *vésicules s'assèchent*, les *papules* s'affaissent, l'épiderme apparaît nouveau et rosé.

Il faut se méfier des *eczémas aigus* qui réagissent d'abord par une irritation très vive et très douloureuse. On doit alors ne donner que la moitié des doses indiquées plus haut.

Il est bon de faire à intervalle de six mois une sorte de radiothérapie prophylactique, de consolidation.

Il importe, bien entendu, si l'on veut avoir un résultat durable, de traiter le terrain diabétique, rhumatismal, goutteux, etc, sur lequel a pu se développer l'eczéma.

Le *lichen plan* est également vite amélioré par la radiothérapie — et, depuis les travaux de Gouin et Pautrier, est traité par la radiothérapie médullaire aussi bien que par l'irradiation locale.

On irradie la région vertébrale cervicale et lombaire avec des doses de 250 R à deux jours d'intervalle et on les répète trois fois.

Les squames disparaissent, les lésions érythémateuses se pigmentent, deviennent ocre, puis s'affaissent et s'assouplissent.

Les rayons X blanchissent le *psoriasis* dans un temps beaucoup plus court que n'importe quelle autre méthode. Malheureusement les résultats sont presque toujours passagers.

On a tenté, ces derniers temps, de renforcer l'irradiation locale en irradiant également l'hypophyse, le thymus, la moelle cervicale et la rate. Ce ne sont encore que des essais, mais qui ont donné des résultats encourageants.

L'acné se traite par doses irritatives. On donne sur les lésions d'acné des doses d'autant plus fortes et d'autant plus filtrées que les lésions sont plus indurées. Il faut filtrer à 3 mm. Al. et donner 600 R par champ en une seule séance, en évitant bien d'irradier les régions pileuses (sourcils et cheveux). Les rayons X n'ont pas d'action sur le comédon ; mais les glandes séborrhéiques sont atrophiées et expulsent d'elles-mêmes les comédons.

Dans cette variété de dermatose, on traite également avec succès, mais en employant des rayons plus durs, c'est-à-dire de plus courte longueur d'onde, *l'acné chéloïdienne* de la nuque et le *rhinophyma*.

On a la même action destructivre sur les *verrues* qui sont des papillomes cutanés, et la R. X. est le traitement de choix de cette affection si douloureuse qu'est la *verrue plantaire*.

Le *mycosis fongoïde* est également une indication de la R. X. Tant qu'il est à l'état eczémateux ou de tumeur de la peau, il réagit merveilleusement. On obtient une apparence de guérison. Malheureusement la maladie suit son cours et on n'a eu que peu d'action sur les tumeurs profondes de la période cachectique.

Dans les régions pileuses, la R. X. est un traitement très efficace du *sycosis de la barbe*, qu'il soit ou non parasitaire. Il faut seulement avoir soin de calmer préalablement l'inflammation par des pansements à l'eau d'Alibour diluée.

Enfin les *teignes* ne sont guéries que depuis l'emploi des Rayons X. Le microsporon part en même temps que le cheveu et, après épilation, quelques soins de désinfection du cuir chevelu suffisent à avoir raison des microspories et même des godets faviques. Après l'irradiation de 600 à 700 R sur cinq champs, les cheveux tombent à partir du dix-huitième jour. Ils repoussent normalement au bout de deux mois.

Voilà pour la peau : passons aux glandes. On irradie avec succès les adénomes de *l'hypophyse* qui provoquent, par hypertrophie de l'organe des compressions du chiasma, d'où hémianopsie bitemporale, ou par trouble de sécrétion, soit de l'acromégalie, soit un syndrome adiposo-génital. M. Antoine Béclère a montré, le premier, tout le bénéfice que de tels malades pouvaient retirer de la rœntgenthérapie. On applique des doses moyennes sur des champs temporaux et frontaux, 500 R. tous les cinq jours, et on assiste petit à petit à une amélioration de la vue qui témoigne de la régression de la glande. La transformation du champ visuel, indiquée par l'oculiste, règle la conduite du traitement. On arrête l'évolution d'un syndrome acromégalique ou adiposo-génital, mais on n'obtient pas la régression des lésions acquises, alors que des malades aux confins de la cécité ont recouvré une vue normale.

Le *goitre exophtalmique* est une autre indication de la rœntgenthérapie. Sous l'influence d'une rœntgenthérapie prudente, avec de petites doses de 250 R., données tous les huit jours sur les thyroïdes, en surveillant le métabolisme basal et en se guidant sur l'épreuve à l'adrénaline de Gœtsche, on voit d'abord les symptômes de nervosité excessive s'amender. Puis les troubles digestifs disparaissent. Ensuite la tachycardie est moins accentuée ; le pouls passe de 160 à 120, 100, 90. L'exophtalmie diminue également. Le symptôme le plus persistant est la tumeur thyroïdienne elle-même qui n'est souvent guère modifiée. Ces succès sont plus rapides et plus complets en y adjoignant le traitement électrique, diathermie, courant continu ou faradique tétanisant.

On a essayé d'irradier les *capsules surrénales* pour abaisser la tension des hypertendus : je dois dire que les succès ne sont pas constants.

L'adénome de la prostate réagit très bien aux rayons X, s'il est mou. Le jet urinaire se reforme et la rétention devient imperceptible.

Il faut mentionner encore l'*hypertrophie du thymus* qui provoque des phénomènes dyspnéiques si graves chez les jeunes enfants. Le thymus est très sensible à l'action des rayons X et de très faibles doses arrivent à rendre un thymus hypertrophié de volume normal, faisant disparaître tous les troubles dont souffrait l'enfant.

En restant dans le domaine glandulaire, nous arrivons à un des triomphes de la Rœntgenthérapie, le traitement des métrorragies de la ménopause et le traitement des fibromes utérins. Dans les deux cas, on s'adresse à l'action des rayons X sur l'ovaire qui, nous l'avons vu, est très radiosensible. Pour les métrorragies de la ménopause, de petites doses de 500 R., répétées une ou deux

fois suffisent en général à arrêter tous les symptômes. Dans les fibromes, les rayons X agissent, en plus de leur action sur les ovaires, sur la tumeur fibromateuse elle-même. Et si le diagnostic est bien posé, une femme guérit à coup sûr de son fibrome et des accidents hémorragiques consécutifs dans un délai de deux à six mois, selon qu'on emploie des rayons pénétrants suivant la technique moderne, ou qu'on suit la méthode de petites doses qui a donné tant de succès à M. Béclère. On a violemment incriminé les rayons X à propos de quelques insuccès qui entraînèrent des suites opératoires difficiles ; la responsabilité, dans ces cas, ne va pas aux rayons X, mais aux erreurs du diagnostic initial.

Une autre indication, peu connue en France, est l'irradiation de l'*hypertrophie des amygdales*. On l'emploie beaucoup en Amérique où, sans douleur, sans hémorragie, trois ou quatre applications de rayons X sur la région angulo-maxillaire font revenir les amygdales hypertrophiées, même enflammées, à leur volume normal.

Je vous parlerai à peine, et seulement pour mentionner ces essais du traitement rœntgenthérapique des affections de l'estomac, en particulier de l'*ulcus gastrique*, de l'*hyperchlorhydrie*, traitement basé sur l'action inhibitrice des rayons X sur les glandes peptiques ; du traitement de l'*asthme* bronchique par irradiation du médiastin ou de la rate, et du traitement de l'angine de poitrine par irradiation de la région cardiaque. Ces traitements sont encore à l'état d'essais, mais il faut dire qu'ils ont donné des résultats pleins de promesses.

On tente de traiter aussi actuellement toutes les inflammations, quelle qu'en soit l'origine, par les rayons X. On a obtenu des résultats particulièrement bons dans le traitement des *annexites*, dans des cas de *septicémies puerpérales* dans les *prostatites* et surtout dans des cas de *phlegmons périmaxillaires*, par exemple dans les accidents de la dent de sagesse. Or tous les essais de laboratoire montrent que les rayons X ne sont pas directement microbicides. Il faut donc admettre qu'il existe un autre processus d'action, soit par appel des leucocytes, soit par action sur le tissu conjonctif péri-inflammatoire.

Il est certain que le tissu conjonctif réagit aux rayons X. On en trouve la preuve dans le traitement des *tuberculoses*. La plupart des localisations tuberculeuses sont en effet très favorablement influencées par les rayons X, sauf les localisations pulmonaires. Et cette action favorable trouve justement son explication dans ce fait que les rayons X provoquent localement, d'une part, une hyperleucocytose, et surtout mononucléaire, et d'autre part, une irritation du tissu conjonctif qui s'hypertrophie, puis se sclérose, étouffant pour ainsi dire les lésions tuberculeuses. C'est ce que l'on constate dans le traitement des *adénites tuberculeuses*, cervicales ou autres, dans les *fistules*, dans les *tuberculoses cutanées*, dans les *tuberculoses ostéo-articulaires*, dans les péritonites tuberculeuses. M. Armand-Delille vous à parlé avec enthousiasme de l'action du soleil sur ces lésions. Eh bien, on peut dire qu'on obtient à peu près les mêmes résultats, mais beaucoup plus rapidement, avec les rayons X, surtout si l'on combine la rœntgenthérapie à l'héliothérapie artificielle par les rayons ultra-violets comme traitement général. Et comme il n'est pas à la portée de tout le monde d'aller passer dix-huit mois ou plus au soleil, il est intéressant de savoir que les rayons X permettent, sans déplacement onéreux, le traitement de toutes les localisations tuberculeuses qui ne sont pas pulmonaires.

J'arrive enfin à la rœntgenthérapie dans le domaine nerveux. Je passe sur la *syringomyélie*, qui est en réalité une néoplasie, et où les rayons X constituent le seul traitement efficace.

Mais je dois mentionner le traitement par rayons X de la *polyomyélite antérieure aiguë* de l'enfant et même de l'adulte. Cette méthode a été on peut dire inventée par Bordier. Elle est en passe de devenir classique. Dès la cessation de la période fébrile, on soumet actuellement les rachis des enfants à la radiothérapie moyennement pénétrante. On donne sur la moelle intéressée des doses de 400 R. de rayons moyennement pénétrants, dirigés obliquement pour éviter la barrière des lames vertébrales. On les répète trois à quatre fois à une semaine d'intervalle. On associe à ce traitement rœntgenthérapique des séances de diathermie. Ces séries peuvent être répétées en intercalant un intervalle de un mois et demi entre chacune d'elles. Les enfants soumis à cette thérapeutique ont en général guéri avec une rapidité inaccoutumée et sans séquelles paralytiques appréciables. C'est là une méthode de tout premier ordre.

L'action analgésique des rayons X est mise en pratique dans le traitement des *névralgies* et des *névrites*, soit intercostales, soit du plexus brachial, soit plus fréquemment du nerf sciatique. Vous savez depuis les travaux de Sicard que la plupart des névralgies ou névrites sciatiques dites essentielles, et sur lesquelles les médicaments n'ont souvent aucune prise, que ces névralgies et névrites sont dues à des compressions inflammatoires soit au niveau des racines intra-dure-mériennes, soit au niveau des trous de conjugaison. C'est donc là qu'il faut faire porter l'action résolutive des rayons X. Et, en effet, la plupart des sciatiques dites essentielles sont guéries trois semaines après la dernière des trois ou quatre irradiations que comporte le traitement, irradiations de rayons X de moyenne longueur d'onde, d'une dose de 300 à 400 R sur la colonne lombaire et les premières sacrées, répétée à trois ou quatre jours d'intervalle. Il faut savoir que souvent la première irradiation est suivie, le soir même, d'une exacerbation très violente des douleurs. Puis, après cette crise, les douleurs s'atténuent progressivement pour disparaître complètement, comme je l'ai dit, dans un délai d'environ trois semaines.

Telles sont, Messieurs, les principales indications de la rœntgenthérapie en dehors du cancer et des maladies néoplasiques (Hodgkin, leucémies, etc.)

J'ai forcément été très incomplet. Je serais cependant heureux de vous avoir donné une idée générale de la rœntgenthérapie, méthode puissante et bienfaisante ; bien maniée, elle pourra soulager nombre de vos malades qui vous en seront, je l'espère, reconnaissants.

FAITS CLINIQUES

Sur le traitement de la paralysie générale.

Par Henri DAMAYE et Pascal AVELLA,
Médecins des asiles d'aliénés.

Le traitement de cette très grave affection qu'est la paralysie générale n'est entré dans la pratique courante de nos hôpitaux et de nos asiles que depuis la guerre. Avant 1914, le scepticisme était presque absolu. Seuls, quelques isolés se livraient à des essais thérapeutiques avec des moyens encore rudimentaires et insuffisants. C'est depuis 1920 que le traitement de la paralysie générale a pris un merveilleux essor, grandement facilité par la pharmacologie et l'industrie chimique. On a aujourd'hui des arsenicaux très efficaces et, depuis les recherches de Levaditi, des sels de bismuth maniables et bien actifs. On a aussi la malariathérapie, dont les résultats sont quelquefois bien précieux. Cette dernière médication, à l'heure actuelle, présente encore ses inconstances, parfois aussi ses dangers. Elle est néanmoins à conserver et à perfectionner.

Sicard disait, il y a quelque temps, qu'au début de la paralysie générale des médications diverses pouvaient se montrer efficaces. Constatation bien exacte. En 1908 déjà, l'un de nous, dans un grand asile du Nord, obser-

vait des rémissions chez des paralytiques générales au début traitées par la viande crue et le cacodylate de soude. A l'époque, l'étiologie de la paralysie générale apparaissait encore incertaine et l'on n'avait à sa disposition que les sels de mercure et le cacodylate. Les sels de mercure ne donnaient rien à eux seuls. Nous eûmes, à cette époque, plusieurs succès temporaires avec le cacodylate et le mercure en même temps que la viande crue (1).

Bien que le traitement des syphilis nerveuses ait de grands progrès à accomplir, nous commençons à être véritablement armés contre elles et à pouvoir arrêter l'évolution de leurs processus. Bien entendu, il faut traiter la paralysie générale à son début et la nécessité d'un diagnostic très précoce est évidente. Si l'on diffère tant soit peu, le traitement se montre souvent encore efficace, mais ce qui a été perdu par la faute de la temporisation ne se répare pas intégralement. On arrive alors à faire disparaître les idées délirantes et l'excitation, à arrêter aussi l'affaiblissement intellectuel; mais il reste un plus ou moins léger déficit de l'intelligence. Au contraire, un traitement énergique mis en œuvre sitôt le début peut procurer une guérison intégrale sans diminution de l'intelligence. Dans les cas de temporisation minime, l'arrêt de l'évolution est obtenue, mais non pas la *restitutio ad integrum* du niveau intellectuel. Ce fait est de première importance à bien connaître, lorsqu'on a à traiter des hommes de profession libérale, qui ont besoin de toute leur intelligence.

Donc, nécessité absolue d'un diagnostic très précoce et aussitôt d'un traitement intensif. Excitation et idées délirantes disparaissent facilement; mais la réparation du niveau intellectuel est chose moins aisée. Elle est toutefois possible, mais en une certaine mesure seulement. Mieux vaut ne pas lui laisser le temps de s'effectuer. Malheureusement, dans la plupart des cas, les familles font diagnostiquer et traiter à une période déjà trop tardive.

Nous résumons ici quatre observations de paralysie générale traitées par le novarsénobenzol et le quinby. Le traitement, couronné de succès, fut précoce ; mais, de par la négligence des familles, pas assez cependant pour permettre une récupération intégrale du niveau intellectuel.

H.... maçon, 45 ans. Père buveur. Lui buveur aussi et a perdu deux frères en bas âge. A toujours le caractère mal équilibré et a vécu sept ans séparé de sa femme. A contracté la syphilis pendant cette période. Le début de la paralysie générale commence en 1926 par de l'érotisme, des impulsions, des actes de violence et, finalement, un délire des grandeurs avec excitation qui nécessite son envoi à l'asile. Euphorie. Tremblement des muscles de la face et de la langue, gâtisme. Réflexe patellaire exagéré. Réflexe lumineux très diminué. Zones ovariennes et mammaires sensibles. Oreilles mal ourlées. Il va couvrir sa famille d'or et de diamants, faire un commerce de beurre et de volailles qui lui rapportera plus de cinquante mille francs par jour. D'ici une quinzaine, il aura gagné une cinquantaine de millions et même une centaine de milliards. Il va acheter des autos pour conduire sa famille à l'Opéra. Il regrette de n'avoir pas « tordu le cou à sa femme, parce qu'elle l'a fait conduire à l'asile ».

En mars 1927, une série de sept injections de novarsénobenzol avec vingt gouttes d'adrénaline chaque fois. En avril 1927, nouvelle série. En août 1927, une troisième série. En février 1928, douze injections 3 c. c. quinby. A l'heure actuelle, 1er avril 1928, le malade a un aspect physique florissant. Les idées délirantes et l'excitation ont disparu après la première série de novarsénobenzol. Le malade travaille très bien comme maçon. Le niveau intellectuel est presque récupéré, mais pas absolument. Le réflexe lumineux est amélioré mais pas complètement recouvré. Tout tremblement a disparu. C'est, en somme, une guérison qui se maintient et s'accentuera peut-être encore.

S..., poseur de rails, 37 ans. Lui est buveur. A eu une typhoïde à l'âge de dix ans, une grippe infectieuse en 1918. A deux filles bien portantes et assez intelligentes. Syphilis il y a quelques années. Début de la paralysie générale par de l'érotisme, des excès de coït, du libertinage. Puis, idées de persécution, hallucinations auditives ; menaces et violences. Légère inégalité pupillaire avec réflexe lumineux diminué ; tendance au myosis. Incohérence légère dans la suite des idées. Répète souvent les mêmes choses. Intelligence déjà diminuée à son arrivée à l'asile. Traité, comme le précédent, par le novarsénobenzol et, en février-mars 1928, par une série de quinby. Le résultat fut excellent. S... est amélioré physiquement, travaille bien à la ferme. L'inégalité pupillaire a disparu ; le réflexe lumineux est plus apparent, mais il reste du myosis. S... est très calme, très docile, mais conserve de très vagues idées de persécution vis-à-vis de sa femme, un léger affaiblissement intellectuel. L'affaiblissement intellectuel s'est amélioré par rapport à ce qu'il fut.

C..., contrôleur des contributions, 52 ans. Quelques excès éthyliques. Syphilis il y a une vingtaine d'années. Début de la paralysie générale par des impulsions, de l'érotisme, des actes de violences, des querelles. Ensuite vagues idées de persécution, agitation, actes absurdes, gâtisme par moments. Très légère inégalité pupillaire ; réflexe lumineux conservé. Réflexe patellaire exagéré. Tremblement des muscles de la face. Signes de pleurite ancienne. Petit souffle aortique. Pas d'incohérence, mais agitation et diminution du jugement, de la conscience de la portée des actes. Même traitement qu'aux précédents et guérison. Mais à l'heure actuelle, il reste un léger affaiblissement de l'intelligence qui, peut-être, s'atténuera par la suite, en une certaine mesure.

L..., ancien adjudant, 37 ans. Père alcoolique, fut interné. Mère bien portante, mais eut une fausse couche de trois mois. Lui eut des fièvres paludéennes, en Algérie. Syphilis ; mais Wassermann négatif. Début de la paralysie générale par de l'agitation avec idées de persécution, hallucinations, actes de violence, céphalagies. Idées mélancoliques et de suicide par moments. Idées de grandeur. Incohérence dans les propos ; orientation diminuée. Reflexe patellaire fort. Légère inégalité pupillaire ; réflexe lumineux intact. Frottements pleuraux. Rate grosse. Foie un peu gros. Très violent. Agitation confusionnelle subaiguë avec délire intense et appoint schizophrénique. Une série de novarsénobenzol, en juin 1927, détermine une amélioration considérable mentale et physique à la fois. En février-mars 1928, série de quinby, comme aux trois précédents malades. L... est tout à fait transformé, redevenu normal. Le déficit intellectuel, s'il existe chez lui, y est très faible. très peu apparent.

Voilà donc quatre malades atteints de paralysie générale au début et traités avec grand succès par le norvarsénobenzol et le quinby. Nous avons tenu à rapporter brièvement ces quatre observations, afin de montrer la valeur de ces modifications. A une époque où la malariathérapie concentre toutes les attentions, il n'est pas inutile de montrer que les arsenicaux et les préparations de bismuth méritent autant, sinon davantage, le choix des psychiatres. Ils sont très efficaces et, pour le moment, plus exempts de danger que la malariathérapie.

(1) DAMAYE. — Syndrome paralysie générale subaiguë ; récidive à l'occasion d'une grossesse. (*Archives internation. de neurologie*, déc. 1912). — Essai de traitement des psychoses d'origine syphilitique. (*Archiv. intern. de neurologie*, mars 1914.)

Réactions histologiques des tissus à l'égard des rayonnements

Par R. LEROUX,
Professeur agrégé,
Chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté.

Les modifications histologiques que présentent les tissus de l'organisme après action des rayons X ou du radium représentent un sujet d'études particulièrement important, non seulement du point de vue théorique, mais également du point de vue pratique dans les applications thérapeutiques des corps radio-actifs. Cette étude repose sur de nombreux travaux effectués sur des tissus normaux et qui ont abouti à des données précises que nous rappellerons brièvement : en matière de tissus pathologiques et en particulier pour le tissu cancéreux, les opinions des auteurs diffèrent encore quant à l'interprétation des résultats observés.

Les réactions histologiques des tissus à l'égard des rayonnements varient suivant les conditions d'expérience : nature du tissu, conjonctif, épithélial, tissus spéciaux ; stade évolutif, tissu embryonnaire, adulte, en voie de croissance continue : fonctionnement physiologique des différentes cellules ; altérations pathologiques. L'importance des modifications réactionnelles mesure en quelque sorte du point de vue morphologique la sensibilité du tissu. Ce sont essentiellement ces données tirées de l'expérimentation ou de la pathologie humaine que nous envisagerons aujourd'hui. Notons cependant que le mode d'action des radiations diffère selon la qualité, l'intensité et la dose utilisée, mais ce deuxième point n'entre pas dans les limites de notre sujet.

Rappel des expériences pratiquées sur les tissus normaux.

L'action du rayonnement sur les tissus normaux a été étudiée sur un abondant matériel d'expérimentation, depuis les tissus embryonnaires jusqu'aux tissus adultes, depuis des organismes inférieurs jusqu'aux complexes hautement différenciés des mammifères et de l'homme. Les noms de Bohn, Perthes, Dominici, Regaud, Bergonié, Tribondeau, Lacassagne, Jolly, etc., s'attachent aux multiples recherches pratiquées dans cet ordre d'idées.

Sur l'embryon, les radiations déterminent, tantôt un ralentissement de la croissance, tantôt une excitation de l'activité prolifératrice, tantôt enfin une destruction brutale des éléments cellulaires, ces différences résident essentiellement dans la variabilité du mode d'application. Des résultats comparables ont été obtenus en utilisant des œufs d'oursins ou d'ascaris, matériel qui a permis d'observer en détail les phénomènes endo-cellulaires provoqués par le rayonnement : ralentissement du rythme des caryocinèses, altération des chromosomes.

Les expériences pratiquées sur des organismes supérieurs comme ceux des mammifères ou de l'homme ont permis d'établir pour les divers tissus, une échelle de sensibilité très étendue à l'égard des radiations. Les tissus en prolifération, ou en voie de renouvellement constant comptent parmi les plus sensibles, les glandes génitales et les organes hématolymphopoiétiques subissent également de profondes altérations sous l'influence du rayonnement. Au niveau du testicule, on observe des phénomènes d'arrêt de l'activité germinatrice ou de destruction avec abolition complète de la spermatogenèse suivant la dose utilisée. Les différentes cellules de la série spermatique sont inégalement influencées par les radiations : les spermatogonies, éléments les plus indifférenciés, sont plus spécialement atteintes alors que les spermatozoïdes, éléments adultes de la série, ne présentent aucune modification. Les cellules de Sertoli, la glande interstitielle et la trame conjonctive vasculaire de l'organe contrastent par leur intégrité avec les altérations profondes des cellules germinatives basales. Au niveau de l'ovaire, l'action du rayonnement est en tous points comparable : les cellules germinatives de la thèque du follicule de Graaf avant sa maturité sont spécialement sensibles aux rayonnements, tandis qu'après les modifications importantes de la thèque granuleuse, consécutives à la rupture du follicule et à la constitution du corps jaune, les mêmes cellules chargées de lutéine deviennent radio-résistantes.

Les modifications constatées au niveau du tissu lymphopoiétique sont du même ordre : le rayonnement détermine l'arrêt de la prolifération des cellules de Flemming et la disparition des éléments lymphoïdes.

En opposition avec ces tissus radio-sensibles, tissus qui comportent de nombreux éléments en activité prolifératrice, d'autres complexes tissulaires formés d'éléments adultes, au repos, ne subissent aucune modification appréciable sous l'action des mêmes doses de rayonnement : tels sont les tissus musculaire, osseux, nerveux, conjonctif adulte.

De la foule des travaux qu'a suscitée cette étude, travaux dont nous venons à titre d'exemple de résumer quelques résultats, se sont dégagées les diverses considérations suivantes que nous rapporterons succinctement et dont quelques-unes ont pris force de loi.

Les tissus qui croissent et se modifient le plus activement sont parmi les plus radio-sensibles, la chromatine du noyau représente l'élément le plus fragile de la cellule.

Le maximum de sensibilité d'une cellule correspond à la période de multiplication nucléaire.

La réceptivité des tissus à l'égard du rayonnement est d'autant plus grande que ces tissus se rapprochent davantage de l'état embryonnaire ou indifférencié. Inversement leur résistance est d'autant plus grande qu'ils s'en éloignent davantage (Dominici).

Bergonié et Tribondeau, ont résumé ces constatations en une formule devenue classique : le rayonnement agit sur une cellule avec d'autant plus d'intensité que l'activité reproductrice est plus grande, que le devenir caryocinétique est plus long, que la morphologie et les fonctions sont moins fixées.

Nous avons rappelé jusqu'à présent les effets inhibiteurs ou destructeurs des rayons qui correspondent à certaines doses de rayonnement.

Mais à côté de cette action destructrice, il est bon de souligner l'action excitatrice que possèdent les radiations utilisées dans des conditions différentes de technique. Le cancer des radiologues est la preuve clinique de cet effet néfaste sur les cellules normales. D'autre part, les résultats expérimentaux confirment cette notion. C'est ainsi que Clunet a obtenu chez le rat, par de courtes applications répétées de rayons X, la transformation sarcomateuse du tissu conjonctif sous-cutané. Bruno Bloch, de son côté, a pu produire sur l'oreille du lapin par des irradiations prolongées de rayons X la formation d'un épithélioma malpighien à globes cornés. Daels, enfin, a réalisé chez la souris et le rat un sarcome sous-cutané, un épithélioma malpighien de la peau et un épithélioma cylindrique de la glande mammaire en introduisant dans les différents tissus de petites quantités de radium.

Action du rayonnement sur les tissus néoplasiques.

Nous envisagerons ici les modifications portant sur les cellules cancéreuses elles-mêmes constituant le parenchyme tumoral et les transformations histologiques intéressant le stroma envahi par la tumeur, qui a subi lui-même du fait du développement cancéreux des altérations variées.

1° Le parenchyme tumoral. — Les différentes variétés

Laboratoires CIBA. — O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON.

BIBLIOGRAPHIE

L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge. *Notions indispensables au médecin. Technique. Indications cliniques, Résultats thérapeutiques*, par les Drs J. AIMARD et H. DAUSSET. (Troisième édition). Un volume in-8° couronne de 214 pages avec 28 figures hors-texte. Prix : 15 fr. Expansion Scientifique Française 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

En un an et demi deux éditions successives de ce petit ouvrage ont été épuisées. Ceci est une preuve suffisante que les auteurs ont été vraiment utiles aux médecins praticiens en adoptant la forme concise et pratique qui le caractérise. Aussi n'ont-ils changé ni la forme ni le plan de ce livre, mais ils en ont fait une sérieuse révision.

Les praticiens y trouveront donc sans théorie excessive et sans phrases, les notions essentielles qu'ils doivent connaître sur l'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge.

Ce livre tel qu'il a été remanié pour cette 3e édition représente une nouvelle mise au point de la question, d'après les travaux les plus récents.

Les dessanglés du ventre. Maladies par relâchement des parois et organes abdominaux, par le Dr L. CHAUVOIS, in-8, 1928, 192 pages, 110 fig., 7 planches : 18 francs. Editions Médicales N. Maloine 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe

Cette *seconde édition* relative à un *mal si répandu* diffère de la précédente par *nombre d'autres ajoutés*, mais aucune suppression, l'auteur n'ayant rien à retrancher des doctrines qu'il a défendues en 1923 et que trois années d'expériences lui ont montré être *justes*.

Tréponème et néoplasmes, par les Drs L. JACQUEMART et Ch. PFEIFFER. Prix broché : 15 francs. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Pour les auteurs, les différentes formes du cancer, chez l'homme, sont des productions syphilitiques.

La Monarchie d'ancien régime en France, de Henri IV à Louis XIV, par GEORGES PAGÈS. Un volume in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broché : 9 fr.

Ce petit livre traite un sujet qui n'avait jamais encore été traité sous cette forme. Ce n'est pas une histoire de notre pays pendant la période qui s'étend des dernières années du XVIe siècle au début du XVIIIe. Ce n'est pas davantage une étude de la Monarchie d'Ancien régime, de ses caractères essentiels, de son organisation à l'époque de son apogée. C'est l'histoire concrète de son évolution, depuis la fin des guerres de religion jusqu'à la mort de Louis XIV, dans le cadre des événements qui l'expliquent.

Les recherches personnelles de l'auteur lui ont permis de faire apparaître tout ce que nous ignorons encore, dans le domaine des institutions politiques et administratives de l'ancien régime. Il a pu néanmoins étudier l'évolution de la Monarchie absolue, en un tableau vivant et précis, riche en vues nouvelles, qui laissent deviner l'abondance et la sûreté de la documentation.

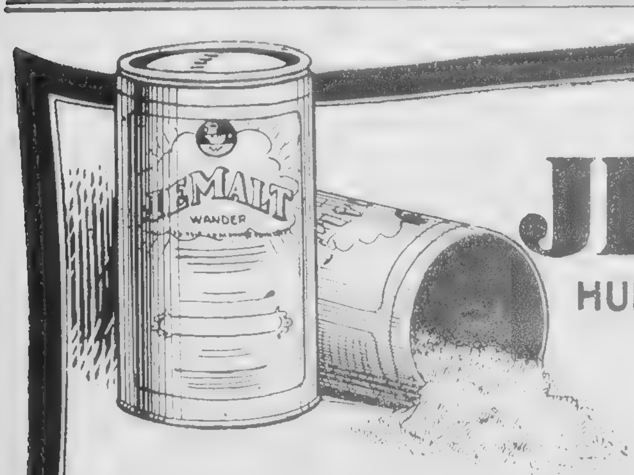
Le magasin de frivolités, par J.-W. BIENSTOCK et CURNONSKY. Un volume in 16 avec couverture illustrée : 10 fr. Les Éditions G. Grès et Cie, 11, rue de Sèvres (VIe).

Tous ceux qui aiment les jolies histoires, les anecdotes vives, rapides et spirituelles, les bons mots, les traits d'esprit, les curiosités littéraires... et autres, se feront une joie de lire le nouveau volume de la fameuse collection d'Anas, *Joyeusetés et Facéties*, dont Bienstock et Curnonsky ont su faire une si amusante revue annuelle de l'humour et de la gaieté. Leur « petit dernier », *Le Magasin de frivolités*, connaîtra le même succès que ses illustres devanciers : *T. S. V. P.*, *Le wagon des fumeurs*, *Le bonheur du Jour* et *Le livre de chevet*.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° : 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3, Rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mai 1928 : P. Moreau : Chateaubriand, Lamartine et la politique (IV) : Le romantisme politique. — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (XI). — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (VIII) : l'art de Verhaeren : les symboles. — P. Janet : L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. — Th. Gérold : Les instruments de musique au moyen-âge (IV). — G. Bloch : Le théâtre de François de Curel.





de cellules cancéreuses présentent à l'égard des radiations une sensibilité qui varie suivant la nature des éléments considérés. D'une façon générale on retrouve des différences d'action comparables à celles qui se manifestent en matière de tissus normaux. Les cellules épithéliales ou conjonctives cancéreuses et parmi celles-ci les différentes variétés malpighiennes, cylindriques, fibroblastiques, leucoblastiques, obéissent aux différentes lois qui ont été rappelées précédemment et leur sensibilité varie avec le degré d'activité prolifératrice dont elles sont le siège. Les modifications obtenues sous l'influence des radiations sont ainsi que pour les tissus sains à tendance destructrice ou à tendance excitatrice.

Pour préciser la description des effets constatés sur une tumeur nous prendrons comme exemple le cas d'un épithélioma malpighien dont les modifications cellulaires sont parmi les plus faciles à observer.

L'action brutale d'une dose massive de rayonnement peut entraîner tout d'abord la destruction immédiate des éléments cellulaires : la mort cellulaire se traduit alors du point de vue cytologique par la présence des masses amorphes ayant parfois conservé la forme générale des cellules néoplasiques, mais dans lesquelles on ne distingue plus aucun détail nucléaire ou protoplasmique.

Si l'on envisage un ensemble cohérent de cellules épithéliomateuses en voie de prolifération avec mitoses, les modifications observées à la suite d'une application de rayonnement, moins brutale que dans le cas précédent, vont se traduire de la manière suivante :

Dès les premières heures on constate une disparition des mitoses normales, plus tard se produit une nouvelle éclosion de divisions cellulaires, mais qui présentent des caractères anormaux et monstrueux, mitoses atypiques, pluri-polaires, asymétriques aboutissant à des monstruosités cellulaires vouées à la disparition plus ou moins précoce, sans postérité. Ces faits histologiques, bien étudiés par Lacassagne, se produisent aussitôt après l'application des rayonnements ; il n'y a pas de période de latence entre le début de l'application et le déclenchement des modifications cellulaires.

Il existe cependant des modalités dans la rapidité d'éclosion de ces altérations, qui sont fonction de l'état physiologique des cellules cancéreuses considérées et plus particulièrement de la proportion d'éléments en activité prolifératrice, proportion essentiellement variable suivant les tumeurs envisagées. Il est logique de penser que le comportement clinique des tumeurs envisagées sera fonction des modalités réactionnelles de leurs éléments constituants et qu'il y a par conséquent tout intérêt au cours d'une application thérapeutique de rayonnements à suivre sur des biopsies en série la précocité ou le retard de l'apparition des modifications cellulaires au niveau des éléments cancéreux. En résumé, l'apparition des mitoses atypiques et des monstruosités cellulaires constituent, à côté de la nécrose brutale, un deuxième type de désintégration des cellules néoplasiques aboutissant à leur disparition.

En ce qui concerne plus particulièrement l'exemple que nous avons choisi, en l'espèce les cellules épithéliomateuses malpighiennes, un troisième mode réactionnel peut se produire sous l'action du rayonnement, phénomène qui a été mis en lumière par Dominici : On constate au bout d'un certain temps que la prolifération par mitose des éléments néoplasiques est enrayée et que les cellules malpighiennes, loin de présenter des figures de monstruosités comme précédemment, évoluent peu à peu vers la kératinisation, comme le ferait une cellule malpighienne normale. Ce phénomène a été dénommé par Dominici « la maturation évolutive des cellules cancéreuses », tout se passe comme si l'élément néoplasique s'était débarrassé de son caractère cancéreux pour retrouver le potentiel évolutif du tissu qui lui a donné naissance. Cette maturation évolutive aboutit en somme à la mort, comme les autres processus mentionnés plus haut.

2° Stroma envahi. — L'action du rayonnement sur le stroma envahi par des cellules cancéreuses a fait l'objet de nombreux travaux, mais elle suscite encore à l'heure actuelle d'ardentes discussions ; elle est liée à la question de savoir si les effets thérapeutiques des radiations sur un cancer résultent des lésions directes sur les cellules tumorales ou s'il entre dans la disparition du néoplasme une action indirecte par l'intermédiaire du stroma conjonctivo-vasculaire. Sans prendre parti d'une façon absolue dans cette discussion, nous pensons que l'un et l'autre des deux processus doivent entrer en jeu avec des modalités variables suivant le degré de radio-sensibilité non seulement des cellules cancéreuses mais également du stroma.

Les modifications que l'on peut observer au niveau du tissu de charpente dépendent essentiellement de sa structure, de sa vitalité, en un mot des diverses modifications que ce tissu a pu subir antérieurement à l'application du rayonnement du fait même de la présence des cellules cancéreuses dans son intérieur.

Il est donc logique d'envisager tout d'abord les différentes modalités de structure que peut présenter le stroma conjonctif d'une tumeur. Nous reprendrons comme type de description le cas d'un épithélioma dans lequel on peut établir d'une façon précise, la distinction histologique entre le parenchyme tumoral et le stroma. Nous adopterons ici la classification établie par Rubens Duval.

1° Stroma à type de sclérose, caractérisé par une hyperplasie collagène fibrillaire parfois systématisée autour de formations épithéliomateuses.

2° Stroma dans lequel les éléments libres se montrent particulièrement actifs et abondants sous la forme d'une infiltration lymphocytaire et plasmocytaire ; la répartition de ces éléments peut être diffuse ou au contraire systématisée par rapport aux groupements épithéliomateux : elle peut dans certains cas aboutir à une métaplasie lymphoïde complète avec néoformation de centres générateurs lymphoblastiques.

3° Stroma à type d'inflammation aiguë, imbibé d'œdème dissociant la charpente fibrillaire et les cellules conjonctives, vaisseaux congestionnés, infiltration de polynucléaires neutrophiles. Cette variété peut évoluer vers la formation d'abcès, qui ne sont pas rares dans les tumeurs ouvertes et secondairement infectées, mais qui sont exceptionnels dans les cas de tumeurs fermées non ulcérées. A ce type, se rattache une forme de nécrose spéciale de la substance inter-cellulaire, connue sous le nom de nécrose fibrinoïde, qui intéresse électivement les parois vasculaires et peut s'étaler au pourtour des vaisseaux sous forme de flammèches interstitielles.

A côté de ces formes où se manifestent une réaction, c'est-à-dire une modification de quelque ordre qu'elle soit dans la structure du tissu conjonctif envahi, il faut envisager une dernière éventualité, dans laquelle le stroma conserve exactement la structure qu'il présentait avant l'envahissement tumoral ; il ne subit du fait de celui-ci qu'un effet destructeur, et ne présente pas la moindre modification cellulaire ou interstitielle.

Si l'on a pu classer ainsi que nous venons de le faire les modalités réactionnelles du stroma des cancers, par contre les effets produits par les rayonnements dans ces diverses catégories ne sont encore qu'imparfaitement connus : les résultats en l'espèce ne sont guère tirés que de l'observation humaine où l'on peut, grâce à des biopsies en série, suivre l'évolution d'un cancer traité, mais ces biopsies ne peuvent, on le conçoit, être multipliées à l'excès et ne nous apportent par conséquent que des tests histologiques assez espacés, au cours de l'évolution de la tumeur, sur les modifications subies par les éléments constituants.

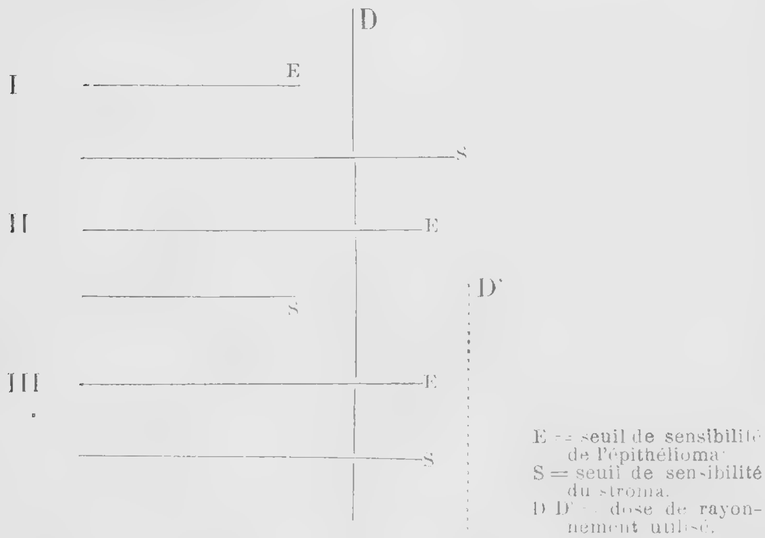
Dans l'énumeration des variétés réactionnelles du stroma qui viennent d'être rappelées, il semble que l'on puisse classer dans un premier groupe le stroma à type de sclérose et le stroma lympho-plasmocytaire : ce premier groupe correspond aux tumeurs dans lesquelles.

après application thérapeutique de rayonnements, les cullules néoplasiques sont détruites et le stroma conjonctif remplit d'une façon satisfaisante son rôle de tissu cicatriciel. Les autres modalités correspondent au contraire à des tumeurs qui, après traitement, se comportent cliniquement d'une façon défavorable, en raison de la persistance anormale des cellules néoplasiques et de l'exagération des altérations dégénératives constatées avant le traitement au niveau du stroma.

On peut donc considérer l'action du rayonnement sur le stroma comme tendant à exagérer les manifestations histologiques spontanées, constatées avant le début du traitement.

L'application de ces notions à la thérapeutique des cancers humains nous paraît d'une grande importance. L'étude histologique détaillée d'une biopsie avant toute intervention par rayonnements s'impose et l'attention doit porter aussi bien sur les cellules néoplasiques que sur le stroma ; il faut en quelque sorte apprécier la vitalité respective de chacun des deux éléments. En pratique, à côté des cas dans lesquels les résultats de la thérapeutique pourront être prévus daus un sens favorable ou défavorable, il existe de nombreuses circonstances dans lesquelles les indications histologiques de la première biopsie sont insuffisantes à donner les renseignements utiles pour l'avenir. Il est donc de toute nécessité, ainsi que nous le rappelions précédemment, de suivre régulièrement par des biopsies en série les effets produits par les radiations sur l'un et l'autre des éléments constituants de la tumeur.

Pour nous résumer, nous tenterons de fixer par un schéma les différentes éventualités qui peuvent se présenter. Nous partons de ce principe que les cellules cancéreuses possèdent une radio-sensibilité variable suivant les cas et que le stroma conjonctif présente de son côté vis-à-vis des effets destructeurs des radiations une radiorésistance variable.



Le premier cas schématise le résultat le plus heureux que l'on puisse espérer de l'action thérapeutique des radiations : les cellules cancéreuses sont détruites alors que le stroma ne subi aucune altération ; on peut même penser que sa vitalité et ses capacités cicatricielles réparatrices augmentent par l'application du rayonnement. Le second cas représente l'éventualité inverse : le stroma, plus sensible aux effets destructeurs des rayons que les cellules cancéreuses, est profondément altéré par l'application thérapeutique alors que les cellules cancéreuses n'ont le plus souvent subi qu'un effet excitant de leur activité proliférat rice. Le troisième cas répond à une sensibilité égale des deux constituants de la tumeur à l'égard de l'action destructrice du rayonnement et l'on comprend que la stérilisation du cancer n'est obtenue qu'au prix de rendre impossible la cicatrisation conjonctive par le stroma qui a été lui-même nécrosé.

Nous avons eu l'occasion personnellement d'observer à plusieurs reprises des cas correspondant aux trois éventualités représentées dans les schémas précédents. Ils nous ont confirmé dans la conviction que l'application thérapeutique des rayonnements ne peut être utilement employée qu'à condition de s'entourer du maximum de renseignements que permettent à l'heure actuelle nos moyens d'investigation, et nous terminerons en insistant une fois de plus sur la nécessité d'une collaboration étroite entre la clinique et le laboratoire sous toutes ses formes, pour renforcer nos moyens d'action dans la lutte contre le cancer.

Crises de colères et syphilis héréditaire,

Par le Dr Mathilde DE LARMINAT,

Médecin de l'Œuvre Furtado-Heine.

Les petits signes de la syphilis étant bien connus, nous tenons cependant à rapporter quelques observations sur les crises de colère avec cyanose, dans lesquelles le Wassermann fut le plus souvent positif, quelquefois partiellement positif ; même quand il fut négatif, le traitement a toujours amélioré ces cas. Ces enfants n'eurent jamais de convulsions. Nous avons pu recueillir ainsi neuf observations d'enfants soignés et suivis de longues années. Tous furent guéris ou notablement améliorés et quelquefois très rapidement par le traitement spécifique uniquement. Voici ces observations :

Première observation (W. +). — Jul..., née le 7 janvier 1911. A.H. : Père tousse, acné au visage, gros fumeur, non buveur. Mère bien portante.

Deuxième grossesse à terme. L'aîné a 5 ans et est bien portant.

A.P., à terme, nourrie au sein vingt-deux mois. Première dent à 5 mois 1/2, marche à 9 mois. Coqueluche en 1913. Rougeole en 1914. Bon appétit et bon sommeil. Vers l'âge de 6 mois l'enfant se mettait en colère sans cris, sans convulsions, avec cyanose marquée. Durée dix minutes. Ces colères se renouvelaient quelquefois deux fois la semaine, jamais deux fois dans une journée. Enfant très nerveuse. L'enfant continue à avoir des colères, bleuit.

Belle enfant, bon teint, aucun stigmate de spécificité, à part légère exagération des réflexes rotuléens, patellaires.

En 1915 : bains tièdes et benzoate 3 cgr. trois fois par semaine (Was. +). L'enfant n'a plus eu de crises depuis son traitement (10 piqûres benzoate à 3 cgr.). Nous l'avons revue en 1919 et l'enfant est sans crises, se développe normalement. W. toujours +. L'enfant ayant perdu sa mère, n'est plus revenue.

Deuxième observation (W. +). — Buv... Albert, né le 26 janvier 1915.

A.H. : Père, 40 ans, bien portant, fut auxiliaire pendant la guerre à cause de varices ou plutôt à cause de bronchite chronique dès l'âge de 20 ans, maux de tête, fréquents et durant plusieurs jours de suite (sa mère et ses deux sœurs sont sujettes aux névralgies).

Mère a été bien portante (10 sœurs et frères bien portants). Depuis son croup a des angines fréquentes, des maux de tête, chute de cheveux. Il y a dix ans a eu une éruption de petits boutons avec fort prurit vaginal. A été réglée à 11 ans, irrégulièrement avec douleurs et pertes blanches. W. fait à Pasteur *négatif*.

Quatre grossesses : première : fausse couche de 4 mois 1/2.

Deuxième : accouchement avant terme d'un enfant macéré.

Troisième : fillette à terme, vivante.

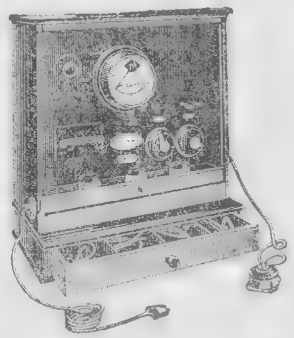
Quatrième : notre petit à terme.

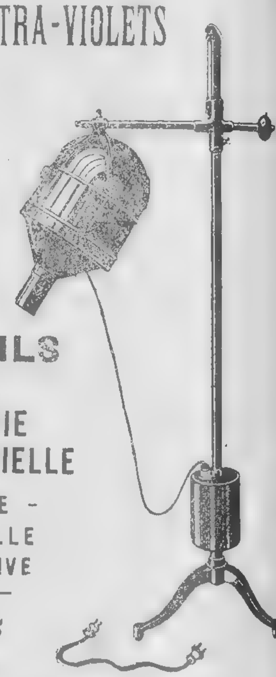
A.P., à terme, accouchement rapide, mais forte hémorrhagie, nourri au sein ; poids, 3 kgr. ; rien à la naissance, mais vers l'âge d'un mois a eu des petits boutons. Bel enfant, bien développé, teint pâle, légère asymétrie cranienne avec circul. collat. développée, 4 dents, rate percutable, foie normal.

W. fait le 5 juin 1915 fut fortement positif. La mère nous l'a


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
La Société
GALLOIS et Cie
41, Boulevard des Brotteaux
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
...... Nous devons arriver à obtenir une plaie moins éclairée en surface qu'en profondeur, car, ce qui importe, ce n'est pas une clarté absolue de la salle, mais un bon éclairage de la plaie.....
Profr Heller.









amené parce que cet enfant se mettait facilement en colère, devenait bleu et dormait très peu.

Traitement : frictions mercurielles, puis benzoate 1 cgr. trois fois par semaine.

Nous l'avons revu en 1916, l'enfant n'a plus ses colères. Vient de faire une grippe avec congestion pulmonaire. Fortes douleurs articulaires et asthénie marquee. Poumon, cœur : rien.

W. négatif le 2 septembre 1916, plus de crises. Sa sœur Antonine : W. négatif, se porte bien.

TROISIÈME OBSERVATION (W. +). — Gomb... Paulin, né le 24 décembre 1914,

A.H. : père bien portant, 28 ans. Mère excellente santé.

Quatre grossesses à terme.

Première : Morte de méningite.

Deuxième : Morte de congestion ?

Troisième : Morte de diarrhée verte.

Quatrième : Notre petit.

A.P., à terme. Accouchement normal, nourri au sein.

Première dent à 8 mois. Marche à 14 mois. La mère nous l'amène parce que cet enfant a continuellement envie de dormir et se trouve toujours en nage. Il a des crises de colère, bleuit. Un médecin a ordonné des bains sans résultat.

Examen : Bosses occipitales assez volumineuses, teint pâle, légère circul. cranienne. Dentition avancée, marche très bien, nez légèrement écrasé à la base. Aucun stigmate de rachitisme. Foie, rate normaux.

W. + chez l'enfant, — chez la mère.

Plusieurs séries de benzoate ont complètement fait disparaître ces crises et amené un W. — vers la fin 1915. L'enfant revient depuis, se porte bien.

QUATRIÈME OBSERVATION (W. +). — Duf... Roger, né le 4 mai 1916.

A.H. : Père se porte bien, mais se plaint de céphalées fréquentes .Mère bonne santé ; chute cheveux, bien réglée, mais rétroversion utérine depuis sa couche. A eu une très forte peur pendant sa grossesse et a accouché le lendemain, à 7 mois 1/2. Jamais de fausse couche.

A.P. : nourri au biberon, l'enfant a été très bien portant jusqu'à un mois (octobre 1917). Depuis la mère a remarqué que dès qu'il se met en colère devient bleu et suffoque, seulement lorsqu'il est contrarié. W + enfant et particulièrement + mère en novembre 1917. Série de benzoate à 1 cgr. Le traitement ayant duré un an avec plusieurs séries de benzoate. L'enfant n'a plus de crises (1919 avec W —)

CINQUIÈME OBSERVATION (W. praticulièrement +). — Bac.. André, né le 30 novembre 1912.

A.H. : Père bien portant ainsi que la mère.

Deux grossesses dont une fausse couche à six mois.

A.P. : à terme, poids, 3 kgr. 750, nourri au biberon et en nourrice. La mère n'a pas beaucoup de renseignements sur son état à cette époque, bronchites et diarrhées fréquentes.

Depuis qu'il est avec sa mère, il se met en colère pour un rien, devient bleu, suffoque, sans jamais avoir eu de convulsions.

Ces crises ne lui viennent que lorsqu'il est contrarié, deux à trois fois la semaine.

Aspect : grosse tête, pâle, nez écrasé.

W. particulièrement +. Frictions mercurielles et benzoate, traitement de 1914 à 1919. Colères disparues. Enfant intelligent, quelques adénites cervicales. Incontinence d'urine nocturne *hiver et non été*. W. négatif.

SIXIÈME OBSERVATION (W. —). — Mi... Jacques, né le 12 mai 1914.

A.H. : Père bien portant, maux de tête, mère très nerveuse.

Deux grossesses dont une fausse couche de deux mois.

A.P. : à terme, au sein jusqu'à six mois. Petites diarrhées.

Première dent à huit mois. Marche à un an.

A partir de l'âge de sept mois.l'enfant en se mettant en colère étaitpris d'un spasme ,devenait bleu, reprenait sa couleur dès que les larmes apparaissaient.

Examen larynx : rien.

Benzoate malgré le W. — et disparition de ces crises en 1916. En fant n'a pas été revu.

SEPTIÈME OBSERVATION (W. — chez l'enfant, particulière ment + chez la mère). — Cres... Madeleine, née le 9 février 1913.

A.H. : Père eu accident au régiment (coup de gamelle) et fut opéré de la ête, mais il lui est resté des céphalées. Pleurésie ultérieurement. Son père est mort du cœur et sa mère d'un néo de l'estomac. Deux de ses sœurs et un frère sont morts de convulsions.

Mère souvent fatiguée, céphalées et chute de cheveux, mal réglée. Son père est mort brusquement.

Trois grossesses à terme.

L'aîné est très anémique depuis une coqueluche.

A.P. : à terme, nourrie au sein.

Première dent à huit mois. Marche à 8 mois 1/2. Parole tôt ainsi que propreté. Jamais de convulsions. Rougeole à 3 ans. Il y a deux ans un médecin avait déjà remarqué son hydrocéphalie légère. Depuis son plus jeune âge, l'enfant s'est fait remarquer par ses colères et sa nervosité. Crie pour un rien et devient bleue.

A l'examen très légère hydrocéphalie. Les dents ne sont pas encore changées (6 ans passés). Aucun stigmate de spécificité. *Végétations.*

Le 17 novembre 1919 : poids : 19 kgr. 740 ; taille : 1 m. 16.

Traitement par 606 à cause d'hydrocéphalie et colères très fréquentes. Enfant très nerveuse et troubles de caractère. Les colères ont disparu en 1919, mais ne dort pas bien la nuit. Très intelligente, apprend bien, opérée des végétations. W. — en 1919.

Enfant suivie ultérieurement par le Dr Paul-Boncour. Troubles de caractère, enfant mal réglée. Aucun retard physique ni mental.

Revue en 1927. Très grande, bien développée, réglée depuis l'âge de 13 ans mais irrégulièrement avec fortes migraines. Céphalées diminuent depuis qu'elle ne va plus en classe (ces céphalées sont probablement dues à une hypertrophie des cornées). L'enfant est toujours coléreuse, mais n'a plus de cyanose.

HUITIÈME OBSERVATION (W. —). — Bun... Albert.

A.H. : Père bronchite chronique, laryngite. Mère bien portante. Treize grossesses.

D'un premier mari : deux enfants vivants et bien portants.

Du deuxième mari : onze grossesses. Les première et deuxième fausses couches ; le troisième garçon à terme, vivant et bien portant ; quatrième, fillette morte à 16 mois ; cinquième, fausse couche ; sixième, fillette morte à 18 mois ; septième, garçon vivant et rachitique ; huitième, fausse couche ; neuvième, garçon vivant et aussi rachitique ; dixième, fillette vivante et rachitique ; onzième, notre petit.

A.P. : à terme, poids naissance : 5 kgr., au sein, diarrhée verte. Actuellement est nourri à la farine lactée, hernie combilicale. La mère vient parce que l'enfant a des crises de colère. W. —.

Sulfarsénol : l'enfant paraît mieux, n'a pas eu de crises depuis sept mois.

NEUVIÈME OBSERVATION (W. —). — Chap... Jean, né le 3 novembre 1918.

A.H. : Père rhumatisant. Mère bien portante. Deux grossesses. Première à terme ; deuxième prématurée.

A.P. : Poids naissance : 2 kgr. 250, nourri au sein jusqu'à 11 mois.

Première dent à un an. Marche à quatorze mois.

Propre jeune. Parole tôt. Jamais convulsions. Vers l'âge de six mois la mère s'est aperçue que l'enfant se mettait facilement en colère, bleuissait, surtout les lèvres. Ces crises se renouvelaient plusieurs fois dans la journée.

W. —. La mère n'a pas voulu qu'on lui fasse des piqûres. Quelques frictions mercurielles.

Revient en 1921. Absence d'un an. Bel enfant, intelligent. ayant toujours ses crises. Pas de convulsions. Eczéma. W. — Frictions mercurielles.

En 1923. Toujours ses crises avec lèvres bleues. Glossite exfoliatrice avec forte angine.

La mère ne veut toujours pas de piqûres. Sirop de Gibert, frictions mercurielles. Les crises deviennent très rares, puis disparaissent quelques mois. Enfant n'ayant pas été revu.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage. (*Suite*) (1).

Un duel coûteux, mais sans effusion de sang.

Hôtels-pensions d'étudiants. — Les politiques de tables d'hôte. Un amateur de duels pour autrui. — Démosthène militaire et pacificateur.

Alors commença la série de mes recherches et expériences en vue de réaliser la meilleure organisation domiciliaire et alimentaire compatible avec l'équilibre de mon budget de 150 fr. par mois. Ce voyage d'exploration à travers les hôtels meublés, pensions et restaurants de la Rive Gauche me fit connaître un Quartier Latin que je ne soupçonnais pas, malgré les sept années de mon externat au lycée, pendant lesquelles je l'avais parcouru en tous sens.

Pour mes condisciples et moi le centre géographique en était le jardin du Luxembourg, bien plus attrayant qu'aujourd'hui. Sur les terrains où se sont élevés depuis cette époque l'Ecole de pharmacie, le lycée Montaigne, la Maternité existait une vaste pépinière d'arbres touffus, parmi lesquels des allées tournantes permettaient les longues péripéties du jeu dit « de rentrée ». Dans les emplacements découverts on jouait au ballon, qu'on n'appelait pas « foot-ball », à la paume, qu'on n'avait pas baptisée « tennis », aux barres, et nous pratiquions ainsi des sports sans nous en douter.

En cas de pluie on péripatétisait dans les galeries de l'Odéon, où, sous l'œil scrutateu, des employés de la librairie Marpon (Flammarion depuis) nous complétions notre instruction : nous lisions à feuillets rompus, si j'ose dire, — il fallait écarter patiemment (ou plutôt avec impatience) les pages non coupées —, certains classiques anciens — dont on ne nous parlait pas dans nos classes : l'alléchante pastorale de Longus, *Daphnis et Chloé*, et Suétone en ses horreurs sur les *Douze Césars*, et les romans récents.

Je connaissais tous les libraires du quartier, mais je n'avais jamais jeté un coup d'œil sur les enseignes des hôtels. C'est ainsi que j'avais des centaines de fois suivi la courte rue Corneille, qui jouxte la galerie orientale du susdit Odéon, sansremarquer l'existence d'un hôtel portant le nom de la rue. J'avais pourtant lu les amusants *Mariages de Paris* d'Edmond About, dont la première nouvelle est intitulée « *Les jumeaux de l'Hôtel Corneille* ». Or ce fut précisément la première de mes étapes dans la course au logis idéal.

Une vénérable amie de ma mère le lui avait signalé comme hôtel de tout repos ; je m'y installai donc avec la malle qui contenait mes seuls biens, peu de vêtements, pas mal de livres, un demi-squelette et son crâne et quelques pipes plus ou moins culottées.

J'étais sans prévention contre cette demeure, me souvenant qu'au dire d'About en 1848 c'était « l'Hôtel des Princes » du Quartier Latin, qu'une belle chambre avec tapis et rideaux y était louée 50 fr. par mois et que la pension n'y était pas mauvaise pour 75 fr. En 1872 pour les mêmes prix on n'avait plus qu'une toute petite chambre au dernier étage et la nourriture laissait fort à désirer.

Mais ce qui me réfrigera promptement, ce fut l'aspect conventuel de la maison et la surveillance visiblement exercée sur les locataires par une patronne austère, aussi jalouse de leur vertu que de la sienne propre et s'imaginant sans doute qu'elle en répondrait devant Dieu, sinon devant leurs familles. Je n'avais comme voisins de table que des jeunes gens cléricaux et monarchistes et quelques ecclésiastiques. La conversation ne roulait que sur les moyens de restaurer la France meurtrie en la vouant au Sacré-Cœur de Jésus et en rétablissant la monarchie légitime.

Au bout d'un mois j'étouffais dans ce milieu spécial et je fus entraîné par quelques joyeux camarades de l'Ecole de Rochefort, venus à Paris pour passer leurs examens de doctorat, à l'*Hôtel d'Orient*, rue Le (lisez rue Monsieur-le-Prince) ; l'esprit démocratique et républicain, qui régnait dans ce caravansérail, s'affirmait par la plaisanterie de supprimer les mots bourgeois et monarchiques.

Ici les inconvénients étaient d'un autre ordre. La plus franche gaîté régnait ; toutes les libertés aussi, sauf celle d'étudier seul et dans le silence ; les locataires de tous les étages fraternisaient ; ne pas laisser en permanence sa clef sur sa porte eût été considéré comme une inconvenance. Aussi à toute heure de jour et de nuit chacun voyait-il sa chambre envahie par des camarades désœuvrés, en quête de tabac, d'apéritif, ou de rafraichissements Sous prétexte d'échanger des notes sur les cours de la Faculté et de l'Ecole pratique, dont l'hôtel était tout proche, on entamait d'interminables discussions sur la restauration de la France, mais ici la note républicaine était seule acceptée ; il s'agissait seulement de décider si l'autorité du petit père Thiers suffirait, s'il ne conviendrait pas de ramener Gambetta au pouvoir pour étouffer les tentatives de restauration monarchique.

Comprenant qu'il me serait impossible de travailler dans cette communauté joyeuse, j'émigrai de nouveau et jetai mon dévolu sur un vieil hôtel-pension, là-haut, derrière le Panthéon, place de la Vieille-Estrapade. Les chambres ne coûtaient que 40 fr. ; il est vrai qu'elles étaient carrelées, que les souris y étaient nombreuses, que les punaises n'y étaient pas rares, mais les locataires étaient soit des étudiants besogneux et laborieux, soit des employés absents tout le jour. (J'ai su plus tard que plusieurs étaient des Corses comme le patron, attachés à la police officielle ou secrète).

Le silence nécessaire aux travailleurs régnait dans les intervalles des repas, mais alors les salles du restaurant, fréquenté par de nombreux consommateurs qui n'habitaient pas l'hôtel, s'emplissaient deux fois par jour d'un brouhaha de conversations plus qu'animées sur tous les sujets possibles ; la diversité des occupations des hôtes et de leurs opinions politiques, soutenues avec véhémence, justifiait le nom de la *pension Boucantini.*

L'ordinaire était des plus médiocres pour 70 fr. par mois, mais le crédit était largement ouvert aux habitués qui réclamaient des suppléments au menu et surtout des vins « vieux » (?) J'ai su plus tard que ce crédit n'était d'ailleurs offert qu'aux étudiants sur lesquels des renseignements adroitement pris permettaient au patron d'espérer dans l'avenir le remboursement par les familles des dettes contractées pendant la scolarité ; j'ai su aussi que beaucoup de ceux qui, tout en payant régulièrement le prix normal de la pension, faisaient des dettes importantes par leurs dépenses supplémentaires, étaient attirés par quelques camarades pauvres, venus de la même ville et qui servaient de rabatteurs en même temps que d'agents de renseignements sur la solvabilité des familles.

J'ai connu là quelques types curieux.

(1) Voir le n° 22 du *Progrès* du 2 juin 1928.

Un étudiant en droit, Bordelais, faisait part à tous ses commensaux de ses ambitions politiques : il était régulièrement ajourné à ses examens de l'Ecole de Droit, mais il triomphait à l'Ecole des Sciences politiques, savait par cœur toutes les tirades célèbres des Girondins et des Montagnards, qu'on n'arrivait pas à l'empêcher de déclamer d'une voix tonnante au dessert ; parfois il montait sur sa chaise, ou même sur la table, comme sur une tribune aux harangues pour dominer les protestations des camarades qui voulaient le faire taire.

Il n'était pas beau, le visage couvert de pustules d'acné, mais cela ne l'attristait pas et il disait volontiers : « Je suis laid comme Mirabeau ! C'est une force ». Le pauvre garçon est devenu paralytique général.

Son adversaire habituel dans les discussions était un Basque, théoriquement étudiant en médecine, mais qui ne fréquentait assidûment que les champs de courses et les salles d'armes. Le Girondin, d'opinions plutôt modérées, avait d'ordinaire une tenue débraillée. Le Basque, de tenue très soignée, affichait un radicalisme à tous crins. Il regrettait même l'échec de la Commune, citait tous les mots de Georges Clémenceau, de Ranc, de Georges Périn, qu'il prisait moins pour leur nuance politique et leur talent de plume ou de parole que pour la réputation qu'ils avaient dans la Presse d'être toujours disposés à soutenir leurs opinions les armes à la main.

Il perdait rarement son sang-froid dans les discussions et je ne l'ai entendu provoquer personne, mais il brûlait d'être témoin et arbitre dans une affaire d'honneur. Un soir, à la fin d'une discussion particulièrement violente au sujet de quelque séance orageuse de l'Assemblée de Versailles, deux convives échangèrent des mots si vifs et même des menaces de voies de fait si caractérisées que notre commensal Basque déclara qu'ils seraient disqualifiés à moins d'aller sur le terrain.

Il en appela au sentiment d'un autre des habitués de la table d'hôte, un officier grec qui suivait des cours à l'Ecole de guerre et qui, sans parler le français avec une parfaite aisance, tenait volontiers le crachoir en qualité de compatriote de Démosthène ; celui-ci, comme militaire opina pour la nécessité d'un duel.

Toute l'assistance étant unanime, les adversaires acceptèrent la perspective d'une rencontre et choisirent leurs témoins ; je fus l'un d'eux avec l'éloquent Hellène, et le Basque accepté comme arbitre.

Mais une difficulté surgit : l'état de siège régnant encore, les duels étaient sévèrement réprimés et tous ceux dont la presse entretenait le public se passaient hors des frontières.

Le Basque se chargea d'organiser une expédition à Montmédy, d'où il était facile de gagner la frontière belge, les deux champions ayant touché récemment leurs mensualités ou emprunté les fonds nécessaires.

Nous partîmes sept, dont un étudiant en médecine très avancé dans ses études, pourvu d'une trousse et d'objets pour pansements. Grand mystère : les lames des épées étaient dissimulées dans des étuis de cannes à pêche et nous avions mis les poignées et les gardes dans nos poches.

Ayant débarqué le soir dans un hôtel de Montmédy, en voitures, au petit jour, par une brume glaciale nous franchissions la frontière. Les adversaires étaient invités à dépouiller vestons et gilets, au coin d'un petit bois ; pendant qu'on procédait aux préparatifs d'usage, ils se tenaient pâles et grelottants, mais résolus, épées en mains. En garde !

Le Basque seul rayonnait et, la canne haute, prononçait le rituel ; « Allez, messieurs ! », quand mon co témoin, le Démosthène militaire, s'écria d'un ton pathétique : « Non, mes amis ! Arrêtez-vous et écoutez-moi ! ». — Alors ce diable d'homme entama, malgré les protestations indignées de l'arbitre, impatient de continuer son rôle, une harangue vraiment émouvante : malgré l'incorrection des phrases et l'impropriété de beaucoup de mots, tant de bon sens, tant d'amitié pour les combattants, tant de sympathie pour les Français s'y manifestait que les épées tombèrent des mains, d'ailleurs engourdies par une fine petite pluie glacée, et que des larmes vinrent à nos yeux rougis par la fatigue du voyage et l'absence de sommeil.

Les poignées de mains de réconciliation échangées, on décide de rentrer au plus vite se réchauffer en déjeunant sur la terre de France. Le Basque seul conservait un air vexé et dédaigneux, ; il déclara que nous ne pouvions récemment rentrer « bredouilles » à l'hôtel où le bruit de la rencontre s'était déjà répandu.

J'offris joyeusement de « faire le blessé », tout témoin que je fusse ; l'idée plut. On enveloppa d'un épais pansement ma main droite ; le bras en écharpe, je remonta en voiture et nous passâmes fièrement sous les regards émus des douaniers. L'aventure se termina par un excellent déjeuner que je pris de la main gauche, recevant avec componction l'aide de mes voisins de table et les conseils d'avoir à ménager ma dextre perforée.

Le soir nous étions de retour à la pension Boucantini, tous très gais et un peu gris, même l'arbitre *in partibus* qui avait fini par se dérider. Mais il en dut coûter bon aux héros de l'aventure, qui naturellement avaient endossé tous les frais.

(*A suivre.*) Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1928.

La variole et la vaccination en Algérie. — *M. L. Camus.* — Les très nombreux foyers de variole qui ont été constatés, en France, pendant les deux dernières années, sont presque tous dus à des germes transportés d'Algérie par des travailleurs infectés. Cette constatation ne surprendra pas les personnes qui savent que, depuis 1925, l'Algérie est gravement éprouvée par des épidémies de variole qui ont sévi dans ses trois departements. Aujourd'hui le fléau est vaincu, mais son retour offensif est encore possible, aussi importe-t-il de prendre toutes précautions utiles.

L'immunisation de toute la population sédentaire par la vaccination n'est que très incomplètement réalisée et d'autre part, les nomades échappent le plus souvent à la vaccination obligatoire. Des mesures vont être prises pour assurer la vaccination des différents groupements de la population. Les listes des assujettis vont être dressées, des équipes sanitaires mobiles, convenablement organisées, iront à la rencontre des caravanes et l'autorité administrative prêtera partout son concours à la bonne tenue des séances vaccinales.

Pour s'opposer aux désastres causés par la variole et, d'une façon plus générale, par toutes les maladies infectieuses, le Gouvernement général de l'Algérie et l'Administration Centrale de l'Hygiène en France devront étudier une organisation d'ensemble qui assurera aux travailleurs indigènes une préparation hygiénique plus complète avant leur embarquement et aussi une surveillance et une protection hygiénique après leur débarquement.

Mais, dès maintenant, l'Académie demande que la vaccination qui est imposée avant l'embarquement soit appliquée sui-

vant le règlement actuel en vigueur pour la vaccination obligatoire, c'est-à-dire que le contrôle de l'opération ait lieu au 8e jour après l'inoculation. Le certificat de vaccination n'étant délivré qu'après le contrôle, on évitera ainsi d'embarquer des sujets infectés qui auraient été vaccinés pendant l'incubation de la maladie.

Il serait également très désirable, pour assurer une meilleure protection contre la dissémination des germes infectieux, de faire désinfecter les vaccinés avant l'embarquement et de stériliser leurs vêtements ainsi que les menus objets transportés à la main.

Les images radiologiques dans les formes fétides et non fétides de la dilatation des bronches. — *MM. Sergent et Jobin.* — Dans l'expectoration des bronchectasies fétides on trouve constamment des microbes anaérobies, on n'en trouve pas dans les bronchectasies non fétides. L'exploration radiologique du lipiodol montre que les bronchectasies fétides donnent des images sacciformes et que les bronchectasies non fétides donnent des images cylindriques et moniliformes, voire même ampullaires. Or, les images sacciformes indiquent que les bronchectasies sont insuffisamment drainées ; elles correspondent à de véritables culs-de-sac représentant des sortes de vases clos dans lesquels le pus stagne et qui réalisent la condition optima pour la germinatien des anaérobies ; au contraire, les images cylindriques moniliformes et ampullaires indiquent de simples élargissements segmentaires du calibre des bronches qui se drainent aisément et ne favorisent pas la stagnation du pus. M. Sergent apporte à l'appui de cette différenciation trente observations qu'il a réunies dans ces dernières années et qu'il a étudiées de ce point de vue spécial avec le Dr Jobin (de Québec). Il en projette les radiographies. Ces constatations comportent des inductions thérapeutiques importantes :

La bronchoscopie avec aspiration et lavage des bronches est indiquée dans les bronchectasies fétides, c'est-à-dire sacciformes et mal drainées ; elle fait assez rapidement disparaître la stagnation du pus et la fétidité ; elle est inutile dans les bronchectasies bien drainées, c'est à-dire dans les bronchectasies cylindriques, moniliformes et ampullaires non fétides.

Le service militaire des tuberculeux. — *M. Lesage.* — M. Brouardel avait proposé un vœu tendant à obtenir l'hospitalisation des jeunes conscrits atteints de tuberculose dans des casernes-sanatoria où ils seraient soignés pendant tout le temps de leur service militaire. La Commission, au nom de laquelle parle M. Lesage approuve en principe l'idée de M. Brouardel. Mais l'application se heurte à quelques difficultés, en particulier elle est contraire au principe du libre choix du médecin, et il serait préférable d'*offrir* aux conscrits le séjour dans un sanatorium au lieu de leur imposer.

Modification de l'excitabilité du système organo-végétatif sous l'influence des radiations. — *MM. A. Zimmern et Chailley-Bert* ont cherché à mettre en évidence l'action des rayons X et des rayons ultra-violets sur l'excitabilité du sympathique et du système vague en utilisant, d'une part, des tests cliniques, d'autre part des méthodes de physiologie. Les tests cliniques employés ont été le réflexe galvano-psychique, l'oculo-cardiaque et le réflexe solaire. Il semble que les radiatious, aux doses habituelles, provoquent d'une façon assez constante une diminution d'excitabilité du sympathique et du vague.

Les dispositions anatomiques congénitales favorables à la production de la luxation récidivante de l'épaule. — *M. Rouvière* pense que pour qu'une luxation récidivante d'origine non traumatique se produise, l'articulation scapulo-humérale doit réaliser les conditions suivantes :

1° Les bourses séreuses précapsulaires doivent communiquer avec la cavité articulaire par un seul orifice résultant de la disparition du ligament gléno-huméral moyen ;

2° Cet orifice doit occuper tout l'intervalle compris entre les ligaments gléno-huméral supérieur et gléno-huméral inférieur ;

3° Ce dernier ligament ne doit pas remonter bien haut sur la face antérieure de la jointure, ou bien ses faisceaux les plus élevés doivent être peu développés et par conséquent peu résistants.

Séance du 5 juin 1928.

La maladie de la laque. — *M. Delbet.* — Il n'existe pas de maladie cutanée due à la laque japonaise. Les personnes qui manipulent cette substance peuvent présenter parfois des éruptions banales analogues à celles que provoquent d'autres corps irritants. D'ailleurs de simples soins de propreté permettent d'éviter ces accidents et la conclusion du rapport de M. Darier est qu'il n'y a pas lieu d'édicter de mesures législatives spéciales concernant les manifestations cutanées consécutives à l'usage de la laque japonaise.

La préparation des malades à l'opération. — *M. Darier* indique deux procédés : administration du magnésium et alimentation pré-opératoire, qui suppriment souvent et réduisent toujours la morbidité des opérés. On donne le chloruro de magnésium pendant qu'on fait la vaccination pré-opératoire. Les sujets prennent chaque jour 100 grammes de la solution à 12 gr. 10 pour mille.

Sur la prétendue contagiosité des cancers. — *M. Cl. Regaud.* — Dans les hospices du Calvaire où sont hospitalisées des femmes portant des plaies incurables, les unes (en majorité) cancéreuses, les autres non cancéreuses, une enquête a permis de constater que le cancer est extrêmement rare (plus rare même que dans une population quelconque de même âge) parmi le personnel des dames résidentes et des infirmières auxiliaires, chargées les premières, de panser quotidiennement les malades, les secondes de faire leur ménage. La dégénérescence cancéreuse des plaies non cancéreuses y est aussi exceptionnelle. Si les cancers étaient contagieux, c'est pourtant dans ces maisons que l'on trouverait réunies les conditions les plus favorables à la contagion : cohabitation continue et prolongée pendant des dizaines d'années, sans précautions particulières, de malades porteurs de cancers ouverts, avec des femmes saines, constituant un personnel immuable, et avec des malades portant des plaies non cancéreuses ; absence de précautions spéciales d'asepsie, qu'une longue expérience de la non transmissibilité de la maladie a fait juger nécessaire.

L'absence de contagion des cancers dans les maisons de cancéreux est d'accord avec les données de la pathologie expérimentale et comparée. C'est donc par des causes bien différentes que s'expliquent le groupement des cas de cancer qui ont donné naissance à l'opinion erronée de la contagion. Ces causes sont multiples ; mais elles se résument dans ce fait que des individus appartenant à des communautés ou des catégories humaines et animales *exposées en commun* aux causes locales variées qui favorisent ou déterminent les cancers. Ces cancers résultent de l'habitat, de la race et de la famille (hérédité), de la profession, des tares organiques, d'habitudes collectives de diverses natures, de certains parasitismes, etc.

Il est donc inutile et il est nuisible d'inquiéter le public par la crainte d'une contagion parce qu'aucun fait médical ni expérimental correctement établi ne la justifie.

Codéine et Convention de Genève. — *M. Pierre Breteau* montre que, d'après la Convention internationale de Genève sur les stupéfiants, la quantité de stupéfiant transformée en un dérivé non stupéfiant doit être déclarée séparément. C'est le cas de la morphine transformée, par synthèse chimique, en codéine. Un contrôle sévère de la réalité de cette transformation d'un stupéfiant ou d'un produit qui en dérive doit être surveillée très étroitement. Elle ne peut être libre. Une autorisation spéciale s'impose avec pour limite les besoins légitimes du pays, comme cela existe à l'étranger.

La fonction uréo-sécrétoire des hypertendus. — *MM. G. Richard et J. Rœsch* ont étudié, chez 329 hypertendus, observés pendant plusieurs années consécutives, les variations du chiffre de la constante uréo-sécrétoire, en les comparant aux modificatians tensionnelles. Ils constatent que la constante n'a pas varié dans 35 % des cas, qu'elle a augmenté dans 42 %, et qu'elle s'est améliorée dans 22 % seulement des cas. Chez 72

malades seulement, sur 329, on peut noter un certain parallélisme entre les modifications de la tension et celles de la constante d'Ambard. Dans la plupart des cas où le chiffre de K est allé en augmentant d'une année à l'autre, cette augmentation serait due à une réduction du débit uréique, dépendant d'un fléchissement myocardique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1928.

Vaccinothérapie locale extrapulmonaire contre la gangrène pulmonaire. — M. ***Georges Rosenthal*** montre l'erreur des thérapeutiques de hasard qui, sans établir une formule bactérienne précise, utilisent des sérums antigangréneux non adaptés ; il faut recourir aux autovaccins aérobies et anaérobies qui seront préparés selon le mode classique dans son tube profond (bouillon de 18 à 20 cm. de hauteur.) Les vaccins seront introduits par injection transthoracique avec son aiguille à trous multiples ou mieux par trachéo-fistulisation après dilution dans l'huile goménolée. La vaccinothérapie locale s'associe à la vaccinothérapie générale.

A propos du service sanitaire des usines Ford à Belfort. — M. ***Louis F. Destouches.*** — Il semble prouvé que l'emploi des malades chroniques et des invalides dans l'industrie moderne bien « mécanisée » constitue une sage mesure industrielle et sociale. L'auteur fait l'exposé des plus graves défauts de l'hygiène sociale en France et pense qu'ils sont en grande partie attribuables au fait qu'on s'obstine dans une conception désuète de la santé publique, qu'on l'envisage comme une affaire administrative ou philantropique au lieu de s'occuper uniquement de son meilleur rendement économique. Il propose une formule de taylorisme nouveau dans laquelle la maladie elle-même, loin d'être un empêchement à la production, en devient l'auxiliaire.

Rapport de l'atrésie des mâchoires avec les accidents de l'éruption des dents temporaires. — M. ***Pierre Robin*** établit une discrimination des accidents de la dentition temporaire. Chez les nourrissons normaux, l'éruption est normale, physiologique, sans accidents ; au contraire chez les nourrissons anormaux, c'est-à-dire à mâchoire en retrait, la sortie des dents est accompagnée de manifestations douloureuses et dysfonctionnelles dont l'importance est ordinairement en rapport direct avec celle de l'anaraxie ou défaut de coaptation des crêtes gingivales.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 mai 1928.

Fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête. — M. ***Judet*** en communique deux observations dans lesquelles la tête luxée, qui ne donnait lieu à aucun phénomène de compression vasculaire et nerveuse, fut abandonnée dans l'aisselle. Dans le premier cas le résultat fut satisfaisant ; dans l'autre il resta une grande limitation des mouvements.

Fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation de la tête. — M. ***Péraire*** en cite deux observations. Dans un cas, la tête était fixée sous la clavicule et, dans le second, luxée dans l'aisselle. L'auteur fit la reposition sanglante de la tête et obtint des résultats excellents.

Traitement de la colibacillurie — Pour M. ***Luys***, le traitement pratique de la colibacillurie comprend trois parties thérapeutiques qui doivent toujours être appliquées ensemble : 1° thérapeutique intestinale (médicale et même parfois chirurgicale) qui s'adresse à l'intestin et à ses annexes ; 2° thérapeutique sanguine qui comprend l'emploi des vaccins anti-colibacillaires ; 3° thérapeutique génito-urinaire qui comprend non seulement des traitements communs à toutes les manifestations morbides génito-urinaires, mais aussi des soins locaux pour chaque complication particulière, urinaire ou génitale.

Le traitement précoce des fractures. — M. ***R. Petit*** fait un rapport sur un travail de M. William ***Darrach*** (de New-York). L'auteur insiste sur l'importance de la réduction immédiate, sur l'emploi de la radiographie et de la radioscopie, et sur la nécessité de traiter, en même temps que les lésions osseuses, les lésions des parties molles et des articulations.

Relation entre les écoles de médecine et les hôpitaux. — M. ***R. Petit*** fait un rapport sur un travail de M. William ***Darrach*** (de New-York) sur ce sujet.

L'histoire clinique du goitre. — M. ***Pauchet*** fait un rapport sur un travail de M. ***Lewis*** (de Baltimore). L'auteur expose rapidement l'histoire clinique du goitre, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Il démontre qu'il y a une proportion directe entre l'activité du processus hyperplasique de la thyroïde et les phénomènes toxiques de la maladie de Basedow. Cette étude théorique prouve que, pour amener la suppression des phénomènes toxiques, il faut diminuer le tissu thyroïdien : le traitement chirurgical est le traitement de choix.

Opération ankylosante de la colonne vertébrale. — M. ***Trèves*** fait un rapport sur un travail de M. ***Allison*** (de Boston). Cet auteur a complété l'opération de Hibbs (fracture opératoire et abaissement des apophyses épineuses ; arthrodèse des articulations inter-vertébrales) par la pose de greffons ostéo-périostiques empruntés au tibia. La méthode a été employée surtout dans le mal de Pott, les fractures du rachis avec compression médullaire, les scolioses paralytiques ou par malformations congénitales. En dehors de l'infection post-opératoire, le principal danger est le choc, et l'auteur décrit minutieusement les moyens mis en œuvre pour l'éviter.

Les voies d'accès sur la hanche. — M. ***Massart*** fait un rapport sur un travail de M. ***N. Allisson*** (de Boston). L'auteur et le rapporteur exposent quelles sont les meilleures incisions à utiliser suivant les cas qui peuvent se présenter, soit qu'il s'agisse d'opérations de drainage, de résections faites en milieu infecté, soit qu'il s'agisse d'opérations aseptiques ostéoplastiques pour luxations irréductibles ou pour ankyloses. Parmi les trois voies d'abord habituellement utilisées : antérieure, latérale et postérieure, c'est à la voie antérieure et à la voie latérale qu'il faut recourir dans la majorité des cas.

Deux cas de torsion du mésentère. — M. ***Pauchet*** fait un rapport sur un travail de M. ***Canessa*** (de Montevidéo). Celui-ci en cite deux cas : l'un opéré six heures après le début, avec guérison ; l'autre opéré 26 heures après le début, suivi de mort. La torsion se produit sur un axe qui correspond à l'insertion du mésentère et dans le sens opposé de la marche des aiguilles d'une montre. L'évolution est extrêmement rapide. Le traitement est la détorsion en masse. L'opération doit être faite rapidement dès le début ; car dès que la torsion a provoqué la thrombose des vaisseaux, toute opération est impuissante.

Traitement d'une osteo-arthrite subaiguë de l'extrémité supérieure du tibia par l'ablation en un seul bloc de la lésion et par le plombage avec de la parafine. Quinby. — M. ***Dupuy de Frenelle*** communique cette observation. Le malade âgé de 30 ans, a marché au bout d'un mois et repris son travail après deux mois.

A propos des ostéo-arthrites suppurées chez le nourrisson. Résultats par l'ouverture immédiate de la collection et l'immobilisation rigoureuse. — M. ***Rœderer*** communique trois observations dans lesquelles ce traitement lui a permis d'obtenir une articulation normale, et physiologiquement parfaite.

Sacralisation de la 5e vertèbre lombaire. Névralgie du nerf lombo-sacré. Guérison par la résection de l'apophise transverse. — M. ***Léo***

communique l'observation d'une femme âgée de 52 ans chez laquelle l'opération a donné un excellent résultat.

Occlusion aiguë par étranglement d'une anse grêle dans l'hiatus de Winslow. — *Thévenard* communique cette observation rare; ce cas serait le 23e actuellement publié.

Sur la tuberculose isolée des ganglions mésentériques simulant l'appendicite et sur leur pronostic. — M. *Croisier* communique le cas d'un enfant de 5 ans qu'il opéra pour un syndrome appendiculaire et chez lequel il constata la présence de ganglions mésentériques tuberculeux.

Un cas de scoliose pottique diagnostiquée par la radiographie. — M. *Rœderer* présente un jeune homme atteint de scoliose ancienne inter-scapulaire, souple, sans douleur, chez lequel la radiographie montre qu'il s'agit d'un mal de Pott dorsal avec abcès.

Séance du 1er juin 1928.

Etranglement interne à symptomatologie réduite. — M. *Hautefort* fait un rapport sur un travail de M. *Perrier* (de Genève.) — Etranglement peu serré d'une anse grêle rapidement compliqué de lésions dues à l'état pathologique du système circulatoire. Les symptômes étaient très peu marqués, malgré l'importance des lésions intestinales. L'auteur fit rapidement une large résection intestinale suivie d'anastomose latéro-latérale. Guérison.

Chirurgie réparatrice. — M. *Séjournet* fait un rapport sur un travail de M. Dean *Lewis* (de Baltimore.) L'auteur expose, d'après les travaux publiés et ses recherches personnelles, les principes généraux qui doivent servir de base à cette chirurgie. Il étudie successivement la greffe cutanée, la suture des tendons, la greffe osseuse, la suture nerveuse. Il insiste sur les faits suivants : 1° n'utiliser que des auto-greffes : 2° rôle capital d'une reprise rapide des fonctions auxquelles les tissus sont destinés ; 3° rôle néfaste du caillot sanguin ; 4° importance d'une reconstitution aussi physiologique et anatomique que possible des tissus.

Un cas de sténoses médio-gastrique et pylorique concomitantes. — M. *Lanos* communique l'observation d'une malade atteinte d'une double sténose médio-gastrique et pylorique par ulcère. L'ulcère de la petite courbure, haut situé, avait évolué silencieusement, bien qu'il fût térébrant, bouché par le pancréas ; les symptômes ne s'accentuèrent que lorsque la sténose pylorique s'ajouta à la sténose médio-gastrique. L'examen radioscopique permit de faire le diagnostic. Gastrectomie. Guérison.

Contusion de l'abdomen. Résection de 1 m. 66 d'intestin. — M. *Muller* (de Belfort) communique cette observation. Opération 4 h. 1/2 après l'accident. Il existe deux larges désinsertions (d'environ 30 cm. chacune) du mésentère sur le grêle. Résection en amont et en aval. Suture termino-terminale. Guerison opératoire. Mort dix-huit jours après, de bronchopneumonie.

Etude radiographique de la hanche chez 15 malades guéris de luxations congénitales depuis dix à vingt ans. — M. *Judet* communique ces quinze observations, comprenant neuf luxations unilatérales et six luxations bilatérales. Dans quatre cas, l'aspect radiographique de la hanche est absolument normal. Quatorze hanches, malgré un fonctionnement parfait présentent à la radiographie des traces de lésions (cotyle moins creux, tête moins développée, aplatie ou en antéversion. Dans trois cas, sans boiterie ni douleur, mais où la fatigue survient après 2 à 3 kilomètres de marche, la malformation est plus prononcée (antéversion du col avec coxa vara dans deux cas ; cotyle éculé dans un cas.) Dans tous les cas, la tête est solidement fixée dans le cotyle.

Technique opératoire pour l'ablation des tumeurs hypophysaires par voie endonasale. — M. *Bourguet* démontre que l'hémianopsie temporale est due à l'écrasement du chiasma par l'artère communicante antérieure qui ne se laisse pas refouler par la tumeur. Il expose la technique opératoire qu'il a employée chez quinze malades. Malade assis. Anesthésie locale. L'auteur passe entre les deux muqueuses de la cloison nasale décollées, pénètre dans le sinus sphénoïdal ; résèque le plancher de la selle turcique : ouvre la dure-mère et curette la tumeur. Il présente cinq malades opérés avec un résultat excellent.

Appendicite et pneumonie droite. — M. *Duchet-Suchaux* (de Vesoul) communique l'observation rare d'une malade chez laquelle une pneumonie droite coexistait avec une appendicite qui fut opérée d'urgence.

Correction esthétique de la paralysie faciale. — M. *Dufourmentel* présente une malade qu'il a opérée en passant, de la tempe à la commissure buccale, une anse de fil. Celle-ci est retirée au bout de 20 jours, quand il s'est formé des adhérences sous-cutanées. Bon résultat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1928.

A propos des pleurésies de la granulomatose maligne. — MM. *G. Caussade* et *J. Surmont* pensent pouvoir affirmer qu'il est possible d'éliminer la nature tuberculeuse des épanchements pleuraux qui surviennent, soit au début, soit au cours de la granulomatose maligne. On se basera sur l'ensemble des caractères suivants : épanchement abondant, se renouvelant rapidement, et d'une manière continue, très fibrineux, se coagulant parfois dès sa soustraction, susceptible d'être limpide, louche hémorrhagique et même chyleux. Cet épanchement contient des cellules endothéliales, réunies en placards disséminés, normales, dégénérées ou en cariocynèse, les deux dernières étant doubles ou triples de l'état normal. Ces cellules sont toujours associées, quelle que soit la durée de l'épanchement, avec des polynucléaires ou des lymphocytes en proportion variable, généralement assez nombreux et parfois avec des éosinophiles. Les cellules endothéliales persistent pendant toute la durée de l'épanchement. Il y a donc ainsi les témoins à la fois d'une réaction locale et générale. On peut s'assurer ultérieurement, par l'inoculation au cobaye, que l'épanchement n'est pas tuberculeux. En tout cas, au moment de l'examen extemporané, il est amicrobien. Pour faire un examen cytologique complet et probant, il est nécessaire d'examiner le liquide à l'état frais.

Zona et varicelle. — M. *Comby*, à propos de la récente communication de M. Netter sur l'observation d'un cas de zona et varicelle coexistant chez le même malade due à Esquir, défend l'opinion que zona et varicelle sont deux maladies absolument différentes. Il appuie son affirmation, sur la fréquence de la varicelle, la rareté du zona et sur la dualité des virus zonateux et varicelleux.

M. *Netter* rappelle que certains auteurs ont pu inoculer le virus de zona et déterminer une varicelle, et soutient la nature varicelleuse d'un certain nombre de zonas.

M. *Flandrin* pense que l'identité du zona et de la varicelle est fournie par les faits cliniques, les données expérimentales. Si la varicelle est fréquente, c'est qu'on l'observe surtout dans le jeune âge où les infections sont fréquentes ; si le zona est rare, c'est qu'il survient souvent chez les sujets ayant présenté antérieurement la varicelle.

M. *Bard* demande si l'incubation est la même pour le zona et la varicelle.

M. *Netter* soutient que l'incubation est presque toujours de quatorze jours pour les deux affections.

René GIROUX.

CHRONIQUE

Le déséquilibre abdominal

Ceux qui, plus tard, étudieront l'évolution des idées médicales vers 1900, s'arrêteront bien probablement avec un intérêt spécial aux découvertes faites par GLÉNARD dans le domaine des ptoses viscérales et aux travaux consacrés par TUFFIER, en 1894 et 1898, à une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologiques des tissus » : GLÉNARD et TUFFIER ont ouvert une route où les trouvailles ont été nombreuses et importantes.

J'en veux pour preuve l'intéressant ouvrage que FRAIKIN vient de publier sur le « déséquilibre du ventre » (1), comme conclusion de recherches patiemment menées pendant plus de vingt ans.

Le déséquilibre abdominal constitue une notion qui aide à débrouiller les questions d'entéro-névroses, de colites, de dilatations et de ptoses gastriques et intestinales.

Il se présente sous deux formes : dans l'une, les muscles de la paroi sont insuffisants, dans l'autre, le trouble viscéral est primitif. FRAIKIN s'élève contre les théories qui ramènent tout l'équilibre abdominal à la paroi : le péritoine, le diaphragme, le diaphragme pelvien, le psoas jouent un rôle.

Ce n'est pas, certes, que le sac musculaire soit sans importance pour les viscères qu'il contient : s'il se parésie, les organes sont troublés dans leur statique et leur fonctionnement ; de ce fait, le système nerveux réagit sous l'influence de l'intoxication, du tiraillement exercé sur les filets nerveux et de la fatigue ; des sensations, ainsi déclanchées, résulte un épuisement du système nerveux où l'insuffisance se combine à l'hyperexcitabilité (1).

La pression intra-abdominale résulte de l'opposition entre le sac musculaire et le tube digestif : les variations entre les deux sacs sont réglés par un centre nerveux.

Si cet équilibre est rompu, la circulation est perturbée et il y a stase sanguine, d'où retentissement sur le fonctionnement des viscères, intestin, foie, rein.

Il ne faut pas identifier, dit FRAIKIN, ptose et déséquilibre. Il peut y avoir déséquilibre, trouble circulatoire sans ptose, sans relâchement des ligaments, sans relâchement de la paroi, Ce déséquilibre peut résulter d'une tare hépatique, de constipation, de mauvaise hygiène alimentaire, de manque d'exercice, de troubles névropathiques généraux.

Ces anomalies fonctionnelles agissent en modifiant les sucs digestifs et en rendant la digestion imparfaite. Il en résulte des spasmes et parésies du duodénum et du pylore, d'où stase alimentaire. Le poids des aliments ainsi immobilisés tire sur les mésos et détermine des coudures au pylore, à l'angle duodéno-jéjunal.

Secondairement, les vaisseaux du côlon transverse et des nerfs sont lésés : le côlon se rétracte non par spasme, mais par décalibration, par sclérose permanente.

Tous les organes, ainsi gênés dans leur évacuation, ne tardent pas à se ptoser : la ptose est donc secondaire au déséquilibre.

Henri VIGNES.

(1) A. FRAIKIN. — Etudes radio-cliniques sur l'appareil digestif. Déséquilibre du ventre et appendicite chronique. N. Maloine, éditeur, Paris 1928.

(1) Des médicaments, employés à dose pourtant discrète, produisent une excitation exagérée et passagère, plus dépressive que tonifiante.

A propos de la maladie de Raynaud.

La maladie de RAYNAUD est connue depuis 1862. C'est l'asphyxie locale des extrémités, elle se traduit par trois stades : 1° angiospasme d'intensité variable, hyposthésie ; 2° asphyxie locale ; 3° gangrène symétrique. Sa localisation est variée. Un nombre considérable de symptômes associés l'accompagne : tels la chute des sourcils, des éruptions cutanées, la surdité, la cécité, etc. La fatigue, la fatigue psychique, les infections, etc. sont incriminées en tant que cause de la maladie de RAYNAUD. D'après certains auteurs, c'est une névrose vasomotrice centrale, ou encore une névrite périphérique, ou bien une endophlébite, ou une endo-artérite. Il est net qu'il existe au cours de la maladie de RAYNAUD une augmentation notable de l'excitabilité des voies et des centres sympathiques.

TOPORKOFF (1) attache une attention toute particulière sur la coïncidence de la syphilis et de la maladie de RAYNAUD. Dans sept cas de maladie de RAYNAUD, observés par l'auteur il constate nettement dans cinq cas la présence de la syphilis héréditaire. L'auteur insiste tout particulièrement sur la nécessité de la recherche de la syphilis dans les cas de maladie de RAYNAUD et il souligne les résultats favorables obtenus par le traitement spécifique dans nombre de cas de maladie de RAYNAUD.

TRIFONOFF.

A propos de l'incontinence d'urine essentielle.

L'étiologie et la pathogénie de l'énurésie ne sont pas encore précisées : nombreuses sont les causes qu'on incrimine comme étant importantes pour l'évolution de l'énurésie et pour son développement. On n'a pas non plus trouvé un traitement efficace de l'énurésie, tous les moyens peuvent être bons, mais ne semblent point donner de résultats constants. TOPORKOFF dans un travail récent (2) insiste tout particulièrement sur le rôle de la syphilis congénitale dans le développement de l'énurésie. Il a observé 321 cas d'énurésie (222 chez des garçons et 99 chez des filles). L'énurésie disparaît le plus souvent vers l'âge de 10 ans. Sur les 321 cas observés, l'auteur n'a vu que 4 cas d'énurésie diurne. Les conditions diurnes ne semblent point jouer un rôle important pour l'énurésie. L'auteur divise tous les cas d'énuresie en 2 groupes :

1) énurésie chez des sujets sortant de familles spécifiques ;

2) sujets suspects de spécificité.

Dans le premier groupe, rentrent 59 familles : dans ces familles, le nombre d'enfants atteints d'énurésie est de un, deux ou même trois ; il y a des cas où tous les enfants sont énurésiques. Au total, dans ces 59 familles, il y avait 170 enfants, dont 78 souffraient de l'énurésie.

(1) Prof. TOPORKOFF et Dr KHODOS. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la maladie de Raynaud. (*Revue [illegible] (Wratcheb[illegible] Obosrenie*, n° 7, 1925)

(2) Prof. TOPORKOFF. — Etiologie de l'énurésie nocturne. (*Recueil édité en honneur du 40e a[illegible] du Pr[illegible]*. BE[illegible]HTEREFF. Léningrad, 1926.)

Le second groupe est composé de 52 familles : la syphilis congénitale, là aussi, est sinon démontrée, du moins très probable. Dans ces 52 familles, on releva 66 énurésiques. Pour 23 familles vaguement suspectes de spécificité, on observa 32 énurésiques. En dehors de l'énurésie dans ces familles tarées, on observe du bégaiement, des tics, de l'hystérie, etc. La dystrophie est presque réglementaire.

Voici les conclusions de Toporkoff : 1) l'énurésie est toujours la manifestation d'une constitution névropathique ;

2) chez les frères et sœurs de l'énurésique, on observe souvent d'autres formes de névropathies ;

3) les énurésiques ont toujours des symptômes de troubles organiques spécifiques ;

4) d'autres formes de névropathie sont souvent associées à l'énurésie ;

5) les dystrophies sont très fréquentes ;

6) les signes de syphilis sont bien souvent nets chez les parents des petits énurésiques :

7) l'examen des parents, des frères et sœurs, des petits malades confirme en général le diagnostic de spécificité ;

8) la syphilis peut remonter à la troisième génération ;

9) les observations de petits énurésiques traités par des méthodes antispécifiques encouragent les tentatives dans cette direction ;

10) l'énurésie doit être envisagée comme étant un signe précurseur d'autres états plus graves névropathiques et psychopathiques ;

11) le milieu semble ne pas avoir d'importance pour le développement de l'énurésie ;

12) chaque cas d'énurésie demande un examen approfondi de toute la famille. Trifonoff.

A propos du bégaiement.

Même les précis complets des maladies nerveuses laissent bien souvent le bégaiement sans attention. Le plus grand nombre de travaux spéciaux consacrés au bégaiement envisagent principalement sa symptomatologie. La question de son étiologie n'est pas étudiée. Et pourtant le bégaiement en tant que manifestation d'une lourde hérédité menace bien souvent dans les suites de se transformer en syndromes morbides plus graves. L'importance de l'hérédité chargée est admise par le plus grand nombre d'auteurs. Nombreux sont ceux qui admettent seulement un rôle secondaire des incidents tels que le traumatisme, les secousses morales, le besoin d'imiter, etc.

Le prof. Toporkoff (1) se pose la question de la possibilité de la syphilis congénitale dans le développement du bégaiement, question qui, habituellement, n'est pas approfondie. Fournier, et aussi Leredde, s'en sont occupés. Toporkoff dispose de 40 observations, dont 22 hommes et 18 femmes. La syphilis congénitale est prouvée indiscutablement dans 16 cas. Dans d'autres cas, la syphilis nerveuse ne semble guère douteuse, mais on n'a pas réussi à prouver la syphilis congénitale ; enfin, dans un autre groupe, on n'a pas obtenu suffisamment de données précises en faveur de la syphilis, ce qui est expliqué par Toporkoff comme dû à l'insuffisance d'examen.

Toporkoff souligne le fait peu remarqué jusqu'ici qu'au nombre des causes donnant une lourde hérédité présentant une condition indispensable pour le développement du bégaiement se trouve la syphilis.

La conclusion très importante de ce qui vient d'être dit est la suivante : dans chaque cas de bégaiement poursuivre l'investigation dans la direction de la syphilis. Le traitement spécifique du bégaiement, traitement par des moyens habituels, a donné aux auteurs dans deux cas de syphilis congénitale une notable diminution du bégaiement sans que des malades aient subi aucun autre traitement.

Trifonoff.

(1) Prof. Toporkoff et Dr Khodos. — Considérations sur le bégaiement. (*Wratchebnoïe Obosrenie*, n° 4, 1926.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 25 LE NUMÉRO: 50 Centimes 23 JUIN 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :

Maurice LOEPER

Professeur de Thérapeutique Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Consultation écrite. Séance du 15 juin 1928. — MM. Jacquelin 19,90, Coste 19,18, Mme Bertrand-Fontaine 19,36.

Séance du 19 juin. MM. Levesque 19,18, Bith 20, Chevalley 19,45, Carrié 20.

Sont admis à prendre part à la 2e épreuve : MM. Bith 20, Carrié 20, Janet 20, Turpin 20, Jacquelin 19,90, Haguenau 19,72, Chevalley 19,45. Mme Bertrand-Fontaine 19,36, MM. Coste 19,18, Levesque 19,18, Ravina 19.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux — Séance du 14 juin. Interprétation de clichés radiologiques. MM. Ordioni 11, Chaperon 14, Marchand 12, Foubert 10, Moutard 12, Serrand 14, David 13, Coliez 15, Busy 9, Porchon 14. Le Goff 9, Kahn 14.

Epreuve clinique. Séance du 15 juin. MM. Chaperon 13, Ordioni 10, Le Goff 11, Busy 9, Marchand 13.

Séance du 19 juin. MM. Foubert 11, Kahn 15, Serrand 13.

Concours de l'internat en médecine (admissibilité). — Composition du Jury : MM. Cain, Bernard (Etienne), Marchal, Marquézy, Petit-Dutaillis, Rouhier, Fey, Brainé et Desnoyers.

L'agrégation des facultés de médecine. — *Le retour au système du concours.* — Le régime de l'agrégation des facultés de médecine ayant suscité des critiques assez vives, le comité consultatif de l'enseignement supérieur public a été saisi de la question.

Dans sa dernière réunion, ce conseil, se prononçant pour le retour au système du concours, a demandé qu'il fût sursis à toute session d'épreuves de l'examen actuel jusqu'à ce qu'un nouveau règlement ait été élaboré. Le ministre de l'Instruction publique a adopté ces conclusions ; le conseil supérieur de l'Instruction publique sera donc saisi, dans sa prochaine session, d'un projet d'arrêté supprimant les épreuves qui devaient avoir lieu pour le premier degré, en décembre 1928 et, pour le deuxième degré, au printemps de 1929.

Actes de la Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 12 juin. — M. Basiliadès. Etude de la septicémie et de son traitement. — M. Crantin. L'apport d'oxygène dans l'anesthésie générale.

13 juin. — M. Souyouldjis. Etude statistique sur la basiotripsie. — M. Julien. Etude sur la coqueluche. — M. Seligmann. La mesure thermo-électrique dans les températures cutanées.

14 juin. — Thèses vétérinaires. — M. Varenne. Etude de l'appareil lacrymal chez les animaux domestiques. — M. Riboux. La chèvre dans l'Indre.

16 juin. — M. Moussa. La folie de Nietzsche. — M. Hogarth. Etude et traitement du diabète insipide. — Mme Pathe-Amiot. Des différentes narcoses en chirurgie générale.

18 juin. — Mlle Bach. Diabète et fonction de reproduction. — M. Eilbaum. Etude de l'albuminurie chez la femme enceinte. — M. Chaim J. Pagirsky. Etude du diagnostic des lymphadémies par la biopsie. — M. Fortin. Manifestations pleurales au cours de la lymphogranulomatose. — M. Coupeau. Considérations sur le pneumothorax artificiel thérapeutique.

19 juin. — M. Iselin. Opérations sur les nerfs dans les paraplégies spastiques de l'enfance. — Eliascheff. Des écrits dans le délire d'interprétation. — M. Ardin. Le point para-ombilical droit. M. Leblanc. Considérations médicales sur l'anthropophagie. — M. Nataf. Traitement de l'eczéma et du prurit par le sulfate de magnésie. — Ferramoli. Cancer de l'articulation sacro-iliaque. — M. Giraud. Etude de la tension veineuse.

20 juin. — M. Samain. Des incontinences d'urine par insuffisance sphinctérienne. Traitement. — M. Helot. Quelques considérations cliniques sur la prolongation de la cloison nasale dans le naso-pharynx. M. Jaur. Péritonite herniaire. Histologie et diagnostic des affections abdominales qui l'accompagnent. M. Grippon. La rhinotomie para-latéro-nasale. Technique, opérations, indications — M. Himmelsteib. Traitement du fibrome naso-pharyngien par la diathermo-coagulation.

21 juin. — Thèses vétérinaires. — M. Larribet. Des exutoires en médecine vétérinaire.

23 juin. — M. Duval. Aspects radiologiques de la région hépato-colique. — Tailhefer. Technique et résultats actuels de la réparation des tendons de la main et des doigts. — Mme Saulnier. Etude du passage des pigments biliaires à travers le placenta. — M. Lebedinsky. Des adénites vénériennes chroniques d'origine alvéolo-dentaire. — M. Glippe. Calcification de bourses séreuses ou de tendons avec poussées rhumatismales. — M. de Troiboul. Importance des surinfections exogènes de tuberculose dans le personnel hospitalier soignant les bacillaires. — M. Trochu. Hypertensions rachidiennes d'origine circulatoire. — M. Guédon. Etude des tuberculomes thalamiques.

Hommage au Dr Le Noir. — Un groupe d'amis, de collègues, d'anciens élèves et élèves du Dr Paul Le Noir, désireux de lui offrir un témoignage d'affection, de respect et de reconnaissance, ont confié au sculpteur Dammann le soin de graver à son effigie une médaille.

Les souscriptions sont reçues par le Dr Georges Baillière, éditeur, trésorier du comité, 19, rue Hautefeuille, Paris-6e. Envoyer les souscriptions soit en chèque bancaire barré, soit en billets de banque, soit en chèque postal (compte J.-B Baillière et fils, à Paris, Paris 202). Les souscripteurs ayant versé une somme de 100 francs (réduite à 60 francs pour les étudiants), recevront au cours d'une cérémonie à laquelle ils seront conviés une réplique en bronze de la médaille.

Nouveau groupement national des Syndicats médicaux français. — *Vote, à l'unanimité, par la Commission mixte, de tous les articles du projet de statuts et de règlement intérieur du nouveau groupement national de tous les syndicats médicaux français.* — La commission mixte avait déjà voté, à l'unanimité, tous les articles du projet de statuts du nouveau groupement, à l'exception de deux : l'article premier donnant le titre du nouveau groupement, et l'article 10, qui a trait au mode d'élection du Conseil.

Dans sa séance du 20 mai, la commission a repris le texte de ces deux articles avec la volonté d'aboutir à un accord.

L'accord s'est fait, et les textes suivants ont été votés, à l'unanimité des membres de la Commission, dont voici les noms : MM. les Drs Bouvat, Caillaud, Cibrie, Decourt, Denance (suppléant le Dr Rinuy), Desrousseaux, Fanton d'Andon, Gaussel, Humbel, Jayle, Lecat, Renon, Vanverts, Verger, sous la présidence de M. le professeur Balthazard.

1° Article 1er des statuts comportant le nom du nouveau groupement : la commission mixte s'est arrêtée au titre suivant : *Confédération nationale des Syndicats médicaux de France* (ce titre doit être soumis à un conseiller juridique, en particulier pour savoir si les syndicats de colonies et des pays de protectorat pourront faire partie de cette confédération.

2° Article 10 des statuts comportant le mode de nomination du conseil : la commission a voté, *à l'unanimité*, le nouveau texte suivant :

Art. 10. — L'élection du conseil d'administration se fait d'après le mode suivant :

1° Les syndicats qui se sont auparavant constitués en collèges électoraux régionaux nomment, séparément, pour chaque collège,

un ou plusieurs administrateurs, suivant le nombre de syndiqués représentés dans chaque collège régional.

2° Les délégués des autres syndicats et ceux qui représentent « les restes » des collèges électoraux régionaux, forment un collège électoral complémentaire, qui nomme, au scrutin de liste et au cours de l'Assemblée générale, des administrateurs, suivant le nombre de syndiqués du dit collège.

3° Le groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés pourra désigner deux administrateurs supplémentaires.

4° Le règlement intérieur fixera le nombre de syndiqués donnant droit à un administrateur, ainsi que les modalités de vote.

Le conseil d'administration du groupement national est proclamé chaque année, en aseemblée générale.

Par suite de la modification de l'article 10 des statuts, l'article 9 du règlement intérieur se trouve modifié de la façon suivante :

Art. 9. — Les collèges électoraux régionaux devront remettre les noms des administrateurs qu'ils auront nommés, au cours de la première séance de la deuxième journée de l'assemblée générale.

Tout groupement des syndicats aura droit à un représentant au conseil, pour 400 syndiqués.

Les syndicats ne faisant pas partie des collèges électoraux régionaux dressent une liste de candidats, également à raison de 1 pour 400 syndiqués.

Les collèges électoraux régionaux participeront à l'établissement de cette liste et à son élection pour la fraction de leurs syndiqués (ou « reste ») dépassant le chiffre de 400 ou un de ses multiples, qui n'a pas été représentée dans le vote pour les administrateurs nommés par le collège régional.

Les articles 10 et 11 restent sans changement.

L'article 13 est supprimé.

Date du prochain Congrès. — La commission mixte a décidé que le prochain congrès des syndicats, aurait lieu le dimanche 8 juillet 1928 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, mis, par le Doyen, à la disposition du congrès.

Elle a, ensuite, décidé de proposer au congrès que la première assemblée générale du nouveau groupement ait lieu le jeudi 6 décembre 1928.

Ecoles des surintendantes. — Au moment où les vacances vont finir et où beaucoup de jeunes filles songent à aiguiller leur avenir vers une carrière quelconque, il nous semble intéressant d'attirer leur attention sur l'Ecole des surintendantes.

Fondée pendant la guerre et destinée d'abord à former uniquement des surintendantes pour les usines de munitions, cette Ecole a, depuis la paix, élargi son programme et adapté son activité aux conditions nouvelles de la vie ouvrière dans l'industrie et dans les services sociaux.

Elle comprend actuellement deux années d'études.

La première est consacrée à l'étude des questions sociales générales.

La seconde est une année de spécialisation pour la formation des surintendantes, c'est-à-dire des chefs de services sociaux pour les usines, les centres sociaux, les caisses de compensation, etc. Seules, les femmes qui ont déjà donné leur mesure pour une activité sociale préalable sont admises d'emblée à la seconde année d'études.

Les jeunes filles et les jeunes femmes appartenant aux milieux médicaux semblent tout spécialement destinées à ces carrières. Leur formation familiale leur a déjà appris ce que sont le dévouement et les responsabilités bien comprises ; l'Ecole des surintendantes leur permettra d'acquérir les connaissances nécessaires pour donner à leur vie son plein rendement et les aiguillera vers des situations intéressantes à tous points de vue.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle Geoffray, directrice de l'Ecole des surintendantes, 19, rue Dareau, Paris (XIV[e]).

Syndicats des grandes pharmacies de France. — Le 18 juin a eu lieu au Palais d'Orsay le banquet annuel des grandes pharmacies de France. Ont successsivement pris la parole : M. A. Bailly, président du Syndicat, le professeur Coutière, M. Paul Strauss, sénateur, M. Emile Vincent, député ; puis M. Loucheur, ministre des pensions, a tenu à dire, en rappelant l'intérêt qu'il portait à l'industrie pharmaceutique française, qu'il s'efforcerait dans l'application de la loi sur les assurances sociales, de ne pas transformer les médecins ni les pharmaciens en fonctionnaires.

Plus qu'un Laxatif



*L*E LORAGA est la première Emulsion d'huile de paraffine et d'agar-agar employée ; elle possède les avantages suivants : homogénéité et stabilité parfaites ; goût agréable malgré l'absence de tout arome artificiel ; absence de sucre, d'alcalis et d'alcool; pas de contre-indications; pas d'écoulement d'huile; pas de coliques ni de douleurs intestinales ; pas de nausées ni de troubles gastriques ; pas d'accoutumance.

¶*MM. les Médecins qui en feront la demande recevront gracieusement un échantillonnage suffisant de ce produit, pour leurs essais cliniques.*

*P*ARMI les nouveaux médicaments d'une valeur vraiment bien établie, aucun, pour ainsi dire, n'a conquis la faveur et l'estime des médecins consciencieux et orthodoxes, plus sûrement et plus complètement que le

LORAGA

Cela est dû au caractère physiologique de son action et à la nature remarquablement indéfectible de ses effets.

Un simple examen de la composition du Loraga — dans lequel l'huile de paraffine pure, l'agar-agar et la phénolphtaléine sont dosés dans des proportions établies avec tant de soin — suivi d'une expérimentation clinique pratique, suffiront d'ailleurs à convaincre le praticien le plus exigeant qu'il ne s'agit pas ici d'un laxatif ordinaire qui produit uniquement une simple évacuation, pour laisser ensuite l'intestin plus constipé qu'auparavant, mais bien d'un correctif rationnel sur lequel il peut compter toutes les fois qu'il y a lieu de rétablir la régularité physiologique de l'intestin.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
GUILLEMOTEAU & CIE, PHARMACIEN
70, RUE DE STRASBOURG, VINCENNES (Seine)

Association française de chirurgie. — Le 37e Congrès de chirurgie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 8 au 13 octobre 1928, sous la présidence de M. A. GOSSET professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° La rachianesthésie. Etat actuel de la question. Rapporteurs: MM. le professeur FORGUE (de Montpellier) et BASSET (de Paris);

2° Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. Rapporteurs : MM. DELORE (de Lyon) et OKINEZYC (de Paris) ;

3° Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques. Rapporteurs MM. MAISONNET (Armée) et PETIT-DUTAILLIS (de Paris.)

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au Secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris-VIe.

Extrait du règlement : Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au Secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, de ses anciens chefs de service.

Le recrutement des médecins des hôpitaux. — *Une enquête de la Ligue des Droits de l'Homme.* — La Ligue des Droits de l'Homme, émue des critiques formulées à maintes reprises sur les concours des hôpitaux de Paris, a décidé de faire sur ce sujet une enquête ; elle prie les médecins, les étudiants en médecine et toutes les personnes que la question intéresse de lui signaler les abus auxquels ces concours ont donné lieu et de lui indiquer les moyens propres à y remédier.

Adresser les communications à la Ligue des Droits de l'Homme, 10, rue de l'Université, Paris VIIe.

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — Conférence du dimanche 24 juin 1928 à 10 heures très précises, par M. LÉVI-VALENSI, médecin de l'Hospice de Brévannes ; M. HAMON, médecin de Port-Royal (projections. Amphithéâtre des Concours de l'A. P., entrées : Rue des Saints-Pères (angle boulevard St-Germain), Hôpital de la Charité (47, rue Jacob.)

Préfecture du Calvados. — Un concours sur titres est ouvert du 1er au 30 juin, à la Préfecture du Calvados, pour la nomination d'un médecin chef de la Maison départementale de Benouville.

Les candidats devront être de nationalité française, âgés de 27 ans au moins et de 35 ans au plus au 1er janvier 1928, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (Diplôme d'Etat.) Ils devront, en outre, avoir effectivement exercé la médecine générale, pendant un an au moins, et avoir été attachés pendant six mois au moins à un service spécialisé d'obstétrique.

Pour tous renseignements complémentaires sur les conditions du concours, le traitement annuel et les avantages attachés à chacune de ces fonctions, s'adresser à la Préfecture (1re division), rue de Caumont, 35, à Caen.

Légion d'honneur. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. Jean Lépine, docteur en médecine, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Titres exceptionnels. — « Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon, depuis 1912, et doyen de la Faculté depuis 1928, a rendu des services exceptionnels tant par son remarquable enseignement que par sa sage et active administration en collaboration constante avec la direction de l'Ecole du Service de santé militaire. A contribué ainsi, de la façon la plus heureuse, à la formation de nombreuses générations de médecins militaires. »

Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy. — *Prix à décerner en 1928.* — En décembre 1928, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le *Prix Duparcque* (1.200 fr. sont disponibles) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant : Recherches sur les parasites intestinaux.

Les mémoires inédits et anonymes porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur ; ils devront être déposés avant le 15 novembre 1928, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le Secrétaire général, Dr P. BLONDIN, 3, rue Cernuschi (XVIIe.)

Le *Prix Alfred Guillon* sera décerné au meilleur mémoire (inédit ou imprimé), sur les voies urinaires (sujet au choix des auteurs.)

Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

Nécrologie. — Dr ALBIER, de Pau.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les stomatorragies,

Par le Dr Raymond BOISSIER.
Stomatologiste des hôpitaux.

On comprend sous la dénomination de stomatorragies les hémorragies provenant des organes compris dans les limites anatomiques de la cavité buccale : lèvres, joues, voile, voûte et plancher.

L'intérêt de la question est capital pour le stomatologiste : d'une part, en effet, la stomatorragie constitue la complication la plus grave de l'extraction dentaire, et nous conservons le souvenir d'une malade qui venue un matin à la consultation d'un grand hôpital parisien pour se faire enlever une molaire inférieure, ne dut, au cours de cette intervention banale et sans histoire, son salut qu'à son transport d'urgence au pavillon de chirurgie où l'on pratiqua sans délai la ligature de la carotide externe.

D'autre part, nous verrons que s'il est des stomatorragies d'un diagnostic facile et ne posant aucun problème délicat, il en est d'autres, cryptogénétiques, extrêmement difficiles à rapporter à leur cause ; la révélation d'une insuffisance hépatique légère, d'une érythrémie ou d'une leucémie sort parfois d'un examen buccal : la question déborde donc le cadre étroit de la stomatologie pure et illustre d'une façon péremptoire les rapports de la bouche et de l'économie générale

Cliniquement, les stomatorragies se présentent de façon fort diverse : tantôt il ne s'agit que d'un simple suintement de sang, ne déterminant aucune gêne, aucun trouble, et s'établissant discrètement avec le minimum de signes : aussi le malade ne vient-il consulter que tardivement, lorque la répétition de ses hémorragies l'inquiète.

Tantôt, il s'agit d'une stomatorragie de moyenne importance, analogue à celle qui survient après les extractions : le patient se présente à votre cabinet, pâle, geignard, et portant un mouchoir largement taché de rouge à ses lèvres. La bouche est pleine de caillots, l'haleine fétide : l'examen ne peut se faire qu'après un lavage à l'eau oxygénée diluée tiède, et détersion de tous les caillots, qu'il n'est pas rare d'ailleurs de voir se reformer sous ses yeux.

Enfin nous connaissons les grandes stomatorragies : ici le malade ne peut plus se déranger, et c'est à son lit que nous le trouvons : émacié, exsangue, les lèvres blanches, décolorées, les yeux caves, parfois haletant, incapable de tout effort, s'abstenant même de parler : le pouls est faible, mal frappé, parfois filant. C'est là un tableau impressionnant, dramatique, dont la vision ne s'efface pas. Ici, les signes physiques importent moins : ce sont les phénomènes généraux qui dominent la scène et qui, avant tout, commandent impérieusement une thérapeutique d'urgence dont dépend la vie du patient.

Telles sont les diverses modalités sous lesquelles se présentent les stomatorragies.

Devant un malade qui saigne de la bouche, la première question à se poser est celle ci : est-ce bien du sang ? En effet, nous devons éliminer, dans certains cas, les simulateurs ou les chiqueurs de bétel : les prisons, certains corps de troupe, sont de parfaites écoles où de nombreuses maladies sont admirablement reconstituées par des procédés jalousement gardés et... souvent efficaces. Si l'on doute, une simple réaction de Weber suffira à déceler la fraude.

C'est bien du sang : d'où peut-il provenir ? Du poumon, mais l'hémoptysie est rarement unique, elle survient souvent avec des efforts de toux, et chez des individus dont le passé pulmonaire est évident. De l'estomac, mais l'hématémèse s'accompagne d'efforts de vomissements et de signes digestifs qui ne trompent pas.

Parfois aussi on constate des hémorragies exceptionnelles : hémorragies laryngées, rupture de varices pharyngiennes, hémorragies du cavum de Ricardo Botey, ou encore épistaxis postérieure, évoluant en l'absence d'une épistaxis antérieure, et expulsée par la toux sous forme de caillot.

Par conséquent, tout écoulement de sang par la bouche n'est pas obligatoirement une stomatorragie, et le premier soin du praticien doit donc, par un examen complet de la bouche et du pharynx, de se débarrasser des causes d'erreur que nous avons énumérées.

Il s'agit bien d'une stomatorragie. Le diagnostic alors s'imposera, selon qu'elle proviendra d'une cause locale, absolument évidente, ou qu'elle ne constituera qu'un épiphénomène au cours d'une affection générale en évolution, ou au contraire s'avérera des plus malaisés, quand l'hémorragie buccale représentera le principal symptôme d'une maladie discrète et demandant à être systématiquement repérée.

Nous distinguerons donc :

I. Les stomatorragies de cause locale :
II. Les stomatorragies épisymptômes :
III. Les stomatorragies cryptogénétiques.

I. *Stomatorragies de cause locale.*

Elles procèdent de trois origines :

a) Traumatique :

Morsures, plaies du palais (chez les enfants, par instruments piquants), coups, chutes (chez les épileptiques et les urémiques), caustiques (hémorragies secondaires très graves par libération d'une escharre de grande superficie).

b) Opératoire :

De cette cause relève la grande majorité des hémorragies de moyenne importance que nous observons quotidiennement : parfois il s'agit d'interventions peu fréquentes, comme la section du frein, ou l'exérèse d'une plaque leucoplasique, etc.

Presque toujours nous nous trouvons en présence d'une hémorragie post-avulsive, soit primitive, immédiate, par arrachement ou section des vaisseaux, soit secondaire, tardive, ou bien par mobilisation d'un caillot obturateur, ou bien par ulcération nécrotique.

On a signalé deux cas mortels de rupture d'anévrysme de la dentaire inférieure par extraction d'une molaire.

Enfin, il existe d'autres gingivorragies dont la fréquence va croissant à mesure que les interventions génératrices sont pratiquées davantage : ce sont celles accompagnant les curettages insuffisants accompagnant la résection apicale ou la cure radicale des kystes : les fongosités échappées à la curette sont la source de minuscules mais intarissables hémorragies qu'un nettoyage implacable pourra seule juguler.

c) Pathologique :

Dans cette classe, on pourrait ranger à peu près toutes les affections de la bouche, car il n'en est pas une qui ne soit susceptible de saigner à un moment donné.

Tantôt c'est un coquelucheux qui, dans ses quintes, ulcère son frein : tantôt c'est un malade que blesse un appareil mal ajusté, ou des racines déchiquetées, ou des obturations débordantes, ou des esquilles osseuses. Ici, un papillome de la langue (cas d'Emeric), là un angiome (cas de Josserand), ailleurs un épithélioma, autant de causes efficientes, et l'on sait la valeur pronostique de l'hémorragie légère au cours de l'évolution d'une plaque leucoplasique. Toutes les stomatites, toutes les gingivites peuvent saigner ; nous ne saurions nous y attarder. Cependant nous ne saurions passer sous silence des hémorragies plus fréquentes qu'on ne le croit, et auxquelles on ne songe guère : je veux parler des hémorragies de la pulpe, dont un cas grave fut rapporté par Ovize, mais qui sont ordinairement bénignes, et des varices linguales, formant des cordons noueux, portant des dilatations

cylindriques ou ampullaires : elles peuvent se rompre à l'occasion d'un effort, et alors donnent lieu à des hémorragies légères, irrégulières, intermittentes, mais dont la persistance finit par inquiéter.

En résumé, toutes les hémorragies de cause locale sont d'un diagnostic évident pour qui sait regarder, mais l'examen doit être approfondi, impitoyable, et s'aider d'un éclairage parfait. Aucun point de la cavité buccale ne doit y échapper, et l'on ne doit pas oublier de rechercher attentivement, en s'aidant du miroir, la région de la base de la langue.

II. *Stomatorragie épisymptôme*.

Dans le groupe précédent, la stomatorragie à elle seule constituait toute l'affection : ici, elle n'est plus rien. Elle se réduit la plupart du temps à un maigre épiphénomène de valeur tout à fait secondaire, perdu dans un syndrome plus complexe, et il faut, pour la comprendre et l'expliquer, la réajuster dans son cadre nosologique.

Nous sommes en présence alors d'un purpura. C'est un syndrome hémorragipare, caractérisé par :

a) Des hémorragies cutanées, que les anciens auteurs classaient en pétéchies, vibrices et ecchymoses, selon leur forme et leur étendue ;

b) Des pétéchies des muqueuses, ou suffusions hémorragiques ayant l'aspect de grains de raisin noir ;

c) Des hémorragies, parmi lesquelles les épistaxis et les gingivorragies tiennent le premier rôle, mais où se trouvent associées, selon des modalités innombrables, des hématémèses, mélœnas, hémoptysies, des hémorragies séreuses.

La classification des purpuras est loin d'être arrêtée et subira sûrement de profondes modifications : actuellement on distingue :

1° Les purpuras secondaires ;
2° Les purpuras primitifs.

1° Les purpuras secondaires.

Ils peuvent être infectieux, toxiques ou avitaminosiques.

a) Purpuras infectieux.

Il n'existe pour ainsi dire pas une seule infection aiguë au cours de laquelle on n'ait observé les phénomènes purpuriques ; néanmoins, certaines maladies apparaissent plus hémorragipares que d'autres, et au premier rang, nous citerons la variole, la rougeole, la granulie, la typhoïde, la méningococcie, le typhus et la fièvre jaune.

Parmi les purpuras secondaires dus à une infection chronique, le plus fréquent est l'hérédo-syphilis hémorragique.

b) Les purpuras toxiques se rencontrent très souvent dans des conditions étiologiques les plus diverses, soit qu'il s'agisse d'intoxication endogène (alors, dans l'immense majorité des cas, on retrouve à l'origine ou bien une azotémie, ou bien une insuffisance hépatique) soit qu'il s'agisse d'intoxication exogène : rarement on a affaire à une intoxication par le plomb, le mercure, l'arsenic ou l iode ; actuellement, ce que l'on voit ce sont des purpuras déclenchés par un traitement arsénobenzolique, ou bien une maladie professionnelle chez les ouvriers du benzène.

c) Les purpuras par avitaminose comprennent ce que l'on appelait jadis les états scorbutiques, c'est-à-dire le scorbut et la maladie de Barlow. Ici le diagnostic pourra quelquefois hésiter. Bien entendu, on ne méconnaîtra jamais le véritable scorbut épidémique, maladie des famines, des sièges, des prisons, des expéditions lointaines ; ses signes cardinaux — peau ansérine, hémorragies multiples, décollements épiphysaires, asthénie progressive joints à la gingivo-stomatite ulcéreuse ne permettent aucune confusion. Mais nous connaissons depuis peu, des cas de scorbut sporadique chez des miséreux ou des malades soumis à des régimes carencés trop sévères, où les signes se réduisent au minimum.

Quant à la maladie de Barlow, il faudra y penser souvent en présence d'un enfant saignant des gencives, et soumis à l'allaitement stérilisé. Il faudra rechercher alors l'asthénie, l'impotence douloureuse, l'œdème des membres, dur et douloureux, en manchon, et les fractures sous-périostées sans déplacement.

Telle est la classe des purpuras secondaires. A côté, on a rangé, provisoirement tous ceux dont on n'a pu retrouver l'étiologie certaine.

2° Purpuras primitifs.

On les divise en aigus et chroniques.

a) Purpuras aigus.

Ils affectent trois types principaux :

I. *Purpura rhumatoïde*.

Forme commune et bénigne, observée surtout chez les jeunes sujets : elle est caractérisée par la triade suivante : arthralgies + œdèmes articulaires, crises paroxystiques abdominales (douleurs violentes, vomissements, diarrhée sanglante), exanthème purpurique symétrique. La gingivorragie est ici exceptionnelle.

II. *Purpura infectieux*.

Ici le tableau est beaucoup plus impressionnant, et la rapidité de marche telle que dans la forme de Hénoch par exemple (purpura fulminans), on n'a pas le temps d'assister à la production d'hémorragiques muqueuses, on ne les observe que dans la forme subaiguë ou dans la forme aiguë (typhus angio-hématique de Landouzy et Gomot) dont l'allure se rapproche d'une fièvre typhoïde grave.

III. *Maladie de Wherlhoff*.

Affection rare, frappant presque toujours de petites filles, débutant en pleine santé par une gingivorragie ou une épistaxis, se continuant par ecchymoses énormes disséminées irrégulièrement sur le corps, et évoluant en une dizaine de jours, sans fièvre ni douleurs vers la guérison.

b) Le groupe des purpuras chroniques est à l'heure actuelle bien dépourvu, on y fait entrer cependant deux affections qu'il importe de bien connaître : l'hémogénie et l'hémophilie.

L'hémogénie, isolée depuis 1920 par P.-E. Weil, est encore une maladie mal déterminée, à caractères indécis et flous : familiale, héréditaire, elle atteint presque uniquement les femmes, où elle prend surtout l'allure de la forme génitale, débutant à la puberté, se terminant à la ménopause et alternant avec des hémorragies diverses.

Quant à l'hémophilie, elle aussi familiale et héréditaire, elle se transmet bien par les femmes, mais elle n'atteint que les hommes. C'est une diathèse que le stomatologiste devra redouter comme son pire ennemi, et il devra s'acharner à la dépister au moindre indice. L'enfant qui au moindre choc se fait *des bosses et des bleus*, celui qui saigne des heures pour une piqûre d'aiguille, voilà des candidats tout indiqués à l'hémophilie sporadique. La première avulsion dentaire peut être mortelle, et la question de responsabilité se poserait alors avec une angoissante acuité.

Lorsque l'on soupçonne l'existence de l'une ou de l'autre de ces diathèses hémorragipares, rien n'est plus facile que d'éclairer son diagnostic de façon irréfutable : sans le secours du laboratoire, avec le minimum d'instruments — un tube de verre, du papier buvard et une aiguille ! — on peut pratiquer extemporanément l'examen décisif. Il faut rechercher le temps de saignement et le temps de coagulation.

La première épreuve s'exécute de la façon suivante : on pique légèrement le lobule de l'oreille, et l'on étanche avec du buvard la goutte de sang toutes les dix secondes


INSTRUCTIONS
SIROP DELABARRE
Souffrances des Enfants


OVULES
CHAUMEL
Glycérine Solidifiée
EXIGER LA MARQUE TRIANGULAIRE

jusqu'à assèchement. A ce moment on compte le nombre de taches sur le buvard, on le divise par 6 et l'on obtient ainsi le temps de saignement en minutes.

La deuxième épreuve consiste à laisser reposer une certaine quantité de sang dans un tube à essai, et à noter le temps nécessaire à la séparation du caillot et du sérum. En même temps on observera la rétractilité du caillot.

Or dans l'hémophilie, le temps de saignement peut passer de 2 ou 3 minutes à quelques heures. En tous les cas il dépasse 15 minutes. Par contre, le temps de coagulation est normal.

Dans l'hémogénie, c'est le contraire : le temps de coagulation est considérablement augmenté alors que le temps de saignement est normal. Nous n'insisterons pas sur les autres caractères de l'examen hématologique qui n'intéressent plus le modeste spécialiste de la bouche.

Dans tous les cas que nous venons de passer en revue, les stomatorragies, devant la gravité des autres signes, passent au second plan, et ce n'est pas souvent sur elles que l'on basera le diagnostic. On se borne à les observer au passage, mais comme un incident de minime importance et d'un intérêt restreint.

III. *Stomatorragies cryptogénétiques.*

Ici, l'hémorragie est le signe capital : un examen minutieux ne révèle aucune cause locale ; on ne peut non plus la faire entrer dans un cadre nosologique connu : que faire ?

Deux choses : aller chercher la rate et les ganglions d'abord ; ensuite demander — au laboratoire cette fois un examen cytologique du sang, avec numération globulaire.

Cliniquement, en effet, on peut reconnaître : *a*) une leucémie lymphoïde, où les gingivorragies sont tardives et surviennent à un moment où les ganglions sont déjà hypertrophiés.

b) Une leucémie myéloïde, avec hépato et spléno-mégalie, mais sans gros ganglions. Si l'on y ajoute les troubles cutanés (leucémides) les épistaxis, et les douleurs rhumatoïdes, l'affection devient reconnaissable.

c) La leucémie aiguë. Le diagnostic en l'absence paradoxale de lésions apparentes des organes hémopoiétiques ne sera jamais fait.

Le laboratoire, par contre, n'hésitera pas et nous conclurons avec lui à une leucémie aiguë (hyperleucocytose indifférenciée avec macrolymphocytes à une leucémie lymphoïde lymphocytose) à une leucémie myéloïde leucocytose totale, mêlée, bigarrée avec myélocytes) ou enfin à une érythrémie (polyglobulie).

Et si malgré toutes ces recherches, on ne trouve rien ? Il restera encore une ressource, on songera alors aux stomatorragies des hypertendus, des hystériques (par succions gingivales), ou encore aux hémorragies compensatrices des règles. En l'absence de toute cause, il ne nous restera plus, pour nous conformer à l'usage, qu'à les baptiser d'essentielles.

Pronostic.

Le pronostic des stomatorragies est donc essentiellement variable et l'on ne saurait établir de comparaison entre le porteur d'un appareil blessant et le grand hémophile. Le pronostic dépend donc de l'origine avant tout.

Mais il dépend également de l'importance du saignement et il faut bien savoir que certaines hémorragies, par leur abondance ou leur répétition, mettent l'existence du malade en danger : le choix d'un traitement s'impose alors sans hésitations.

Traitement.

Il va sans dire que le simple suintement sanguin cédera la plupart du temps à de petits moyens thérapeutiques, l'attouchement avec un caustique (eau de Rabel, acide trichloroacétique) avec la pointe d'un galvano ou d'un cryocauthère suffiront le plus souvent. Dans le cas contraire, on passera au tamponnement : on emploiera soit une boulette de coton saupoudrée d'antipyrine, ou d'hémostyl, soit du stents ou de la cire d'abeille appliqués à chaud, soit, ce qui donne les meilleurs résultats, des fragments d'amadou ou mieux de penjawar djambi, conservés anhydres en tubes scellés. Dans quelques cas on assurera la compression de la plaie par un bandage de tête fixant le menton.

Dans les moyennes stomatorragies, ces petits moyens suffiront peut-être, mais il sera prudent de leur adjoindre des hémostatiques faibles, hémostyl et chlorure de calcium par la voie buccale.

Quant aux grandes stomatorragies, il faut frapper vite et fort : si l'état général n'est pas trop inquiétant, on pratiquera des injections d'aremapectine, d'anthéma ou de rétropituine, en surveillant bien son malade attention aux vasodilatations secondaires ! simultanément, on injectera par voie rectale ou sous cutanée du sérum à haute dose.

Si la question vitale se pose, sans hésitation on pratiquera la transfusion en ménageant les susceptibilités des groupes sanguins du donneur et du récepteur, ou l'on opérera d'urgence la ligature de la carotide externe.

Voilà ce que le stomatologiste a le droit et le devoir de faire : quant au traitement étiologique, il est du domaine du médecin qui le conduira à sa guise.

Il nous reste enfin un point à examiner, nous nous trouvons dans l'obligation absolue d'extraire une dent à un hémophilique avéré : que faire ? Nous essayerons d'instituer un traitement prophylactique, par le chlorure de calcium et l'hémostyl et nous le continuerons durant 15 à 20 jours. A ce moment, il sera bon de mesurer le temps de saignement... et de mettre à couvert sa responsabilité.

Conclusions.

La question des stomatorragies est donc des plus complexes : elle confond dans une même description une infinité de choses absolument différentes et qui n'offrent de comparable qu'un élément clinique. Le spécialiste doit donc l'avoir présente à l'esprit car le confrère de médecine générale, embarrassé, lui demandera souvent son avis sur un cas difficile.

En résumé, si l'hémorragie buccale n'est pas de cause locale évidente, si elle n'accompagne pas un syndrome éclatant, il faudra se méfier, penser aux leucémies et se réfugier derrière l'examen du laboratoire qui en dernier ressort prononcera le maître-mot.

Causes atmosphériques des variations morbides. (FOVEAU DE COURMELLES et J. RISLER. *Société de Pathologie comparée*, 12 juin 1928.)

En dehors des taches solaires (G. Sardou et M. Faure) souvent nocives, il y a plus près de nous, dans l'atmosphère terrestre même, des causes purement atmosphériques préparant les terrains morbides. Les pressions atmosphérique et lumineuse sont des éléments d'hémoptysie (Stoïcesco, Baudon, Courcoux,) La pression extérieure dépend aussi de la température qui parait réfrigérée par les taches solaires, ce qui réagit sur nos organismes et la propagation des ondes hertziennes (Lavy).

La lumière qui s'accompagne toujours d'ozone excitant, est cependant souvent absorbée, donc amoindrie, par la couche d'ozone de la haute atmosphère (Fabry et Buisson).

La sol, humide, carbonifère, radifère, favorise cancer, goitre (H. Hartmann, Stélys, Répin).

L'alimentation, production du sol, est influencée par sa préparation, par la lumière y intégrée ou non, la réflexion de celle-ci selon la région plus ou moins ensoleillée, sur les roches, la mer, la neige, la montagne... (Veillard, J. Séval, Sédillot-Foveau de Courmelles).

Un cas intéressant de pathologie préhistorique.

Une pointe de silex dans une vertèbre néolithique.

Par les Drs Ch. MOREL et Marcel BAUDOUIN.

Une pièce d'anatomie préhistorique, d'ordre PATHOLOGIQUE, typique de ce qu'on appelle désormais la PALÉOPATHOLOGIE (1) a été récemment découverte par l'un de nous, au milieu des ossements de l'ossuaire de la *Grotte de Sainte-Enimie*, dans la Lozère (2).

Comme elle est, on peut le dire, *unique en son genre*, sinon de par la lésion elle-même, du moins en raison de la nature du corps étranger de l'os blessé, qui présente des caractères propres à l'accident survenu pendant la vie du sujet porteur, nous croyons devoir la décrire avec tout le soin nécessaire, car elle est bien datée, de par une pendeloque (dent perforée) (3), les squelettes découverts, et par le silex taillé lui-même, qu'on peut classer parmi les *points de flèche ovalaires*, de la fin du *Néolithique supérieur* et même du début du cuivre.

Il s'agit d'une VERTÈBRE HUMAINE de la partie supérieure de la région *dorsale*, dans laquelle est incrustée un admirable spécimen d'une pièce de silex, très finement taillée, d'un diagnostic aisé pour tout préhistorien de carrière.

Ajoutons, de suite, pour fixer définitivement les idées, qu'elle ne dépendait pas d'un sujet bien adulte, mais d'un *jeune homme*, n'ayant pas encore atteint son complet développement.

* * *

Nous décrirons d'abord cette vertèbre, que nous avons eu soin de faire *radiographier* (4) de face, précaution absolument indispensable à prendre désormais dans les blessures de ce genre, comme l'a signalé l'un de nous (4), depuis longtemps d'ailleurs (5).

Nous étudierons ensuite la flèche encastrée dans l'os, en insistant sur les conditions très spéciales de sa pénétration et sur ses caractéristiques techniques.

Nous terminerons par une brève revue d'ensemble des cas analogues déjà observés, mais dont malheureusement la plupart n'ont été publiés qu'avec des détails si peu explicites, si peu circonstanciés et si peu précis, qu'il est presque impossible, dans une étude générale, de faire état de ces trop brèves observations d'anatomie pathologique chirurgicale : ce qui est fort regrettable ! Certes, nombre de ces faits sont représentés par des *dessins* très bien exécutés. Mais aucun d'eux ne s'accompagne de radiographie : ce qui constitue, en l'espèce, une lacune dont l'importance n'échappera à personne et surtout aux médecins. Notre relation, par contre, sera donc la première publiée avec *épreuve radiographique* : et, certainement, ce sera là son principal mérite.

I. La vertèbre pathologique.

1° **Sa détermination exacte**. — La vertèbre est certainement la *deuxième dorsale*, pour les raisons suivantes : apophyse épineuse très rejetée en bas et longue ; articulations *costales* sur le corps et les apophyses transverses ; son volume ; sa forme ; sa *largeur énorme*.

Il ne peut être question de la 1re, ni des 10e, 11e, 12e vertèbres, qui ont des caractères très spéciaux, signalés dans tous les traités classiques d'anatomie. Il ne s'agit pas de la 1re, en effet, malgré la très grande étendue de son diamètre transverse maximum (près de 70 mm.), parce que le *corps*, au lieu d'être très *ovalaire* transversalement et *aplati*, est nettement *cylindrique* ou presque !

En effet, les deux diamètres de la face inférieure sont : D. a. p. = 25 m. ; D. tr. = 28 m. Or, sur une première dorsale adulte, de taille moyenne, on a les chiffres, de D. a. p. = 18 ; D. tr. = 24 ! Différence très grande, comme on voit, et typique.

Mais, comme il n'y a que les première et deuxième dorsales qui atteignent 69 et 70 mm. de diamètre transversal maximum, les troisième, quatrième et cinquième tombant à 60 mm. et 55 mm., il faut diagnostiquer certainement une *deuxième dorsale*, de par le chiffre de 69 mm., quoique sa forme soit encore un peu trop cylindrique pour une vertèbre si élevée !

2° **Age**. — Les épiphyses supérieure et inférieure du corps manquent, n'étant pas soudées encore. Il s'agit donc d'un *adolescent*, et non d'un adulte, ayant moins de 21 ans (Poirier). Nous précisons l'âge encore davantage plus loin. En effet, sur cette vertèbre, les points épiphysaires secondaires spéciaux aux dorso-lombaires (Poirier) (et pas seulement aux *dorsales*), des facettes *costales*, inférieure et *supérieure*, ne sont pas encore soudés au corps, de même que les deux points épiphysaires du dit corps lui-même.

C'est pour cela qu'il n'en existe pas. De plus on ne voit *aucune trace*, sous forme d'*aplatissement* du corps *en haut* (1). Au contraire, pour la facette costale *inférieure* (où il n'y a pas non plus *soudure* d'ailleurs), il existe une trace manifeste, sous forme d'un *aplatissement*, de forme triangulaire, de ce tissu spongieux du corps, en ce point précis.

Comme, d'après P. Poirier (*Tr. d'An.*, t. 1, p. 343), le point épiphysaire des facettes *costales n'apparaît qu'à 18 ans* (la *soudure* se faisant après 21 ans), il semble résulter de là que le sujet auquel appartenait la dite vertèbre *n'avait guère plus de 18 ans*, puisqu'il n'y a aucune trace de *répercussion sur le tissu spongieux* (le point épiphysaire costal inférieur le prouve), au niveau du point épiphysaire costal supérieur.

3° **Anomalie**. — De plus, il manque, sur l'apophyse transverse droite, en avant, la *facette costale transversale*, soit par anomalie, puisque celle de gauche, bien normale et soudée, est en place convenable ; soit par absence de soudure du point épiphysaire correspondant.

Nous concluons plutôt à une *anomalie congénitale*, en raison de l'aspect de la face antérieure de cette apophyse transverse, qui, en effet, présente une *dépression* allongée, au lieu d'avoir là une légère *saillie* !

4° **Hauteur du corps**. — Cette vertèbre, sans les épiphyses du corps, ayant 16 mm. d'épaisseur, pour, sur un sujet ordinaire, trouver un corps aussi haut, il faut descendre au moins à la *deuxième dorsale*.

5° **Apophyse épineuse**. — De même l'apophyse épineuse donne, pour sa longueur, environ 25 mm. ; mais, comme elle est brisée à son sommet, on ne peut pas utiliser cette mesure (2). Cette dernière au demeurant indique, en apparence, une vertèbre de ce rang, car plus bas les apophyses dépassent 30 mm. et sont bien plus allongées.

6° **Largeur maximum**. — Le diamètre transversal maximum (extrémité des deux apophyses transverses) donne ici, au moins 69 mm. (3). C'est un chiffre *énorme* ! Et, pour retrouver une telle dimension sur l'adulte moderne, il faudrait aller jusqu'aux vertèbres lombaires, en dehors des *deux premières dorsales*. Qu'est-ce que cela veut bien dire ce chiffre de 69 mm. ?

Tout simplement que la longueur des apophyses transverses était au Néolithique supérieur *encore plus considérable qu'à l'époque moderne*, pour les premières dorsales.

Certes, c'est là un fait *nouveau* en anatomie ! Mais il avait déjà été remarqué par l'un de nous, dans des études antérieures (4 et 5).

---

(1) Cf. L.-R. MOODIE. — *Paléopathologie*. — Chicago et Urbana, Illinois, gr. in-8°, 1923, nombr. fig.

(2) Cf. Marcel BAUDOUIN et Dr MOREL. — *La Grotte de Sainte-Enimie (Lozère). Son mobilier et son ossuaire* (Manuscrit inédit).

(3) L'excellente radiographie que nous publions est due au docteur CABANIOLS, chirurgien de l'hôpital de Mende, que nous tenons à remercier ici.

(4) Marcel BAUDOUIN. — *Emploi de la radiographie en pathologie préhistorique*. (*Nouveau Journal de médecine*, Par., 1923, 20 août, p. 250-251, 2 fig. ; *Journal officiel*, 1923, 18 mars, p. 2597).

(5) Marcel BAUDOUIN. — *Inclusion de silex taillé révélée par la radiographie dans les os préhistoriques*. (*Progrès médical*, 1924, 15 mars, n° 11, p. 170-173, 5 figures).

(1) Il n'existe pas, en arrière du point d'implantation de la flèche, une petite perte accidentelle de tissu osseux. Mais il y a simplement là un aplatissement du tissu spongieux. Sous les yeux du Dr Morel, quand il a dégagé le silex de la terre durcie qui la cachait, il est tombé de ce point une partie osseuse.

Il est probable que cette petite portion d'os correspondait à l'un des points épiphysaires secondaires, non encore soudé.

(2) En anthropométrie, on mesure cette *apophyse épineuse*, en partant de la ligne horizontale qui réunit les bords postérieurs des apophyses articulaires inférieures.

Cette manière d'opérer est plus logique que celle qui part des apophyses supérieures ou du bord postéro-supérieur du canal rachidien.

(3) Mais on verra plus loin que ce chiffre est faussé par ce fait qu'il n'y a pas *soudure* d'un côté de la *facette costale transversale* ou par son *absence*.

(4) Marcel BAUDOUIN. — *Les vertèbres cervicales néolithiques de l'ossuaire des Cous (Vendée)*. (*Arch. prov. de Chirurgie*, Par., 1915, n° 7 et 8).

(5) Marcel BAUDOUIN et Edmond HUE. — *Sur les vertèbres lombaires des Néolithiques*. (*Bull. de la Soc. préh. franç.*, 1912, 25 avril. Tiré à part, 1912, in 8°, 11 p., fig.)

Marcel BAUDOUIN. — *Le Canal rachidien à la région lombaire chez l'Homme préhistorique*. (*Bull. et mém. Soc. d'Anthr. de Paris*, 7 octobre 1915).

BIBLIOGRAPHIE

Le terrain dans l'évolution de la syphilis, par J.-J. Sédillot. Ancien interne des hôpitaux de Paris : 20 francs Arnette, éditeur, Paris.

La conception actuelle de la syphilis est, si l'on peut dire, fonction de formules mathématiques. Le laboratoire a dressé, au-dessus des faits, des équations ; thérapeutiques, diagnostiques, pronostiques. Le livre de Sédillot constitue une salutaire reaction en faveur de la clinique, noyée ailleurs sous la chimie ou l'algèbre. L'auteur remet en première place le facteur capital du problème : le terrain sur lequel évolue la maladie et il tire de ses observations de curieuses déductions. Il expose avec d'impressionnants arguments une séduisante conception du rôle bien inattendu des germes pathogènes banaux symbiotiques du tréponème, imprimant leur signature propre aux accidents divers de la syphilis toujours semblable à elle-même. Et il en découle de cette constatation des directives thérapeutiques simples, qui ont (comparées à telles autres), l'avantage de ne pas rejouer sur le dos des patients le rôle louable et désastreux du pavé de l'ours. Le livre foisonne d'idées neuves, hardies, bousculant avec vigueur les théories classiques et leur majestueux porte-bannières, et il se termine par de judicieux conseils de pratique syphiligraphique dont n'auront certainement qu'à se louer les malades soumis à leur application. Jean Séval.

L'Hystérie. Crises et Séquelles, par R. Benon. 1 vol. in-16, 184 pages. Prix : 15 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

L'auteur expose librement dans ce petit livre la conception de l'hystérie de J. Tastevin. Dans l'étiologie, assez courte, l'auteur établit le rôle de l'émotion énervement chez l'hystérique (énervement provoqué et énervement spontané). Il décrit en détail les signes de la crise d'hystérie, puis, plus brièvement, les séquelles. Après la relation d'une observation type, il étudie le diagnostic : diagnostic de la simulation, diagnostic positif, diagnostic différentiel (épilepsie), diagnostic causal. Diverses considérations sur le pronostic, puis sur la médecine légale (capacité civile et pénale, accidents du travail, médecine militaire, assurances sociales), précèdent le traitement des crises (isolement, persuasion, mariage, hydrothérapie, hypnotisme, voyages, médicaments). L'auteur enfin a rédigé un petit chapitre thérapeutique sur l'hystérie chez les enfants.

Encyclopédie par l'image, Rubens. 95 illustrations. Texte de M. Bayet. Un vol. in-8 sur papier de luxe, couverture en couleurs, broché : 4 fr. Librairie Hachette.

A l'époque romantique, Delacroix, après Watteau, étudia et célébra avec le génie de Rubens. Son témoignage mérite de demeurer :

« Quel enchanteur ! Je le boude quelquefois, je le querelle sur ses grosses formes, sur son manque de recherche et d'élégance. Qu'il est supérieur à ces petites qualités qui sont tout le bagage des autres ! Rubens ne se châtie pas et il fait bien... sa principale qualité, s'il est possible qu'il en faille préférer quelqu'une, c'est la prodigieuse vie... Titien et Véronèse sont plats à côté de lui. »

On se réjouira donc de voir l'« Encyclopédie par l'image » lui consacrer un de ses fascicules, galerie superbe de 95 reproductions de l'œuvre immense et magnifique du Maître flamand.

« Société médicale de Saint-Nectaire » Clinique thérapeutique de Saint-Nectaire. Préface de M. le professeur Rathery. *L'Expansion scientifique Française*, 23 rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Un volume in-8° couronne de 64 pages. Prix : 8 fr.

Les membres de la «Société médicale de Saint-Nectaire » ont réuni dans cet ouvrage quelques-uns de leurs travaux sur cette station de façon à donner au praticien une vue des différents aspects cliniques de la thérapeutique nectarienne.

Quelques aperçus historiques et cliniques sur l'action des cures thermales dans le traitement de la stérilité chez la femme, par le Dr Piatot de Bourbon-Lancy. *Expansion scientifique Française*. 23 rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Un volume de 156 pages, in-8° carré. Prix : 12 fr.

Après un historique des faits légendaires ou authentiques des cures hydrominérales dans le traitement de la stérilité, l'auteur a étudié les causes de la stérilité et les cas cliniques les plus habituellement observés ; puis il a passé en revue les cures thermales qui se proposent d'agir sur les causes de la stérilité avec la technique de ces cures eaux chlorurées fortes, eaux sulfureuses, eaux indéterminées radioactives.

Psychologie des animaux, par F. Buytendijk. Préface de M. Ed. Claparède. Avec une note du Dr Lepinay. Traduction française du Dr Bredo. Un volume in-8° de la *Bibliothèque Scientifique*, 56 illustrations, 25 fr. Payot, 105, boulevard Saint-Germain, Paris.

« M. Claparède termine sa préface en disant « cet ouvrage a le grand avantage de souligner des faits qui posent autant de problèmes que les théories courantes ont trop souvent escamotés au lieu de les regarder en face ».

« Comme cette phrase est vraie, tout particulièrement pour la psychologie animale

« Regarder en face, observer, comparer, recommencer de nombreuses fois, poser le problème de multiples façons, lui chercher non pas une solution, mais le plus grand nombre possible et surtout ne pas se prononcer trop tôt à la légère.

« C'est dire que les études de psychologie ne doivent pas être des théories émises du haut de la chaire ; elles ne peuvent pas être non plus le fruit d'un travail de laboratoire ou de cirque.

« Quand je pense qu'ici on a failli fonder des cirques psychologiques pour étudier le comportement des animaux ! Le bon sens a triomphé et, sous la pression de l'école de psychologie, on a compris que pour bien connaître bêtes et gens, il faut non pas les claustrer, mais les laisser évoluer et les observer dans toutes les manifestations de l'existence, sans jamais les troubler ou les impressionner, et surtout vouloir les domestiquer d'abord, pour les juger ensuite. Le dressage ! mais il ne nous apprend rien des animaux, sinon qu'il existe quelques bons dresseurs et beaucoup plus de mauvais.

« Mais là c'est une autre histoire et je conclus en répétant qu'à mon sens l'ouvrage du professeur Buytendijk doit être lu par tous — psychologues, vétérinaires, éleveurs, chasseurs, dresseurs, utilisateurs du cheval, zoophiles. Il apprendra à tous à mieux connaître et à savoir apprécier l'animal. »

Poids. — Le poids de la vertèbre et de la pointe de flèche est de 16 grammes environ, sans les épiphyses. Une deuxième dorsale néolithique, jeune, de la Ciste des Coux, à Bazoges-en-Pareds, trouvée dans un galgal à calcaire sur sol calcaire, atteint le poids de 15 grammes, sans épiphyses également.

II. La pointe de flèche.

1° **Dimensions.** — Il est impossible de déterminer le *poids* de la pointe de flèche. Mais la radiographie nous donne sa *longueur* maximum, qui est de 30 mm.

a) La *largeur* fournie par la pièce même au contact de la vertèbre est de 8 mm.

L'*épaisseur* à la base de la soie est de 2 ...

b) La *soie* mesure elle-même 10 mm. de long et 5 mm. de largeur maximum.

Les pointes, ébauches d'ailerons, n'ont guère que 2 mm. de chaque côté. Elles résultent simplement de la taille de la base de la soie. — Un tel objet de silex ne peut guère peser plus de 2 grammes.

Le silex bleu gris est admirablement taillé à la soie, où l'on note de très fines retouches parallèles, typiques du Néolithique supérieur et même du cuivre.

2° **Formes.** — C'est là un superbe spécimen des *pointes de flèche ovalaires ou ogivales*, à ébauches d'ailerons, pourvue de SOIE, bien délimitée et de forme triangulaire, comparable à celle des premiers poignards en cuivre.

Ce qui distingue nettement ces pièces de celles *à pédoncules* et *à barbelures* très accentuées, plus classiques de forme, mais plus anciennes généralement !

Ce genre de pièces rentre dans la catégorie que Déchelette a appelée « *Pointes à pédoncule sans barbelure* ».

Mais nous préférons de beaucoup le terme de « *Pointes ogivales à soie* », bien plus compréhensif, permettant, d'autre part de distinguer le « pédoncule » étroit de la « *soie* » triangulaire à base large et pointe effilée.

Les bords de la flèche sont, bien entendu, échancrés de petites dents très peu profondes, représentant la trace des retouches obtenues par pression lors de leur fabrication.

Cette variété de pointes s'observe surtout dans le midi de la France, parce que là les sépultures sont tardives. En Saône-et-Loire et dans l'Ouest, ce sont, au contraire, les flèches à barbelures marquées qui dominent.

Malgré la petitesse de l'objet, nous inclinons à croire qu'il s'agit d'une pointe de *javelot* ou d'une pointe de *petite lance* (1), et non pas d'une véritable pointe de flèche. Nous allons voir plus loin pourquoi nous croyons pouvoir poser un tel diagnostic !

III. Radiographie

La radiographie a été prise de haut en bas, c'est-à-dire la face inférieure de la vertèbre appliquée sur le châssis, avec mise au point sur *cette face inférieure*, puisqu'on ne voit pas sur l'épreuve trace du petit trait de fracture de la face supérieure (2) Fig. 1.

Celle-ci montre qu'il n'y a ni *condensation* osseuse, ni *raréfaction* du tissu spongieux, autour du corps étranger.

Elle prouve, d'autre part, une fois de plus, comme l'a démontré M. Baudouin dans ses recherches avec le Dr Foveau de Courmelles, relatées par le Dr Rouillon dans sa thèse de doctorat (3), que les silex impressionnent les plaques *d'une façon différente* que le *tissu osseux* (4) et qu'il faut toujours radiographier les pièces de ce genre (5) pour être complètement renseigné.

Pénétration dans l'os. — La flèche a pénétré par le côté *droit* de la vertèbre, à peu près à milieu hauteur, à 10 mm. en avant du trou vertébral (6).

Mais elle n'est pas *entrée* dans l'os en *position horizontale*. Elle y a pénétré, au contraire, certes, mais pas verticalement, et avec environ 15° d'*inclinaison* en avant pour son bord supérieur. C'est là un fait à souligner.

De plus la pénétration n'a pas été *absolument horizontale* : fait très important à noter également !

Le grand axe de la flèche se dirige, en effet, vers le centre du corps, en faisant, avec les faces horizontales, un angle de 10° environ, *ouvert en dedans* et un angle de 20° avec la perpendiculaire) à l'axe antéro-postérieur de la vertèbre.

Il en résulte que le projectile — si projectile il y a eu ! — a pénétré de BAS (1) EN HAUT, et *non pas horizontalement* (2). Mais, de plus, s'il était agi d'une FLÈCHE qui forcément *arrive par le haut*, il aurait fallu trouver une disposition inverse, c'est-à-dire une inclinaison de *haut en bas* ! Ce qui, indiscutablement, n'existe pas ici.

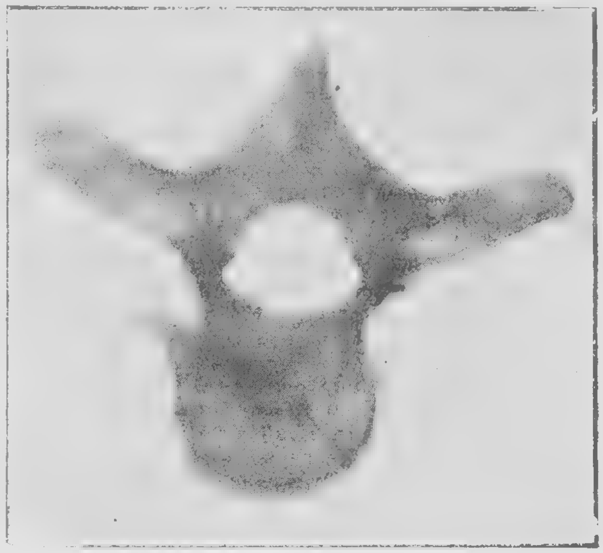


FIG. 1. — Deuxième vertèbre dorsale d'un adolescent, présentant une *pointe de flèche*, en silex taillé, incluse dans le corps.
Radiographie. — Grandeur naturelle.

Comment cela a-t-il pu se faire, puisque, par contre, dans le haut du thorax, la flèche a dû passer inévitablement par le *second espace intercostal*, très peu large cependant, comme on sait ? Il est vrai qu'elle y est entrée, en *position oblique à* 15°. Mais cela n'est pas suffisant pour faire comprendre une telle pénétration !

On est, par suite de ces constatations — si l'on admet une intervention sur *le vivant*, l'homme *à terre*, debout ou même couché sur le sol et sur le flanc, — obligé d'admettre qu'il ne peut pas s'agir d'un projectile dit Flèche !

Pour qu'une telle lésion soit possible, en effet, il faut que le silex ait été manié, non pas comme une flèche, mais comme une LANCE, manœuvrée à la main, par un homme de stature assez haute, mais pas trop élevée.

Certes, il est extraordinaire que les Néolithiques se soient servi de lances à *pointes aussi petites* ! Mais, en somme, cela est fort possible toutefois.

Absence de réaction osseuse. — Cette pièce soulève d'autres problèmes, car il n'y a *aucune réaction pathologique* sur la vertèbre blessée : pas la moindre ostéite ; pas le moindre ostéophyte ; pas la moindre production osseuse, indiquant une réaction

(1) Cette terminologie n'est pas celle de Déchelette ; mais elle est plus conforme aux faits.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *Radiographies d'os humains pathologiques de la pierre polie (avec silex inclus)*. (C. R. Ac. des Sc., Par., 1923, 12 mars).

(3) ROUILLON (Dr). — *Lésions osseuses préhistoriques de la Vendée*. (Thèse, Paris, 1923, in-8°. — Cf. p. 142 et planche de comparaison, fig. 33).

(4) Marcel BAUDOUIN. — *Corps étranger en os inclus dans un astragale humain de la Ciste néolithique des Cous*. (*Bull. Soc. Preh. de France*, Par. 1918, n° 2, février, p. 187-8 (Radiographie impuissante).

(5) Si la flèche avait été en os la radiographie par contre n'aurait sans doute rien donné, comme ce fut le cas pour l'astragale cité ci-dessus ! (Cf. *Médecine internat.*, 1922, juin).

(6) Il est une remarque qu'il faut répéter souvent, car elle est peu connue.

On croit toujours que la radiographie par *application* directe d'un os sur plaque donne les dimensions *exactes* de l'objet à l'épreuve sur papier. Il n'en est rien. Toujours l'*os est agrandi* ! Et cette radiographie en est une preuve.

Le diamètre transversal maximum mesuré avec un compas osseux de précision donne seulement 69 mm., comme on l'a vu plus haut ; et cette radiographie donne 71 mm. La différence est de 2 mm. Ce qui est notable.

Physiquement la chose est facile à comprendre ; mais les médecins n'y pensent jamais !

(1) Sur la radiographie l'angle que fait l'axe longitudinal de la flèche avec l'axe antéro-postérieur est exactement, en effet, de 110° (mesuré au rapporteur, et non pas de 135° (90° + 45°) : ce qui donne bien 90° + 20 = 110°.

(2) La pointe de la flèche est distante du côté gauche de la vertèbre de 6 mm. seulement. A ce niveau elle est rendue à 15 mm. du canal rachidien, après avoir pénétré dans l'os à 10 mm. seulement. Ces chiffres montrent bien l'obliquité en avant de son trajet. Elle n'a pu pénétrer dans le thorax que par le côté et dans le *second* espace intercostal, bien entendu.

Il y a un petit trait de fracture du tissu spongieux au-dessous de la flèche ; mais il n'atteint pas la face inférieure.

réparatrice et un tissu de nouvelle formation autour du point d'implantation.

On ne voit, à la face supérieure, qu'un petit *trait de fracture* (non cicatrisé), partant du point d'entrée, et atteignant à peine le centre du corps, indiquant un *éclatement* par *distension* osseuse, mais seulement à la partie supérieure du tissu spongieux. En effet la face inférieure est absolument indemne de toute trace de violence ; ce qui confirme bien l'idée de pénétration de *bas en haut*, et non pas de haut en bas (1).

Hypothèses. — 1° Il n'y a qu'un moyen de résoudre le problème qui se pose. C'est de supposer que le blessé était monté sur un arbre, quand l'archer lança sa flèche contre lui, ou grimpé sur un lieu élevé (rocher, etc.).

Dans cette hypothèse, le traumatisme a pu lui faire perdre l'équilibre ; et, alors, il serait tombé sur le sol ou dans un ravin ; et il se serait tué sur le coup.

Cette explication, qui semble plausible, rendrait compte de toutes les constatations matérielles (côté *droit* de la lésion, etc), avec l'hypothèse FLÈCHE.

2° Si l'on ne veut pas l'accepter, il faut alors se rabattre sur une autre façon de voir les choses et songer au *javelot* ou à la *lance*, maniés à la main. Mais, alors, la blessure étant à droite, il faudrait supposer que l'attaquant était non droitier, mais gaucher : autre hypothèse très défendable également, mais impossible à prouver, bien entendu.

La blessure, par la gêne et la douleur qu'elle a provoquée, a pu empêcher la fuite du sujet qui, rejoint facilement par ses adversaires, a été massacré par eux immédiatement.

On peut donc expliquer l'état des choses en disant que le *sujet n'a pas survécu à sa blessure* et est mort en quelques jours et très rapidement.

Mais il faut ajouter de suite qu'une telle plaie n'étant nullement mortelle, puisque l'*aorte*, étant à gauche et au-dessous, n'a pas pu être traversée par le projectile, n'est pas suffisante pour expliquer un décès immédiat.

Dès lors, ou *la pointe* de flèche, en blessant une artère du *cou* ou une artère intercostale, a amené une hémorrhagie très grave dans la plèvre ; ou bien le sujet a succombé à d'autres blessures, plus graves, celles-là mortelles, et concomitantes, dues à une chute d'un lieu élevé par exemple ou à une attaque quelconque.

3° Mais, si l'on se trouvait en présence d'un autre silex, par exemple une *flèche à tranchant transversal*, qui n'est qu'un petit *tranchet*, on pourrait admettre aussi bien un *accident de décarnisation*(2) sur un cadavre déjà dépecé. Mais ici cette hypothèse n'est pas soutenable vu la *profondeur de l'enfoncement* et surtout la nature de l'objet corps étranger.

Il faut donc s'en tenir à l'hypothèse de JAVELOT ou de PETITE LANCE, car la logique oblige à abandonner l'idée de *flèche*, c'est-à-dire d'un projectile maniée à l'aide d'un *arc*, comme d'ordinaire.

IV. Remarques d'ensemble sur les corps étrangers en silex des vertèbres préhistoriques.

I. LES FAITS DÉJÀ PUBLIÉS.

A. — *Pointe de flèche, de javelot, de lance, de poignard, etc.*

Les Observations. — Il ne faut pas s'étonner de nous voir rapporter au Cuivre la pointe de lance en question. En effet, les deux cas de blessure vertébrale analogues, figurés par Déchelette (T. I., p. 499, fig. 175, n°s 3 et 4), se rapportent précisément à des sépultures manifestement de l'âge du Cuivre : la grotte de Coizard, vallée du Petit-Morin (Marne) (3) ; la grotte du Castellet, commune de Fontuvieille, près Arles (B.-du-R.) (4) (pénétration par la face antérieure) (Musée d'Arles).

Mais ces cas sont assez différents, quoique le silex, là aussi, soit entré par le côté DROIT. Quant à la vertèbre blessée par une pointe de silex dans le gisement de Montfort (5), citée aussi par Déchelette, elle est de nature distincte, car il s'agit d'un CERVIDÉ et d'une *pointe de poignard* (6), qui, si la vertèbre est une *dorsale*, avait pénétré par derrière et avait *coupé la moelle épinière*, blessure autrement grave (7) :

(1) Dans ce cas, en effet, la fracture se serait produite sur la *face inférieure*.
(2) Voir, plus loin, l'observation du Baron de Baye.
(3) DE BAYE. — *Arch. preh.*, 2e édit., p. 232.
(4) CAZALIS DE FONDOUCE. — *Allées couvertes de la Provence*, II, 1878, p. 11, fig. 18.
(5) *A. F. A. S.*, 1894, p. 751.
(6) Et non pas d'une pointe de flèche ou de javelot ou de lance.
(7) La moelle épinière, on le sait, n'atteint pas la première lombaire d'ordinaire, chez l'homme du moins !

I. V. de M. de Baye.

En réalité, dans les Grottes de la Marne, M. de Baye a récolté, non pas une, comme l'a dit Dechelete, mais trois vertèbres, perforées par les lames de silex, qu'il a figurées dès 1880.

Dès 1884, de Quatrefages en a reproduit deux (1). Mais ces deux faits se trouvent à nouveau dans la seconde édition du livre de J. De Baye en 1888 (2) et sont dits se rapporter le premier à la grotte de Coizard, les autres à celles de Villevenard.

1° V. de COIZARD (Lombaire). — La vertèbre de Coizard (fig. 25 du texte) est une vertèbre LOMBAIRE supérieure, dans laquelle une lame de silex, en forme de couteau pointu très aigu, a pénétré par le flanc DROIT et est entrée par la face latérale correspondante de l'os. La base de la lame a été cassée, car le bulbe de percussion a disparu ; la pointe s'est enfoncée profondément exactement au milieu de l'os et horizontalement : mais elle n'a pas traversé. Le tissu spongieux n'est pas éclaté. Il ne semble pas y avoir eu de réaction osseuse ; et la mort a dû être prompte.

Le silex mesure 60 mm. de long et 15 mm. de large à sa base. Son épaisseur est très faible. M. de Baye y voit une pointe de flèche. Il semble s'agir plutôt d'une lame de poignard, plus longue, qui s'est brisée.

2° V. DE VILLEVENARD (Lombaire). — Dans le fait de Villevenard, il s'agit encore d'une lame de silex du même genre, mais plus épaisse. Elle se trouve aussi sur une *lombaire*.

Elle est entrée par la face *antérieure* presque horizontalement au milieu et un peu à gauche. Nous ne pouvons y voir qu'une pointe de *lance*, ayant traversé toute la cavité abdominale et par suite ayant entraîné une mort rapide.

Broca, qui a vu la pièce, a constaté la solidité de l'enfoncement : ce qui appuie notre raisonnement. Il ne peut s'agir là de pointes de flèches, quoiqu'ait pensé à ce sujet M. de Baye ; la pénétration est trop profonde et trop solide. On a dû pousser très vigoureusement l'arme pour produire de tels traumatismes !

II. — V. de Cazalis de Fondouce (Lombaire).

1° La vertèbre humaine de la grotte du Castellet a été décrite par Cazalis de Fondouce. Celle-ci était une *première lombaire*. Le trait avait pénétré par le flanc *droit* et en touchant l'os la pointe s'était cassée. Mais la flèche avait été si vigoureusement lancée que, bien que ne présentant plus qu'une tranche de 5 mm. de largeur, elle était enfoncée de 25 mm. dans le corps de l'os.

La vertèbre est nettement perforée sans éclat ni mâchure. Le fond du trou est carré, comme la cassure du projectile : ce qui prouve bien que celle-ci était brisée et privée de sa pointe, quand elle a pénétré dans la substance osseuse.

Enfin l'absence de toute exostose ou de toute trace d'un travail réparateur de l'os indique que la mort a dû suivre immédiatement la blessure.

La longueur totale de cette flèche, avec son talon parfaitement intact, mais sans la pointe, est de 47 millimètres.

Il s'agit, bien entendu ici, d'une flèche *ogivale*, sans soie ni barbelures.

Dans cette sépulture, on avait trouvé en outre 33 pointes de flèches ! Mais rien ne prouve qu'elles aient été situées dans les *chairs* des morts ! Ce chiffre de 33, qui est *fatidique* (3×11 33 ; $33 = 3 \times 10 + 3$), ne plaide pas en ce sens. Il doit s'agir là d'objets de culte, symboliques, comme ailleurs, en réalité.

III. Les V. de Prunières (3).

1° (1re *Vertèbre* (Lombaire). — Il s'agit d'une vertèbre LOMBAIRE dans le corps de laquelle est implantée la pointe de flèche. Le trait est entré par le flanc gauche et a pénétré *en entier* dans l'os. On n'en voit que le pédoncule.

Le sujet a guéri, car il y a eu production d'une cavité à parois recouvertes d'une pellicule de tissu cicatriciel, qui entoure le pédoncule et la face postérieure du corps étranger. Le trait n'est fixé à l'os que par sa face antérieure et sa pointe. Un bourrelet osseux très lisse, de nouvelle formation, entoure le pourtour de l'ouverture. Il est à peine saillant d'ailleurs. Il semble, que, dans ce cas, il y ait eu *suppuration* de la plaie, en raison du vide observé. Mais le tissu osseux central est resté sain.

2° V. DE PRUNIÈRES (*Lombaire*). — Vertèbre *lombaire*, présentant sur la face antérieure de son corps une *cavité cicatrisée*,

(1) DE QUATREFAGES. — *Hommes fossiles*, etc. — Paris, 1884, in-8°, fig. 70 et 71, p. 132-133.
(2) J. DE BAYE. — *L'Archéologie préhistorique*. — Paris, 2e édit., 1888, in-16°, p. 232-235, fig. 35 et 36.
(3) PRUNIÈRES. — *Blessures des os humains préhistoriques*. (A. F. A. S. 1882, p. 826 et seq., figures.)

où il a dû y avoir une pointe de flèche, tombée. En effet, M. le Dr Prunières a trouvé, dans le dolmen de Beaumes-Chaudes, à côté de cet os, une pointe de flèche, recouverte d'une couche de stalagmite osseuse, qui ne pouvait provenir que de là (1).

3° V. de Prunières (Caverne d'Aragon (*Lombaire*). — Vertèbre *lombaire*, présentant dans toute sa longueur la moitié d'un beau silex, dont l'autre moitié est cachée dans le tissu spongieux de l'os. Aucun vide autour du silex. Toutes les cellules du tissu spongieux sont ouvertes autour et au-dessus.

La flèche est entrée par derrière et de droite à gauche. Le canal médullaire n'a pas été atteint. Mais le sujet est mort de suite.

4° V. de Prunières (*Lombaire*). — Vertèbre *lombaire*, avec une flèche fichée dans la paroi latérale *gauche*, « laquelle avait dû traverser l'*aorte* ». Ici aucune trace de tissu cicatriciel. Mort rapide sans doute.

5° V. de Prunières (?). — Dans le dolmen de l'Aumède, à Chanac (Lozère) (2), on a trouvé une vertèbre humaine, avec pointe de flèche en silex ; mais Prunières, qui n'a fait que citer ce cas, n'a donné à cette époque (1876) aucun détail utilisable dans cette discussion.

Il ne spécifie pas, malheureusement, de quelle vertèbre il s'agit.

Nous croyons que cette pièce ne fait pas double emploi avec les précédentes, vu la date de sa publication (3).

IV. Vertèbres diverses.

1° La Tourasse (*Lombaire*). — Le fait le plus connu de vertèbre humaine traversée par une flèche en silex est celui de La Tourasse (Haute-Garonne), commune de Soulogne, quoique Déchelette l'ait oublié (4) ; c'est d'une flèche à pédoncule et à deux barbelures, bien fixée dans l'os, qu'il s'agit.

La pièce a été trouvée dans la grotte qui a fourni les pièces ayant servi à établir l'époque dite *Tourassienne* par G. de Mortillet.

Dans ce cas, le corps étranger est enfoncé dans une vertèbre *lombaire*, mais très inclinée *vers le bas*. Il est presque horizontal.

Là encore le projectile a pénétré par la *face antérieure*, c'est-à-dire a dû au préalable traverser toute la cavité abdominale : mais sa position est conforme à l'idée « flèche ». — La flèche a pénétré *verticalement*, bien au milieu du corps, si bien qu'une barbelure est en bas et l'autre en haut ; mais les barbelures sont très courtes, car elles sont restées bien visibles avec le pédoncule.

Il n'y a pas eu de cicatrisation osseuse. Mais, dans l'espèce, cela se comprend fort bien, la flèche ayant traversé l'abdomen !

Il y a eu là *plaies de l'intestin* en même temps et par suite péritonite traumatique rapide ! La mort s'en est suivie bien vite. Il est par conséquent peu probable qu'on trouve jamais des pointes de flèche fixées sur la partie *antérieure* d'une vertèbre *lombaire* et ayant pu déterminer une *ostéite* fixatrice.

Au contraire, la chose est fort possible, quand les blessures sont latérales ou postérieures, comme le montre l'un des cas du Dr Prunières en particulier (obs. n° 1).

2° Les Eyzies. — Un des faits les plus classiques est celui de Lartet, qui se rapporte à une vertèbre trouvée dans la grotte des Eyzies (5). Nous ignorons quelle région vertébrale fut atteinte. Il s'agit là d'une flèche de silex, à pédoncule et à deux barbelures, ayant pénétré par la *partie antérieure* dans le corps même.

* * *

Certes, ces blessures sont d'explication délicate, car il a fallu que la flèche *ait traversé tout l'abdomen*, lancée par un arc puissant ! Ici l'hypothèse *javelot* étant difficile à concilier avec la forme du corps étranger, on reste perplexe devant un tel traumatisme, qu'il semble très difficile de répéter expérimentalement. Il faudrait expérimenter avec des tireurs à l'arc d'Afrique ou d'Océanie. Nous n'avons plus d'arcs capables de provoquer une telle lésion ! Nos flèches ne peuvent aller se fixer sur les vertèbres, même lombaires, après avoir traversé tout le ventre, et perforé la masse intestinale !

3° V. de Santa-Cruz (*Lombaire*). — Hoffmann, pour l'Amérique, a publié un cas de pointe en silex dans une vertèbre (1) et l'a figuré.

Il dit qu'il s'agit d'une vertèbre *lombaire* d'Indien, trouvée en 1881 dans l'île de Santa-Cruz, en face Sancta-Barbara, sur la côte de Californie, attaquée par le côté gauche et par derrière.

Il s'agit d'une pointe allongée et très ogivale, certainement une *pointe de javelot* ou de *lance* en réalité, à base rompue, mais à sommet encastré assez profondément, au moins 18 mm. En raison de la force de pénétration l'apophyse transverse *gauche* a été brisée et la fracture a été assez étendue pour détacher l'apophyse articulaire supérieure. La plaie osseuse n'est pas cicatrisée et le blessé a succombé à ses blessures. L'auteur ne parle pas d'ailleurs de pointe de flèche, mais dit textuellement « *pointe de lance*, en jaspe crème ». Le coup a été très fortement porté. Ici, aucun doute. Le traumatisme est dû à une *pointe de plance* ans le côté gauche ; et tout s'explique bien.

On a cité une pointe de flèche dans une vertèbre dorsale, fixée dans l'os d'un vieillard et trouvée dans l'un des Mounds de Brehtwood (Tennessee), aux Etats-Unis (2). Ce corps étranger put être retiré assez facilement ; donc la blessure avait dû être mortelle.

4° S. de la Lave (*Sacrum*). — Nous rapprochons de ces observations le fait suivant qui se rapporte au *sacrum*, c'est-à-dire aux vertèbres *pelviennes soudées*.

Il a été découvert dans la grotte de La Lave, en Vaucluse, et fait partie des collections Deydier.

La flèche est assez profondément enfoncée en dehors et à *droite* de la crête sacrée ; mais elle est *brisée* au ras de l'os. Cette blessure ne pouvait avoir aucune influence sur la vie du sujet. Et, de fait, la plaie osseuse présente *sur ses lèvres des signes de cicatrisation* manifeste. C'est probablement, en cherchant à retirer la flèche de la plaie, qu'elle aura été brisée, la pointe restant dans l'épaisseur du sacrum ! — Le côté droit s'explique par la droiterie de l'attaquant, agissant sur la fesse du blessé qui se trouvait en face de sa flèche, partie à droite, à plus ou moins grande distance.

Ce cas montre nettement l'usage des *flèches*, comme moyen d'attaque contre l'homme, mais ne prouve rien en faveur de l'idée *Guerre*, c'est-à-dire de bataille avec *Armée organisée* (3).

5° V. de Miller (*Lombaire*). — Aux Etats-Unis, M. G. Miller (4) a décrit une vertèbre *lombaire* ancienne, transpercée par une longue pointe de poignard en *bois de cerf*, ou sorte d'épieu, dont la figure a été publiée par Roy L. Moodie (5).

Mais ce corps étranger n'étant pas en *silex*, nous n'y insistons pas davantage.

V. Les Vertèbres d'Animaux.

L'auteur de la *Paleopathology* a reproduit Pl. LXX les deux cas de de Baye, d'après Verneau. Mais il y a ajouté un autre cas, dû à M. Verneau, dont nous n'avons pas trouvé trace ailleurs, s'il diffère de celui des Eyzies.

D'après la figure de cette plance LXX (n° C), il s'agit encore d'une vertèbre *lombaire* ; mais il n'y a pas là de vertèbre humaine. L'animal est un *Renne* (6). Nous n'avons donc pas à en *parler* ici, de même que de tous les autres de cette nature, qui ont été publié par des auteurs français et qui sont peu nombreux d'ailleurs (7).

V. Vertèbre à flèche à tranchant transversal (Villevenard).

C'est M. le Baron de Baye, qui a fait cette belle trouvaille dans une station du lieu dit Pierre Michelot et une grotte à 22 squelettes, fermée de pierres plates, et vierge (8).

Il s'agit d'une vertèbre *lombaire*, trouvée *in situ*, occupant son rang normal dans une colonne rachidienne. La pièce, une flèche à tranchant transversal, était profondément engagée dans l'os et fixée avec solidité au niveau de la *face antérieure* ; *aucune trace de réaction*.

(1) Comme l'a remarqué Prunières, le fait qu'il y a eu *guérison* dans ces deux premiers cas prouve que les flèches des Néolithiques n'étaient pas *empoisonnées*, ou moins suffisamment pour tuer les blessés à cette époque.
(2) A. F. S. A., 1876, p. 654.
(3) Il est très probable que les pièces de Prunières sont toutes au *British Museum*, à Londres.
(4) A. F. S. A., 1895, p. 779, fig. 11.
(5) *Anthrop.*, 1896, p. 314, fig. 5.

(1) B. S. A. P., 1885, p. 468, fig. — Mais cette pièce, quoique de l'âge du *Cuivre*, peut dater de peu de temps avant l'arrivée des Espagnols en Amérique.
(2) B. S. A. P., 1883, p. 434. Cité par de Nadaillac, sans aucun détail.
(3) Marcel Baudouin. — *La Préhistoire de la Guerre*. — *Homme préhistorique*, Par., 1914.
(4) M. G. Miller. — *J. Acad. nat. Sc.*, Philad., XVI, pt. 3, 477-486, 1 figure.
(5) Roy L. Moodie. — *Paléophatology*, L. c., planche LXX.
(6) Du Cleuziou. — *La création de l'homme*, p. 39. (*Gaz. méd. du Centre*, 1911, p. 54) (Le Double).
(7) Cf. A. F. A. S. 1894, p. 751 (Abri de Montfort, Ariège : vertèbre de Cervidées : Longue lame de silex (poignard).
(8) *Arch. préh.*, 1888, *l. c.*, p. 194.

La flèche était voisine de la face inférieure (Cf. fig. 29), mais enfoncée obliquement et non horizontalement. Le tranchant était invisible et encastré ; mais le talon carré était très reconnaissable.

S'agit-il là d'une véritable *pointe de flèche*, ayant tué le porteur ?

M. le Dr M. Baudouin ne peut pas admettre cette hypothèse, étant donné ce que les grottes de la Marne nous apprennent, au point de vue de leur contenu en ces sortes d'objets !

Il ne voit là qu'un *accident de décarnisation*, post mortem ; opération qu'on pratiquait avec ces petits tranchets *emmanchés* sur de courts *manches*, qu'on connaît bien (1).

En l'espèce, au cours d'une *décarnisation*, cet outil, travaillant sur le ligament intervertébral, aura dérapé, et manié vigoureusement se sera enfoncé facilement sous une pression un peu forte dans le tissu spongieux, très tendre, du corps vertébral.

Si l'on n'admet pas cette manière de voir (1), il est impossible de comprendre pourquoi on a trouvé tant de ces objets au milieu des ossements des grottes de la Marne !

En effet, on a trouvé *in situ* un de ces tranchets *entre deux vertèbres dorsales*, à leur partie *interne* ! — De plus une grotte de Villevenard, qui a fourni 30 sujets, a donné 73 de ces flèches ! Chaque sujet aurait donc eu dans le corps au moins 2 flèches ! C'est inadmissible, comme *traumatisme* sur le vivant ! Une flèche a été trouvée sur la face interne d'un os iliaque en place.

Il faut donc conclure qu'en l'espèce il ne s'agit pas d'une blessure sur un être vivant ! On ne pourrait admettre l'hypothèse *flèche* que si l'on avait trouvé une cicatrice *osseuse*, indiquant une réaction biologique, au pourtour du corps étranger.

V. Remarques générale.

Historique. — 1° Le Baron, dans sa thèse (2), n'a consacré qu'une page à cette question très intéressante des blessures osseuses par des objets de silex. On doit dire que ce trop court chapitre de son travail est tout à fait insuffisant d'ailleurs.

Il ne donne aucune observation détaillée et ne cite que les noms de Prunières, de Nadaillac, du Baron de Baye et de M. Ollier de Marichard. Il ne parle d'ailleurs que de blessures par armes de guerre, alors qu'on ne peut pas donner ce nom aux pointes de flèches, car au Néolithique la Guerre organisée n'existait nullement, comme l'un de nous l'a prouvé (3).

2° Dans le grand ouvrage de Moodie (4) est certes figurée une blessure d'une vertèbre par une pointe de poignard ; mais elle est en bois de cerf. Elle a pénétré latéralement et presque verticalement par le trou rachidien, en s'enfonçant dans l'apophyse transverse.

Il s'agit d'un squelette précolombien de l'Amérique du Nord (Pl. XCVIII, n° C) ; et photogr. pl. XCII, d).

La vertèbre de cet Indien est d'ailleurs une *lombaire* et le corps étranger y est bien fixé (cas de Miller). Il n'y a pas trace, semble-t-il, de cicatrisation osseuse et une mort rapide a dû suivre cette blessure de la colonne rachidienne, citée déjà plus haut.

C'est le seul cas de cette sorte signalé dans cet énorme recueil ; et, dans les autres auteurs, on ne trouve pas trace d'observation analogue au demeurant.

Les Vertèbres atteintes. — Pourquoi trouve-t-on tant de flèches fixées dans les vertèbres et surtout dans les VERTÈBRES LOMBAIRES : presque 99 %. !

Les Lombaires. — Tout simplement parce que ces os sont *très spongieux* et facilement *pénétrables* ! Les vertèbres *cervicales* sont plus denses de beaucoup ; de même les dorsales. Une flèche arrivant au contact d'un os dûr est arrêtée d'ordinaire, n'y pénètre pas, mais est fixée à sa surface par le périoste, où elle s'accroche. C'est le cas du *Cubitus*, de l'*Humérus*, etc.

Au contraire, frappant le corps d'une vertèbre peu *résistant*, elles y rentrent facilement et y restent.

C'est cette seule raison qui explique tous les faits ci-dessus consignés.

Evidemment, les archers ne devaient pas viser spécialement l'abdomen, quand ils voulaient atteindre un homme ! Mais au crâne les projectiles de silex n'entraient guère facilement (1) de même au thorax, à cause du gril costal ! On ne visait pas d'ordinaire aux membres d'ailleurs et ces derniers n'ont été atteints que par hasard, c'est-à-dire assez rarement. Nous ne connaissons pas d'autre part un seul fait de blessure par flèche au niveau du cou (2).

Rareté des guérisons. — Il faut insister sur un autre point : la très grande rareté des cas présentant une cicatrisation osseuse, c'est-à-dire des *guérisons* ! On ne peut guère citer qu'un fait de Prunières (le n° I) ; car le n° II reste douteux, puisqu'on n'a pas trouvé *in situ* le corps étranger et que l'observation de la grotte de La Gave qui d'ailleurs est spéciale a trait au *sacrum*, et non à une vertèbre isolée.

Cette constatation n'a rien d'étonnant, car, dans tous les faits cités, hors celui de La Gave, le projectile a dû ouvrir la *cavité abdominale*, *perforer* souvent les *intestins*, provoquer de suite une *péritonite* et forcément amener une mort très rapide par infection généralisée de l'abdomen.

Hypothèses. — Ces faits font songer à la possibilité d'une autre manière de voir d'ailleurs. Et, quoi qu'aucun fait d'Ethnographie actuelle ne vienne plaider en sa faveur, elle est dans les choses possibles.

Nous voulons parler d'une *action sur le Cadavre* (et non plus d'une *blessure*), d'un geste rituel, simulant une offrande à la divinité à savoir l'*enfoncement* voulu d'une lance ou d'une flèche dans le corps du mort : fait plus ou moins comparable aux trépanations *post mortem*, à la brisure des os, à l'action sur les crânes, pour en faire des masques ou des coupes, etc. : voire même à la décarnisation !

Cette blessure *post mortem* aurait alors été réalisée pour que l'Homme brave apparaisse devant la Divinité dans des conditions prouvant sa mort en combattant. A l'âge du Cuivre, une telle idée demeure soutenable, car la guerre organisée, c'est-à-dire d'essence religieuse, a pu être inventée à cette époque.

Avant de se séparer des restes du héros et de mettre ses os en ossuaire, ses parents ont pu ficher dans son corps une *flèche-souvenir* ! De la sorte, ce fétiche, témoin (on sait que la flèche est un symbole de la Divinité équinoxiale) de la bravoure du disparu ne se perdait pas au cours du voyage aux Enfers (Le Pole), puisqu'il était fixé dans un os.

Une vertèbre spongieuse, assez facilement pénétrable, et surtout une lombaire, se prêtait facilement à une telle opération. Un *calcanéum* également : ce qui expliquerait aussi le cas curieux publié par l'un de nous et indiqué plus haut, voire même la fameuse blessure d'Achille !

Mais on pouvait perdre une jambe en route, c'est-à-dire au cours de la bataille, tandis qu'on ne voit pas très bien un combattant perdant son rachis, sans perdre... la vie.

Conclusions. — Il résulte des observations qui précèdent que presque la totalité des faits publiés dans la science se rapportent à des VERTÈBRES LOMBAIRES.

Notre cas, étant relatif à une VERTÈBRE DORSALE très haut située, en devient d'autant plus intéressant.

Dans le plus grand nombre des circonstances les blessures ont été reçues de FACE ; ce qui indique une véritable lutte raisonnée, mais parfois les plaies sont postérieures ou latérales, comme dans notre propre fait !

Il est bien évident que, lors d'attaques lombaires ANTÉRIEURES, le projectile a dû *traverser l'abdomen* et par suite *perforer* les intestins : d'où *mort rapide* presque toujours.

Aussi les vertèbres lombaires présentent-elles très rarement trace d'une *cicatrice osseuse*, indiquant une *survie*. Cependant un cas de Prunières est très démonstratif à ce point de vue.

Les réflexions que nous avons faites chemin faisant prouvent que jamais on ne fournira trop de détails quand on aura la chance de recueillir, au cours de fouilles, des pièces de cette nature !

Mais ce travail est surtout destiné à prouver la supériorité des *épreuves radiographiques* sur tous les beaux dessins publiés autrefois par les De Baye et les Prunières ! La Science marche ; voilà tout. Et elle progresse, appuyée sur les techniques nouvelles, qui soutiennent désormais solidement ses pas, paraissant parfois aventurés, simplement parce que la masse n'utilise pas encore des secours aussi puissants.

(1) Cf. Marcel BAUDOUIN. — *La Sépulture de Vendrest* (S.-et-M.). Paris, 1911, in-8°. — On y a trouvé une trentaine de ces silex, au milieu des ossements ; mais *aucun dans un os*. — Or ceux-ci avaient tous été décarnisés *au dehors*. Ce qui exclut l'hypothèse de flèches situées dans les *chairs* au moment de la mort.

(2) LE BARON. — *Lésions osseuses de l'homme préhistorique*. — Paris, 1881, in-8° (Cf. p. 26).

(3) Marcel BAUDOUIN. — *La Préhistoire de la guerre*. — *L'homme préhistorique*, 1914.

(4) ROY L. MOODIE. — *Paleopathology*. — Urbana (Ill.), 1923.

(1) On en connaît très peu d'exemples.

(2) Au thorax, il n'y a que le nôtre !

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (*suite*) (1).

Cafés et brasseries du Quartier Latin il y a cinquante ans

Equilibre budgétaire. — Imparfait du subjonctif. — Avantages et dangers des cafés. — Les inviteuses. — Aurore d'un romancier psychologue, — Trio de poètes. — Pépinière de comédiens. — Usage singulier du Dictionnaire de Littré. — Le Touranien poète et acteur. — Les poumons d'André Gil. — Les cheveux de Ponchon, — Mystère et marionnettes.

C'est toujours un problème que d'équilibrer son budget. Léon Say, le Poincaré d'alors, y suait d'ahan. Je crois que la plupart de mes camarades n'y arrivaient, comme le ministre, qu'au moyen d'emprunts à plus ou moins long terme. Je ne tardai pas à reconnaître qu'il me fallait accroître mes recettes. Ce ne fut pas, rassurez-vous, comme Panurge, « par manière de larcin furtivement fait », mais en enseignant à des personnes d'âges, de sexes et de nationalités divers ce que je savais... et même parfois ce que j'étais obligé d'apprendre au moment d'enseigner, Un de mes anciens professeurs eut la bonté he me procurer quelques leçons, qui firent boule de neige, et mon budget fut équilibré avant celui de l'Etat.

J'ai connu pourtant un étudiant en droit qui réalisait par la seule économie le problème de vivre avec les 150 fr. de sa mensualité. Chaque mois il payait d'avance sa chambre et le restaurant, réservant cinq billets de 5 francs, un pour son tabac et les autres... pour Vénus. Il ne se passait aucune autre fantaisie. Et pourtant il était possédé de deux passions : il admirait les comédiens, sans aller jamais au théâtre, et les bohêmes célèbres du Quartier, sans jamais aller au café. Comment réussait-il à se documenter sur les biographies des artistes en renom ? Je ne sais, mais sa conversation au restaurant roulait uniquement sur leurs faits et gestes. — En outre il nous annonça qu'il fondait une Société pour *la propagation de l'imparfait du subjonctif dans les classes pauvres* ; il glissait le plus souvent possible dans ses phrases ce mode et ce temps d'un maniement difficile, rédigeait et distribuait des manifestes grammaticaux et, à l'heure où nous allions au café, disparaissait pour aller, disait-il, continuer sa propagande du côté de la rue Mouffetard et de la place Maubert.

Et pourtant il y avait quelque mérite à ne jamais aller au café ou à la brasserie. Ces établissements tenaient alors une place considérable dans notre existence, pour deux raisons.

Très passionnés pour la politique, alors si émouvante. puisqu'au lendemain du désastre de la patrie personne ne savait quel parti réussirait à la relever, nous éprouvions tous un impérieux besoin de suivre au jour le jour les péripéties de la lutte entre les partis et par conséquent de lire un grand nombre de journaux, que chacun de nous n'aurait pu acheter, mais que nous parcourions tous et dont la lecture suscitait d'interminables commentaires et d'ardentes discussions.

En outre, la plupart d'entre nous habitaient des chambres très peu confortables ; le soir, quand au sortir d'un restaurant où autour d'un médiocre dîner, mais après avoir goûté le plaisir chaleureux de la société des camarades, nous avions la perspective de trouver une chambre froide, d'être obligés d'allumer nous-mêmes un feu qui prenait difficilement et une lampe fumeuse, la tentation était presque irrésistible de suivre ceux des camarades qui allaient s'installer dans une salle bien chauffée, où continuaient les conversations, où on dégustait son mazagran en fumant sa bonne pipe. et en faisant alterner la lecture des journaux du soir avec quelques parties de cartes, d'échecs, dames ou dominos.

Les plus sages au bout d'une heure s'arrachaient à cette atmosphère engourdissante pour rentrer dans leur chambre et travailler ; ceux qui ne se sentaient pas le courage de travailler seuls se réunissaient avec un ou deux camarades voués aux mêmes études et ces petites associations ont sauvé plus d'un caractère faible de l'enlisement dans la vie de café.

Outre les cafés où on allait en général aussitôt après les repas les brasseries sollicitaient les désœuvrés : celles où le service des garçons était fait par des jeunes femmes, costumées ou non, mais qui ajoutaient un attrait à la consommation de la bière ou des liqueurs qu'elles apportaient, étaient surtout fréquentées. Dans l'une les servantes étaient vêtues en Ecossaises. Dans une autre on voyait des Alsaciennes, dont le costume provoquait un attendrissement patriotique.

La fréquentation trop assidue des cafés et brasseries était un des plus dangereux écueils de la vie d'étudiant. J'en ai vu, hélas ! beaucoup qui y ont perdu leur santé et gâché leur avenir.

Dans les brasseries servies par des femmes, celles-ci jouaient un rôle néfaste en favorisant l'alcoolisme des jeunes gens, comme elles s'y adonnaient elles-mêmes inconsciemment ; mon regretté ami le Dr Toussaint Barthélemy, ancien chef de clinique de St-Louis, médecin de St-Lazare, en a fait une saisissante peinture dans sa monographie sur les *Inviteuses*.

Mais, si les dangers étaient grands, l'intérêt n'était pas moindre. Combien de relations agréables se sont nouées autour de ces tables couvertes de bocks ou d'apéritifs. Il y avait des groupements spéciaux dans certains établissements : ici de futurs politiciens, là des poètes, de jeunes professeurs.

Dans un modeste petit café j'ai vu plusieurs fois avec des amis communs Paul Bourget ; il n'avait pas encore manifesté ce talent de romancier psychologue, qui l'a placé au premier rang des épigones de Balzac, de Stendhal et de Flaubert. Il ne nous était connu que comme l'auteur de poésies charmantes et d'études critiques.

Ce n'est certes pas dans le milieu des brasseries qu'il apprit à connaître les complexités sentimentales du grand monde ; néanmoins ses questions aux jeunes femmes, qu'attiraient son sourire bienveillant, sa tenue très soignée et son monocle inquisiteur, dénotaient sa curiosité des mœurs de tous les mondes. Le plaisir qu'il prenait à se mêler aux conversations sur la médecine aurait pu faire prévoir la part si grande qu'il a donnée dans son œuvre à la médecine et aux médecins, son amitié pour Dieulafoy, Maurice de Fleury, Charles Fiessinger.

Dans un café de la rue de Médicis, où trônait à la caisse une altière beauté, j'ai vu plus d'une fois ce délicieux trio de poètes, dont les carrières ont été si dissemblables par la suite, mais qu'unissaient une étroite amitié et un goût commun pour les allures bohêmes : Jean Richepin, Maurice Bouchor et Raoul Ponchon.

La première fois qu'il m'a été donné de les entendre,

---

(1) Voir le *Progrès Médical* du 16 juin 1928.

la conversation roulait sur une orgie de fromages aussi variés que ceux dont Zola a fignolé la description dans la célèbre *Symphonie des fromages* du *Ventre de Paris*. Cette consommation avait été faite à crédit dans une crèmerie et la note à payer avait été présentée à la famille du seul des trois amis qui fût disposée à se substituer aux débiteurs, celle de Bouchor.

Tout le monde sait la romanesque existence de Jean Richepin, qui partit de l'Ecole normale pour arriver à l'Académie française, mais après quels zigzags dans sa course sociale ! Le futur auteur de la *Chanson des gueux* m'était déjà connu depuis la représentation de l'*Etoile*, un acte en vers composé en collaboration avec André Gil et qu'il avait joué lui-même dans un petit théâtre accroché au flanc du Mont des Martyrs (Montmartre), rue de la Tour-d'Auvergne, que les habitués nommaient plus simplement La Tour. Là dans une salle minuscule, un vieux comédien du Théâtre Français, Talbot, avait entrepris de régénérer son art, en créant une pépinière d'élèves formés suivant sa théorie : il prétendait leur apprendre à respirer profondément pour améliorer leur débit. Ses disciples, pour la plupart élèves déjà du Conservatoire, étaient enchantés de trouver là un débouché pour leur activité, mais se moquaient volontiers de la théorie. J'ai entendu un des plus spirituels raconter qu'il fallait s'étendre sur le plancher et, après avoir placé sur sa poitrine un tome du Dictionnaire de Littré, déclamer quelque tirade en vers ; on ajoutait successivement les trois autres tomes et le supplément. A ce moment on était un parfait diseur. En tout cas le Maître était très emphysémateux et même, dans son meilleur rôle l'*Avare*, sa respiration simulait le bruit d'un soufflet crevé.

Quand Richepin jouait *l'Etoile*, c'était un acteur vraiment décoratif, avec ses yeux ardents, ses yeux « de cuivre » comme il les qualifiait lui-même, ses cheveux noirs son teint brun, qui furent encore admirés lorsqu'il joua avec Sarah Bernhardt son drame *Nana Sahib*. Né par hasard en Algérie, d'un père médecin originaire de l'Aisne, il aimait à se dire de sang touranien. En 1870 il s'était engagé dans un corps de francs-tireurs qui suivit les mouvements de l'armée de Bourbaki. On se racontait qu'il avait été ensuite tour à tour matelot, porte-faix et débardeur, sans que cette vie errante eût diminué son activité intellectuelle.

Son collaborateur, le brillant dessinateur André Gil, dont le *Progrès médical* rappelait récemment le talent et la triste histoire, était déjà en marche vers la mégalomanie ; son tic favori était de plastronner en se frappant à grands coups la poitrine et en s'écriant : « J'ai des poumons de fer ! », si bien qu'un de ses familiers avait improvisé un sonnet en vers de deux syllabes, se terminant ainsi :

Tout hère
Madré
Préfère,
Malgré
Ta mine
De bon
Poumon,
La mine
De ton
Crayon.

Raoul Ponchon avait aussi une chevelure opulente, mais plutôt hirsute, retombant sans façon sur un collet graisseux ; un de ses amis l'avait qualifié avec quelque ironie

Poète aux longs cheveux antiques
Dont le jais eût tranché sur de blanches tuniques

Mais l'auteur du sonnet sur Gil l'avait plus sévèrement défini, en imitant la technique souvent excentrique du futur auteur de la *Muse au Cabaret*.

Près d'un punch on
Voit d'ordinaire
Un joyeux hère
Nommé Ponchon,
Fervent sectaire
Du Dieu Bouchon.
Son cabochon
Est légendaire :
Plutôt que voir
Ses cheveux choir,
Rêve ironique,
Je vois sans son
Toupet biblique
Le vieux Samson.

Ponchon, qui au dire de Marcel Coulon, son récent biographe, devait écrire 150.000 vers, dont beaucoup étincellent d'une verve habituellement comique et parfois lyrique, est le dernier élu de l'Académie Goncourt, celle qui n'est pas sur le quai.

Quant à Maurice Bouchor, il attirait moins l'attention, bien que doué de qualités charmantes. Ses œuvres (Chansons Joyeuses, 1874 ; Les Poèmes de l'Amour et de la Mer, 1876 ; les Symboles, 1887) sont d'inspirations variées ; ce gai fantaisiste n'était pas sans un grain de mysticisme. On le vit, quand il fit jouer sur un théâtre de marionnettes *Noël* ou le *Mystère de la Nativité*, dédié à Jacques Richepin, fils de son ami et son filleul « pour contribuer à faire de lui une âme pieuse... et lui faire aimer Celui qui est mort pour nous. » Les têtes des acteurs étaient peintes par Rochegrosse, les décors brossés par Lerolle, J. F. Bouchor et Marcel Rieder ; une petite partition avait été composée par Paul Vidal. Jean Richepin et Raoul Ponchon prêtaient leurs voix aux artistes de bois.

Dans cette aimable fantaisie, le poète n'a pas craint de faire dialoguer comme deux frères l'Ane et le Bœuf de la Crèche en des stances naïvement lyriques :

L'Ane

Moi, j'espère qu'un jour, dans le frais Paradis
Que Dieu réserve aux douces bêtes.
Nous jouirons en paix de passe-temps honnêtes.

Le Bœuf

O mon frère, je te le dis,
Nous connaîtrons, après nos jours de lassitude,
Une immense béatitude !

J'ai assisté à cette amusante représentation et gardé même le souvenir d'un des collaborateurs qui, dans les rôles de chiens, aboyait merveilleusement.

(*A suivre.*) Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1928.

Le vaccin B.C.G. par voie hypodermique dans la prémunition des jeunes sujets soumis ou non à des contacts bacillaires familiaux. — MM. *J. Parisot H. Saleur* (Nancy). — L'utilisation de la voie sous-cutanée pour la vaccination par le B. C. G. a considérablement étendu le champ de la prémunition.

Les auteurs rappellent les essais tentés pour la première fois, dès 1924, par MM. Weill-Hallé et Turpin (22 nourrissons) ; les expériences étendues, depuis, à des adultes, soit en Europe

(Scheel et J. Heimbeck, A. Ascoli), soit en milieu colonial (Gérard et Legendre, Mathis, Rousseau, Grosfilez), et enfin les relevés tout récents de Walgren (de Göteburg), 25 jeunes enfants.

Depuis le 1er avril 1927, ils ont pratiqué 318 opérations de vaccination hypodermique chez de jeunes sujets âgés de quelques semaines à 16 ans.

La dose unique employée a été de 1/100e de milligramme, et les vaccinés appartenaient tantôt à des milieux familiaux infectés de tuberculose (opération faite, dans ces cas, après vérification minutieuse de la non contamination du candidat), tantôt à des milieux indemnes de tuberculose.

Ils décrivent les réactions locales observées, rares avec les doses utilisées, réactions qui vont de la réponse nodulaire (un peu plus de 10 %) à la tendance suppurative chez 5 % seulement des vaccinés. Jamais on n'observe le moindre retentissement général.

Les auteurs concluent que la prémunition doit être, certes, appliquée dans les milieux familiaux tuberculisés, où il y a imminence de contagion ; mais qu'elle doit être, en outre, étendue, dans nos centres endémiquement atteints, à un grand nombre d'enfants et d'adolescents. Au surplus, dans les propres familles où il n'y a aucun membre tuberculeux pulmonaire, leurs relevés établissent que 1/3 au minimum des enfants qui y vivent réagissent néanmoins à la tuberculine, et ont nécessairement dû être contaminés dans le milieu social.

La voie hypodermique facilite cette extension de la méthode, soit à titre d'opération initiale, soit peut-être comme moyen de renforcement ou d'entretien d'un état d'immunité qu'il est utile de maintenir intact.

M. **Calmette** estime qu'on doit être extrêmement prudent dans l'application de cette vaccination par voie sous-cutanée, méthode qui ne doit pas être généralisée tant qu'on ne sera pas mieux fixé sur la meilleure technique à employer.

M. **Lignières** fait observer que, pour éviter les réactions locales et générales il a été nécessaire de réduire considérablement les doses et de les ramener à 400.000 bacilles B.C.G. inoculés en une seule injection. L'immunité ou la prémunition du B.C.G. est aussi fonction de la quantité. Il demande quelles sont les expériences qui prouvent qu'on obtient une prémunition suffisante en injectant 400.000 B.C.G.

Election d'un membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques). — Classement des candidats : en première ligne, M. Levaditi ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Nattan-Larrier, Portier, Rouvière, Strohl, Zimmern ; est adjoint par l'Académie à la liste de présentation, M. Louis Bazy.

Au premier tour de scrutin, M. Levaditi est élu par 52 voix contre 25 à M. Rouvière. MM. Nattan-Larrier, Portier et Strohl obtiennent chacun une voix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1928.

Ostéomyélite de la colonne cervicale. — M. *Alglave* relate une observation d'ostéomyélite de la colonne cervicale. Au bout de quinze jours, on incisa une collection profonde dans la région postéro-latérale du cou. D'autres abcès furent incisés. La colonne cervicale s'incurva et il fallut mettre un plâtre ; la guérison apparente se maintint trois ans : puis un nouvel abcès apparut et actuellement le malade n'est pas encore guéri.

Sutures tendineuses. — M. *Cunéo* rapporte trois cas de M. *Taillefer* avec bons résultats.

Epanchements gélatineux du péritoine. — MM. *Soupault* et *Hertz* ont, tous deux, vu, nous dit M. *Lecène*, un cas dû à la rupture d'un kyste mucoïde de l'ovaire.

Syphilis du gros intestin. — M. *Lecène* rapporte deux observations de M. *Chastenet de Géry*. Dans le premier cas, on avait cru à un néoplasme colique. Une fistulisation se produisit. Un traitement spécifique intensif fit disparaître la fistule et les troubles du transit intestinal. Le deuxième cas est analogue, mais moins net.

Ulcère du duodénum. — M. *Okinczyc* fait un rapport sur ce travail de M. *Hertz*. Celui-ci pense qu'il fera de plus en plus une résection limitée avec duodénoplastie. Les exclusions du pylore paraissent prédisposer à l'ulcère peptique.

Typhlo-colite aiguë. — M. *Okinczyc* relate une observation de M. *Boppe*. Le tableau clinique est celui d'une appendicite aiguë grave. A l'intervention, l'appendice est sain, il y a une coulée de pus dans le couloir pariéto-colique.

Une cæcostomie donne issue à une grande quantité de liquide contenant des trichocéphales.

Séance du 13 juin 1928.

Péritonite chronique. — M. *Tasso Asteriadès* (de Salonique). Rapporteur : M. *Mouchet*. Dans une première observation, il s'agit d'une jeune femme présentant deux ganglions tuberculeux qui compriment le pylore et qui guérit par leur ablation. Dans une deuxième observation, une occlusion intestinale est réalisée par deux rétrécissements du grêle ; résection ; mort. La troisième observation concerne un homme atteint d'occlusion intestinale par de nombreuses fausses membranes qui guérit opératoirement.

Fracture de Montoggia. — M. *Fruchaud* (d'Angers). Rapporteur : M. *Alglave*.

Obs. 1. — Garçon de 6 ans. Fracture du cubitus avec luxation en avant de la tête radiale. Réduction sous anesthésie générale. Hyperflexion de l'avant-bras sur le bras. Résultat fonctionnel relativement satisfaisant.

Obs. 2. — Fillette de 5 ans. La fracture du cubitus est en bois vert ; la luxation de la tête radiale existe. Même traitement. Bon résultat.

Obs. 3. — Homme de 43 ans. Même lésion. Même traitement, Bon résultat immédiat, mais il y a une limitation nette de la pronation et de la supination. La fracture est mal consolidée. Réduction sanglante, pas de suture osseuse. Bon résultat.

On voit donc que chez l'enfant, la réduction par manœuvres externes a été suffisante, tandis que chez l'adulte, il a fallu intervenir. M. Alglave croit qu'il y a là une règle générale.

Quant à savoir comment intervenir, les uns s'attaquent d'abord à la luxation, d'autres — et M. Alglave en est partisan — vont directement à la fracture.

M. *Mouchet* a montré que la réduction chez l'enfant était possible par flexion exagérée du coude, dans la majorité des cas. Il faut donc toujours contrôler le résultat par la radiographie.

M. *Lance* a été intéressé par la deuxième observation, où il s'agit d'une fracture en bois vert. Il montre la difficulté si la fracture en bois vert est accompagnée du déplacement latéral.

M. *Bréchot* dit qu'il a, une fois, pu réduire la fracture, mais sans rien obtenir sur la luxation.

Torsion axiale d'un utérus fibromateux. — M. *Labey* rapporte une observation de M. *A. Richard* (de Paris) où il s'agit d'une femme ayant présenté plusieurs crises douloureuses ayant cessé spontanément. Gros utérus avec plusieurs noyaux. A l'intervention, il y a un épanchement sanguin latéro-utérin qui a fait tourner l'utérus fibromateux sur son axe.

M. *Proust* croit que cette explication est peu plausible.

M. *Schwartz* a vu un cas de torsion d'un utérus non fibromateux dû à un raccourcissement d'un des ligaments ronds.

Appendicite à foyers multiples. — M. *Labey* rapporte ces observations de M. *Baranger* (du Mans).

1er *cas*. Après appendicectomie d'urgence, un abcès est incisé dans la fosse illiaque gauche. Puis après occlusion intestinale, on fait un anus sur le grêle. Devant l'état de dénutrition rapide, laparatomie pour lever les obstacles et pour faire une anastomose latéro-latérale sur les deux branches de l'anus. Guérison.

2e *cas.* Abcès successifs et drainés La mort finit par survenir par broncho-pneumonie.

Technique des opérations cérébelleuses. — M. ***de Martel*** montre que très souvent la mort subite survient au cours de l'intervention par l'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital. Aussi recommande-t-il de commencer la trépanation de bas en haut en sectionnant l'arc postérieur de l'atlas.

Traitement des œdèmes chirurgicaux. — M. ***Leriche*** croit qu'il faut avant tout penser à la syphilis, même avec un Wassermann négatif. En dehors de ces cas, la cause de l'œdème est soit un traumatisme, soit une affection veineuse. Les œdèmes traumatiques sont d'apparition très rapide, parfois en quelques heures, après l'accident, et cessent en quelques heures par la sympathectomie.

Les œdèmes d'origine veineuse ne sont pas seulement des œdèmes de stase, mais semblent dus à une péri-veinite et la résection du segment veineux thrombosé fait disparaître ces œdèmes. On voit donc tout le rôle du système vaso-moteur dans la production des œdèmes.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1928 (*suite*).

Images radiologiques des kystes hydatiques calcifiés. — MM. ***Paisseau*** et ***Oumansky*** présentent les radiographies de deux cas de kystes hydatiques intrahépatiques calcifiés. La vérification anatomique faite dans une de ces deux observations montre la correspondance exacte de la calcification des parois du kyste et de l'image radiologique. Ces images n'étaient pas visibles à la radioscopie, la radiographie paraît donc indispensable au diagnostic des kystes calcifiés qui, dans ces deux cas ne s'étaient pas accompagnés de symptômes permettant leur diagnostic.

M. ***Labbé*** pense qu'il serait intéressant de doser le calcium dans les parois du kyste.

M. ***Chauffard*** rappelle que dans les cas qu'il a rapportés les parois du kyste étaient franchement calcaires.

Evolution anormale d'une adénite chez un chancrelleux au cours d'un traitement par le Dmelcos. — MM. ***A. Cain*** et ***Uhry***. — A la suite de six injections de Dmelcos qui ne déterminèrent que des chocs légers, on nota l'extension des lésions, l'apparition d'un bubon, la suppuration d'une intra-dermo-réaction. Une deuxième série de six injections fut suivie de réactions violentes et entraîna une guérison rapide. En dehors du choc protéinique, il est vraisemblable que les premières injections faites en phase négative ont provoqué un état d'hypersensibilité qui n'a cessé que grâce à la vaccination.

Un cas de « syndrome psycho anémique » Guérison par la transfusion et la méthode de Wipple. — MM. ***P.-E. Weill*** et ***R. Cahen*** présentent un malade atteint d'un syndrome confusionnel et délirant et ne présentant pour tout signe somatique qu'une anémie pernicieuse progressive. Soumis à un traitement mixte, comprenant deux transfusions sanguines à 15 jours d'intervalle et journellement l'administration de 200 gr. de foie de veau et de 10 unités d'insuline, le malade s'améliora et les troubles psychiques disparurent sans récidives bien avant que le taux les hématies ait atteint le chiffre normal.

Les auteurs rappellent que les troubles mentaux sont loin d'être exceptionnels dans la maladie de Biermer, et affectent ordinairement le type systématisé du délire de persécution. Ils insistent sur leur curabilité. Il semble qu'il y ait à leur base des lésions superficielles toxiques ou ischémiques de l'encéphale.

Corps étranger insoupçonné de la bronche droite chez un adulte. — MM. ***Flandrin, Ramadier, Soulas*** et ***Jean Weill*** présentent un cas de corps étranger insoupçonné de la bronche droite chez un adulte.

Un malade se présente avec un état général très altéré, les symptômes d'une broncho-pneumonie bâtarde avec épanchement pleural purulent de la base droite d'où la ponction retire du pus pneumococcique. Une radiographie fait découvrir dans la bronche droite une vis ignorée du malade. Celui-ci guérit sans intervention, après traitement au lysat-vaccin de Duchon. Le corps étranger est retiré ultérieurement par trachéo-bronchoscopie. La radiographie après lipiodol montre alors de petites bronchectasies de la base droite.

Les auteurs remarquent à ce sujet que :

1° La pneumopathie était guérie, provisoirement sans doute, avant l'extraction du corps étranger qu'on n'aurait pas soupçonné sans la radiographie.

2° Mais le malade s'est souvenu au bout de quelque temps de sa fausse déglutition et l'on peut préciser chez lui les trois phases habituelles dans ces observation :

a) d'introduction avec accès de suffocation ;

b) de latence favorisée par la nature du corps étranger métallique très peu septique ;

c) de pneumopathie.

3° La bronchoscopie pratiquée avec une bonne aspiration est une opération simple apportant la certitude diagnostique lorsque le corps étranger n'est pas opaque aux rayons X et, dans tous les cas un traitement nullement choquant.

4° Enfin les dilatations observées dans le territoire bronchique sous-jacent à la bronche obstruée sont peut-être la conséquence de cette obstruction.

Evolution clinique et radiologique de deux pleurésies tuberculeuses purulentes de la grande cavité traitées par ponctions évacuatrices successives. — MM. ***Emile Sergent*** et ***R. Turpin***, à l'occasion des discussions récentes relatives au traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses, apportent deux exemples particulièrement suggestifs des heureux résultats qu'on peut attendre des ponctions évacuatrices successives, suivies d'injections modificatrices d'huile goménolée. Sous l'influence de cette thérapeutique, les troubles généraux et fonctionnels régressent, les vomiques cessent et une symphyse pleuro-pariétale se substitue à l'épanchement, parallèlement aux modifications heureuses de l'état général peuvent être suivies les variations des caractères du pus de plus en plus liquide, de moins en moins bacillifère. Des clichés radiographiques successifs permettent de suivre les étapes du processus symphysaire, le retour dans l'hémithorax du poumon primitivement collabé par l'épanchement, les déplacements solidaires de la trachée, du cœur, du médiastin. Cette évolution vers la guérison fut obtenue en dix mois de traitement dans un cas, en six mois dans un autre. Le debut clinique des accidents pleuro-pulmonaires préalables à l'épanchement purulent remontait chez ces deux malades à trois années environ.

Il importe d'émettre quelques réserves relatives à l'avenir de tels sujets, en raison des troubles cardiaques secondaires à la symphyse terminale, surtout à redouter lorsque celle-ci siège du côté gauche. Aussi peut-il être nécessaire d'envisager l'éventualité d'une thoracoplastie ultérieure avec ou sans libération d'adhérences péricardiques.

M. ***De Massary*** rapporte un cas ayant évolué chez un tuberculeux fibreux et guéri après sept ponctions.

M. ***Bard*** considère que la guérison est surtout fréquente dans les cas où le pus est riche en globules graisseux. Si la symphyse est fréquente, la guérison peut se faire sans symphyse avec une cavité en lame de sabre.

M. ***Sergent*** confirme l'opinion de M. Bard ; dans ces cas il y a véritables pachy-pleurite enkystée.

Action des infections aiguës sur l'évolution du diabète. — M. ***Labbé***, à propos d'un cas, insiste sur l'action des infections aiguës sur l'évolution de diabète. Des lésions de gangrène ont aggravé un diabète bénin comme en témoignent les dosages du sang et des urines, et l'action de l'insuline, pour être efficace, a nécessité de plus fortes doses. Mais cette dernière a conserve une action bienfaisante. Contrairement à l'opinion de certains auteurs américains, il réfute l'hypothèse d'une insulino-résistance.

René GIROUX.

BIBLIOGRAPHIE

La folie de Van Gogh, par V. DOITEAU et E. LEROY. 1 vol in 4° couronne, illustré de 47 reproductions de l'œuvre du peintre, tiré à 1650 exemplaires numérotés dont 150 sur vergé d'Arches à la forme (prix : 1.0 fr.) et 1500 sur vélin Montgolfier (prix : 60 fr.). Editions Esculape, 15, rue Froidevaux, Paris-14°.

Le destin de Vincent Van Gogh est l'un des plus tragiques qui soient. On connait sa jeunesse maladive, son dévouement sans mesure, lors de ses années d'apostolat, pour les déshérités, pour tous ceux qu'il voyait souffrir dans leur chair et dans leur âme. On sait qu'avec une même passion maladive, avec cette « fureur sourde de travail » dont il parle parfois, il a traduit sa vision colorée des choses. A aucune période de sa vie il n'a pu réaliser son rêve pictural dans le calme réfléchi ou dans l'apaisement.

C'est qu'une névrose implacable a dominé ses actes quotidiens et son art. C'est cette névrose qui, dans les rues d'Arles, le fait brandir un couteau sur la nuque de son ami Gauguin, qui l'incite à mille extravagances, qui légitime son séjour de plusieurs mois à l'asile d'aliénés de Saint-Remy-de-Provence et l'entraîne enfin, peu de temps après sa sortie de l'asile, à se suicider d'une balle en pleine poitrine à Auvers sur-Oise, à l'âge de 38 ans.

On a discuté sur la nature du mal mystérieux dont il souffrit. Voici qu'à la lumière de documents puisés aux archives de l'Asile de Saint-Remy de-Provence, un admirateur de l'œuvre de l'artiste, M. Victor Doiteau, et un psychiatre averti, M. Edgar Leroy, ont résolu la question : Van Gogh a souffert d'une épilepsie larvée, à prédominance mentale. C'est la névrose épileptoïde qui explique le caractère morbide de l'œuvre et de l'homme, ses attentats, sa fin tragique.

Ce volume magistral, consacré à l'infortuné Vincent Van Gogh, victime du « mal sacré » est présenté d'une manière impeccable : typographie soignée, illustrations abondantes choisies parmi les plus caractéristiques du maître.

La vie amoureuse de Jean de La Fontaine, par Franc-Nohain. 1 vol. de la collection « Leurs amours ». Prix : 9 fr. Flammarion éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Petit volume charmant qui ressemble à une fable inédite de Franc-Nohain et que l'on pourrait intituler : Le papillon et les fleurs.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence 1928.

Cet Annuaire du Dr PORCHERON, très précis parce qu'il est régional, contient en un format commode (376 pages) tous les renseignements relatifs au corps médical de six départements : Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Basses Alpes, Corse, Var, Vaucluse, et Principauté de Monaco. Il parait pour la onzième fois, ce qui est le meilleur indice de son utilité et de sa vitalité. Au début de l'ouvrage on trouve en une page spéciale, tous les postes vacants de la région : médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens. Prix : 9 francs, contre remboursement ; ou 8 francs par mandat et chèque postal à Editions « Quo Vadis », 107, rue Paradis, Marseille. C.C. Postal 108-43.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (...) — Imprimerie [illegible] et Cie — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 26. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 30 JUIN 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Agrégation. — Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine :

Première division (morphologie). — *Section A : Anatomie* 21 et 22 décembre 1927) : Académie d'Alger : M. Goinard, 19 + 19 = 38. Académie de Toulouse : M. Thomas, 16 + 16 = 32.

Section C : Histoire naturelle médicale et parasitologie 21 et 22 décembre 1927 : Académie de Paris : M. Gaillard, 19 + 19 = 38.

Deuxième division (physiologie). — *Section B : Chimie* 19 et 20 janvier 1928) : Académie de Paris : M. Machebœuf, 15 + 15 = 30. Académie de Lyon : M. Enselme, 14 + 16 = 30. Académie de Strasbourg : M. Boivin, 14,5 + 15,5 = 30.

Section C : Physique (19 et 20 janvier 1928) : Académie de Lille : M. Swyngedauw, 19 + 19 = 38. Académie de Strasbourg : M. Reiss, 16 + 16 = 32.

Troisième division. — *Section unique : Médecine* (19 et 20 janvier 1928) : Académie de Paris : MM. Baruk, 17 + 17 = 34 ; Guilmain, 15 + 15 = 30 : Gutmann, 17 + 14 = 31 ; Weismann, 16,83 + 13,33 = 30.19. Académie d'Aix : MM. Perrimond, 16 + 16 = 32 ; Turries, 15 + 17.33 = 32.33. Académie de Bordeaux : MM. de Grailly, 15 + 15 = 30 ; Delmas-Marsalet, 13,66 + 18 = 31,66 Académie de Lyon : MM. Croizat, 16,33 + 14 = 30,33 ; Josserand 17 + 13 = 30 ; Sedallian, 17,33 + 14 = 31,33 ; Delore, 17 + 15 = 32.

Quatrième division (chirurgie et obstétrique). — *Section A : Chirurgie* (19 et 20 janvier 1928) : Académie d'Alger : M. Pidoux, 15 + 16 = 31. Académie de Lille : MM. Piquet, 16 + 15,5 = 31,5 ; Ingelrans, 15,5 + 15,5 = 31. Académie de Lyon : MM. Gibert, 15 + 16,5 = 31,5 ; Dechaume, 15,5 + 15 = 30,5 ; Latreille, 16,5 + 16 = 32,5 ; Mounier-Kuhn, 16 + 15 = 31. Académie de Montpellier : MM. Guibal (André). 16 + 14,5 = 30,5 ; Michel-Béchet, 16,5 + 17 = 33,5 Académie de Nancy : M. Guibal (Maurice), 15 + 15,5 = 30,5.

Section B : Obstétrique (19 et 20 janvier 1928) : Académie de Paris : M. Sureau, 17 + 16 = 33. Académie de Lille : M. Béghin, 17 + 15 = 32. Académie de Lyon : M. Pigeaud, 14, + 19 = 33. Académie de Strasbourg : M. Kreiss, 14 + 16 = 30.

Villard-de-Lans. — Pour éviter tout malentendu, on nous prie d'informer nos lecteurs que *l'Etablissement de l'Adret à Villard-de-Lans*, en raison de ses récents agrandissements, est en mesure de recevoir dorénavant, d'une part, des enfants non accompagnés qui sont placés sous la surveillance d'infirmières spécialisées, et, d'autre part, des familles (parents et enfants) qui sont logés dans une partie de l'établissement qui leur est spécialement réservée.

Voyage d'études médicales des médecins belges à Vichy. — A la suite de leur visite aux stations thermales d'Auvergne, le groupe de médecins belges conduit par les professeurs Delcourt et Cohen, de Bruxelles, est venu visiter Vichy les 22 et 23 juin. Ils ont pu, malgré leur court séjour, se rendre compte de la beauté et de l'efficacité des installations de la grande station thermale française.

Concours pour la nomination de cinq internes en médecine : deux titulaires, trois provisoires les vendredi 29 juin et samedi 30 juin 1928. — La commission administrative des hospices civils de Versailles donne avis que, le vendredi 29 juin 1928, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de cinq internes en médecine (deux titulaires et trois provisoires).

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'Hôpital civil, de 9 à 11 heures du matin et de 2 heures à 4 heures du soir.

Avis de concours. — Un concours sur titres sera ouvert à la Préfecture d'Agen, dans la deuxième quinzaine de juillet, pour l'emploi de médecin chargé d'assurer le service des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Le traitement et les avantages donnés à ce médecin spécialisé seront ceux prévus aux statuts lorsque l'organisation des dispensaires sera définitive (30.000 francs, plus indemnités diverses avec progression).

Il n'y a actuellement qu'un seul dispensaire à Agen et provisoirement le médecin ne recevra qu'une indemnité de 16.000 francs.

Conditions : Etre Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français.

— Il est ouvert à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 30 juillet, un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer les consultations des dispensaires antituberculeux de Thiers, Ambert, Issoire.

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec indemnités pour charges de famille et participation à une retraite. Il sera accordé une somme forfaitaire de 10.000 francs pour les frais de déplacement.

En outre, le médecin devra assurer la consultation antivénérienne.

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose et maladies vénériennes. Consulter le règlement intérieur type. Comité national.

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Lyon. — Le dernier concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination de M. le Dr Cibert.

A propos de la méthode de Sicard. — En 1919, le professeur Sicard reprenait une méthode ancienne, longtemps abandonnée, pour le traitement des varices : celle des injections sclérosantes.

Il lui consacra des travaux très nombreux, et y apporta, avec le concours de ses élèves, des perfectionnements remarquables.

Or le professeur Nobl, de Vienne, invente en 1925, la méthode ressuscitée par le professeur Sicard en 1919.

Lors de son récent voyage aux Etats Unis, le Dr Jacques Forestier constata que la méthode Sicard avait été présentée dans les milieux médicaux de New-York sous l'étiquette du professeur Nobl, de Vienne.

Nous disons bien *l'étiquette*. Son exposé figurait en effet au prospectus d'une solution sclérosante patentée, lancée par une maison autrichienne.

A remarquer que les premiers travaux du professeur Nobl, sur la question, datent de 1925. (*L'Animateur des temps nouveaux*).

La statue de Vulpian. — Le 4 juillet prochain, à 3 h., la statue de Vulpian sera inaugurée dans la rue Antoine-Dubois, contre l'Ecole pratique.

Le monument est dû à l'éminent statuaire, le Dr Paul Richer, membre de l'Académie des Beaux-Arts et de l'Académie de médecine.

La cérémonie sera présidée par M. Herriot, ministre de l'Instruction publique.

La remise du monument à la ville sera faite par M. le professur Letulle au nom du Comité. Des discours seront prononcés par M. le Préfet de la Seine et M. le Président du Conseil municipal.

Diplôme d'hygiène. — A la suite des examens qui viennent d'avoir lieu à l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris, ont obtenu le Diplôme d'hygiène les candidats suivants : MM. Warnecke, Jame, Robles, Maginel, Donato, Jauffret, Coletsos.

Congrès international de protection de l'enfance. — *Cotisations et communications.* — La cotisation pour les membres titulaires est de 60 francs français. Elle donne droit à la participation complète au Congrès (publications, fêtes, etc.). Tout membre titulaire qui désire faire une communication (en dehors des questions posées) sur un sujet intéressant la protection de l'enfance doit s'inscrire en adhérant au Congrès.

La cotisation pour les membres associés est de 30 francs français. Elle leur permet seulement d'assister aux séances, fêtes et visites du Congrès.

Le Congrès comprendra :

1° Une section de maternité. Question : « Maisons maternelles » (Asiles pour femmes enceintes et mères-nourrices.) Rapporteur général : Dr Trillat (France.) Rapporteurs spéciaux : Miss Halford (Angleterre) ; Mme le Dr Marthe Erlich (Pologne.)

2° Une section de première enfance. Question : « Etude comparée des moyens les meilleurs pour développer l'allaitement maternel ». Rapporteur général : Pr Lereboullet (France.) Rapporteurs spéciaux : Dr Matija Ambrosie (Serbie) ; Prof. Brandt (Suède) ; Prof. Cacace (Italie) ; Prof. de Groer (Pologne) ; Dr Growski (Pologne) ; Dr Helen Mac Murchy (Canada) : Dr S. Vera (Grèce.)

3° Une section de seconde enfance. Question : « Organisation des établissements de plein air pour enfants, au double point de vue médical et pédagogique ». Rapporteurs généraux : Dr Dufestel (France), partie médicale ; M. Ad. Ferrière (Suisse), partie pédagogique ; Dr Dequidt, Etude générale sur les Colonies de Vacances. Rapporteurs spéciaux : M. Demazeures (Belgique) ; Dr Kita (Japon) ; Prof. Lampadarios (Grèce) ; M. Lemonier (France) ; Miss Margaret Mac Millan (Angleterre) ; Dr Eduardo Masip (Espagne) ; Miss Mary Murphy (Etats-Unis) ; Prof, Mario Ragazzi (Italie.) — Mme Mascart : « Hygiène de l'Ecolier. »

4° Une section de service social. Question : « Les idées directrices du service social dans la protection de l'enfance. » Rapporteur général : Miss Grace Albott (de Wasington (Etats-Unis.) Rapporteurs spéciaux : Dr Gousalès Alvarez (Espagne) ; Mlle Delagrange (France) ; Frau Eiserhard (Allemagne) ; Mlle Haye (Hollande) ; M. Von Kock (Norvège) ; Mlle Mulle (Belgique) ; Prof. Morquio (Amérique du Sud) ; Rev S. C Pringle (Angleterre) ; Miss Hester Viney (Angleterre.)

5° Une section de l'enfance malheureuse ou moralement abandonnée. Question : « Etude pratique du fonctionnement des tribunaux d'enfants. » Rapporteur général : Donnedieu de Vabres. Rapporteurs spéciaux : Prof. Ugo Conti (Italie) ; M. G. T. de Jongh (Hollande) ; M. A. Komorowky (Pologne) ; Frau Dr Mende (Allemagne) ; M. Edouard Neymark (Pologne) ; M. Wets (Belgique) : M. de Casabianca (France.)

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais. Le temps consacré à chaque communication sera au maximum de cinq minutes. L'impression de toute communication ne devra pas dépasser quatre pages. Un règlement d'ordre intérieur sera publié au moment du Congrès. Pour tous renseignements, s'adresser au siège du Congrès, 37, Avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe.) Tél. : Elysees 04.01.

Hommage au Dr Pauchet. — Les amis et élèves du Dr Victor Pauchet, désireux de fêter son élévation au grade de Commandeur de la Légion d'honneur, ont décidé de lui offrir sa médaille, exécutée par le maître de Hérain.

Les souscriptions seront reçues par M. Gaston Doin, trésorier, 8, Place de l'Odéon, Paris, 6e (chèques, postaux Paris 201.74.) Toure souscription de 100 fr. donnera droit à une reproduction de la médaille.

Hôpital Saint-Antoine. (Service du Dr Félix Ramond). — *Démonstrations cliniques de radiologie gastro-duodénale.* — Du 25 juin au 2 juillet 1928, le Dr Félix Ramond, avec le concours des Drs Ch. Jacquelin, Zizine et Desbbousses, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

Chaque séance comprendra une conférence théorique, suivie d'une démonstration pratique sur le même sujet.

Programme. — Les appareils. La technique générale pratique. La préparation du malade. — Les horaires et les positions d'examen. La méthode d'exploration. — Le transit œsophagien, gastrique et intestinal. — Les divers aspects radioscopiques de l'esto-

mac et du duodénum normaux. — Les ptoses gastriques et duodénales. La dislocation pylorique. — Les déviations et déplacements de l'estomac. Ses déformations accidentelles. — Les diverses aérogastries. — Les diverses expressions radiologiques de l'ulcère de l'estomac. — Le syndrome radiologique du cancer, de la linite et des autres tumeurs de l'estomac. — Sténose cardiaque, médiogastrique, pylorique, sous-pylorique. — Dilatation gastrique. — Stase. Hypersécrétion. — Les atonies gastriques : partielle ou totale, précoce ou tardive. — Les spasmes gastriques.— L'estomac dans les dyspepsies secondaires. Estomac des biliaires et examen radiologique de la vésicule. Epreuve au tétraiode. — Radiologie du duodénum : ulcères, diverticules acquis et congénitaux. Périduodénite. Sténoses et stases du duodénum.

Conférences à 9 heures, gratuites. Démonstrations radiologiques, tous les matins à 10 heures. Droit d'inscription, 250 francs. Pour la bonne organisation des travaux pratiques, s'inscrire le plus tôt possible à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès du Dr Jacquelin ou de la surveillante générale du service. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Enseignement complémentaire libre. — *Treize leçons sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires et quelques éléments d'orthopédie pratique*, par le Dr SORREL, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime : avec la collaboration de MM. les Drs ANDRIEU, BOUQUIER, DELAHAYE, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime ; MOZER, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime ; PARIN, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôpital maritime ; du Dr LANCE, assistant d'orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades, et du Dr DUCROQUET, du 16 au 28 juillet 1928.

PROGRAMME DES COURS. — Lundi 16 juillet. Mal de Pott. Anatomie pathologique. Signes cliniques et radiologiques. Diagnostic et traitement. Les « pseudo-maux de Pott » (Arthrite sèche vertébrale ; Epiphysite de croissance, etc.). — Mardi 17 juillet. Coxalgie. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies. Diagnostic et traitement. Les « pseudo-coxalgies » (Ostéochondrites ; Arthrite déformante ; Arthrites infectieuses chroniques : Coxa-vara, etc.). — Mercredi 18 juillet. Tumeur blanche du genou. — Jeudi 19 juillet. Ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. — Vendredi 20 juillet. Tuberculoses de l'épaule, du coude et du poignet. — Samedi 21 juillet. Ostéites tuberculeuses. Abcès froids des parties molles. Adénites chroniques. — Dimanche 22 juillet. Examen de pièces anatomiques et de radiographies (maux de Pott), coxalgie, tumeur blanche du genou, etc.). — Lundi 23 juillet. Ostéites et ostéo arthrites non tuberculeuses (syphilitiques, mycosiques, etc.). Diagnostic clinique et diagnostic de laboratoire. Traitement. — Mardi 24 juillet. Généralités sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires. — Mercredi 25 juillet. Rachitisme. Traitement des déformations. Les scolioses et leur traitement. — Jeudi 26 juillet. Luxation congénitale de la hanche et son traitement. — Vendredi 27 juillet. Traitement du pied bot. Traitement orthopédique et chirurgical de la paralysie infantile. Samedi 28 juillet. Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little.

Ces cours auront lieu l'après-midi, à 2 heures, à l'hôpital Maritime. Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection de plâtres et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc. La première réunion aura lieu lundi matin, 16 juillet, à 9 heures. Droits d'inscription : 250 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ces droits). Pour tous renseignements écrire au Dr Delahaye, hôpital Maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Nécrologie. — Dr Edouard ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux de Paris. — Dr CARPENTIER de Fampoux (Pas-de-Calais.) — Dr SIMONNET (d'Abbeville). — Dr André CHAIX, de Lyon, ex-préparateur à la Faculté de médecine, décédé à l'âge de 29 ans.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La coxalgie de l'adulte

Par M. CH. CLAVELIN,
Médecin-major de 1re classe,
Chirurgien des hôpitaux militaires,
Professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

I

Anatomie pathologique et radiographique. Symptomatologie. Formes cliniques.

La coxalgie est l'ostéo-arthrite de l'articulation coxo-fémorale, définition importante à préciser pour laisser à part les ostéites juxta-articulaires des os constituant l'articulation ; ces ostéites, dont la symptomatologie se rapproche à un certain degré de celle de la coxalgie, peuvent bien parfois se propager à l'articulation, mais leur pronostic et leur traitement, très différents de ceux de l'ostéo-arthrite, les individualisent nettement et imposent leur étude dans un chapitre spécial.

Anatomie pathologique et radiographique.

Le *début* de la coxalgie semble être le plus souvent osseux, provoquant une véritable ostéo-arthrite. Mais il existe aussi des formes synoviales pures qui pendant toute la durée de leur évolution resteront des synovites, les extrémités articulaires n'étant pas ou peu altérées.

Enfin à côté de ces coxalgies primitives il existe des coxalgies secondaires, par propagation à l'articulation d'une ostéite juxta-articulaire.

Les formes d'ostéo-arthrites primitives ou secondaires seront les plus graves en raison des lésions importantes qu'elles provoquent, lésions osseuses et lésions d'infiltration des parties molles voisines constituant de véritables abcès ossifluents.

Lésions osseuses. — Les destructions auront une double origine comme au niveau du rachis : le processus tuberculeux et l'ulcération compressive qui vont, en réalité, s'associer pour provoquer les altérations osseuses.

Le processus tuberculeux pourra s'exercer partout et provoquer des lésions en dehors de toute influence mécanique.

Mais si l'on réfléchit que le poids du corps repose par l'intermédiaire du sourcil cotyloïdien et du toit du cotyle sur le pôle supérieur de la tête fémorale ; si l'on se rappelle cette règle générale de tuberculose ostéo-articulaire que la tuberculose frappe de préférence l'extrémité osseuse la plus éloignée de la racine du membre, on comprend pourquoi les lésions, dans l'immense majorité des cas, siègeront à la partie supérieure de l'interligne et sur la tête fémorale.

Mais chez l'adulte la tête fémorale est complètement formée, et la densité du tissu osseux étant plus grande que chez l'enfant les destructions seront moins étendues, et il sera en quelque sorte exceptionnel d'observer les disparitions presque complète de la tête fémorale, ou les véritables luxations pathologiques que l'on peut trouver chez l'enfant.

Ces lésions osseuses vont suivre le cycle classique, ulcération, destruction, sclérose, stades dont nous allons aborder l'étude.

Ulcération. — L'arthrite commence à déformer la tête et le cotyle en amincissant les cartilages articulaires, et cet amincissement aura son maximum aux points de pression, c'est-à-dire au pôle supérieur de l'articulation.

Cet amincissement va se traduire sur le cliché radiographique par un rapprochement des surfaces osseuses, constituant le pincement, premier signe radiographique de la coxalgie au début.

En même temps apparaissent à distance, mais encore très peu accentués, des troubles trophiques de l'os. La classique décalcification qui traduit la raréfaction du tissu spongieux se montre encore peu marquée et l'on voit apparaître les modifications des diaphyses, atrophie en épaisseur, minceur du tissu compact et élargissement du canal médullaire.

Destruction. — Les points de pression se trouvant au pôle supérieur de l'articulation, au pincement articulaire, observé à la période de l'ulcération, fera suite la disparition de l'interligne lorsque les cartilages de revêtement étant détruits, les parties osseuses viendront au contact.

Mais l'ulcération compressive s'ajoutant à l'ulcération tuberculeuse, les destructions s'accentueront sans cependant atteindre dans la majorité des cas le degré que l'on observe chez l'enfant.

La tête fémorale érodée, partiellement détruite, va remonter un peu dans le cotyle, cette ascension sera, même très légère, aisément visible sur le cliché radiographique se traduisant par une rupture de l'ogive fémoro-obturatrice.

En même temps le cliché montre que la partie inférieure du cotyle est plus ou moins déshabitée suivant le degré d'ascension de la tête.

De son côté, le sourcil cotyloïdien a pu se détruire partiellement ce qui aura augmenté d'autant l'ascension de la tête fémorale.

C'est en somme le stade d'*empiétement*, premier stade de la luxation pathologique, décrit par Lannelongue.

A un degré de plus, la partie moyenne de la tête vient se placer en face du sourcil cotyloïdien, c'est le *chevauchement*, deuxième stade de la luxation.

Et dans le troisième stade, la tête sort complètement de la cavité cotyloïde, se mettant en *véritable luxation*, qui est dans l'immense majorité des cas une luxation dorsale haute, luxation iliaque.

Pratiquement, la véritable luxation est exceptionnelle chez l'adulte et c'est en présence du chevauchement, et surtout de l'empiétement, que l'on se trouvera le plus vent.

Mais la notion importante à retenir au point de vue clinique est la tendance fatale à la luxation iliaque, tendance qui explique la position vicieuse contre laquelle nous devons lutter dans le traitement de la coxalgie.

Insistons encore sur la résistance plus grande du tissu osseux chez l'adulte qui explique que l'on observe rarement les destructions massives, totales, de la tête fémorale qui, chez l'enfant, ne laissant parfois subsister qu'un moignon du col.

A distance, la décalcification s'accuse, les troubles de l'ostéogénèse, l'atrophie de la diaphyse, sont de plus en plus marqués, constituant un symptôme caractéristique de la nature tuberculeuse de la lésion.

Cicatrisation, sclérose. — Vers la fin de la deuxième année de l'évolution, dans les cas favorables, apparaissent les signes de sclérose, de cicatrisation des lésions.

Les troubles de l'ostéogénèse diminuent, la récalcification se fait très lentement, les contours osseux, qui

étaient flous, peu marqués, à la période de l'évolution, apparaissent plus nets.

S'il y a eu destruction, tête et cotyle garderont évidemment la forme donnée par la destruction, mais au niveau du foyer on observera une sclérose, une condensation qui sera le signe de la période de consolidation.

Cette consolidation sera variable suivant le degré des lésions et des destructions, et elle va dicter le pronostic fonctionnel de la coxalgie.

Dans les formes synoviales pures qui ont évolué sans atteinte des surfaces articulaires, il y aura *raideur articulaire* sans ankylose, et le malade conservera une partie des mouvements de son articulation coxo-fémorale.

Lorsqu'il y a eu destruction, deux cas peuvent s'observer. Il peut y avoir *ankylose osseuse* par accolement des surfaces ulcérées ou détruites, véritable étouffement des lésions, dont les dernières, les plus tenaces, resteront à la partie inférieure du cotyle, partie déshabitée ou aucun accolement de surfaces osseuses ne peut exister.

Cette ankylose osseuse est un résultat favorable à la condition qu'elle soit en bonne position, l'ankylose osseuse en mauvaise position pouvant gêner considérablement la marche.

Si les destructions sont très accentuées, s'il y a chevauchement de la tête sur le cotyle, si des cavernes, contenant parfois des séquestres, creusent la tête fémorale, l'accolement osseux ne pourra pas se faire, et il se constituera une *pseudarthrose* fibreuse plus ou moins serrée.

Cette pseudarthrose sera un résultat fonctionnel défavorable car permettant, à chaque pas que fera le malade, des mouvements peu considérables parfois, mais répétés, elle exposera le malade à des douleurs, à une fatigue rapide à la marche, et surtout à un réveil de l'affection tuberculeuse, non guérie mais seulement latente.

Les abcès ossifluents. — Les abcès ossifluents constituent de véritables diverticules du foyer tuberculeux de la hanche.

Le plus grand nombre de ces abcès a pour origine une perforation de la capsule qui permet leur propagation dans les parties molles.

Quelques-uns proviennent directement de la face pelvienne du cotyle perforé, évoluant à l'intérieur de la cavité pelvienne.

A côté de ces abcès, véritables abcès ossifluents, on a signalé, et nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas, de véritables abcès ganglionnaires de la région inguinale au cours de la coxalgie.

Ces abcès ganglionnaires sont d'ailleurs très rares, et leur allure clinique ne permet pas la confusion avec l'abcès ossifluent.

Symptomatologie.

Aux trois stades de l'évolution anatomo-pathologique correspondent trois périodes cliniques dont nous étudierons successivement la symptomatologie, en suivant l'évolution de la coxalgie.

Au début, la symptomatologie est floue, assez fruste dans la grande majorité des cas, et *cette période de latence* demande un examen clinique minutieux sur lequel nous insisterons.

A la *période d'état*, de pleine évolution, le diagnostic est aisé, l'ensemble des symptômes ne permettant guère une confusion, et, a ce stade, ce seront les complications possibles qui nous arrêteront plus particulièrement.

Enfin il convient de bien connaître les signes de *cicatrisation*, de sclérose, puisque ce sont eux qui permettront de parler à notre malade de consolidation et de lui laisser entrevoir la possibilité de reprendre bientôt une vie active.

Période de latence.

La forme de début, de beaucoup la plus fréquente de la coxalgie, est un début lent, insidieux, que l'on reconnait à un ensemble de symptômes peu accentués, mais qui, réunis par un examen méthodique, formeront un tableau caractéristique. Ces symptômes capitaux de la coxalgie au début sont les douleurs, la claudication, la limitation des mouvements de la hanche, l'atrophie musculaire, l'adénopathie.

Les douleurs. — La douleur *spontanée* est constante dans la coxalgie. Il est classique de signaler la gonalgie et si nous insistons sur cette douleur à distance c'est que son intensité est parfois telle qu'elle pousse à des erreurs de diagnostic. Nous avons vu à deux reprises des malades arriver dans notre service avec le diagnostic de tumeur blanche du genou, appareillés comme tels, et présentant en réalité des coxalgies. A côté de ces douleurs à distance, existent des douleurs localisées à la hanche, apparaissant assez fréquemment la nuit au moment où la vigilance musculaire étant en sommeil permet un mouvement brusque de l'articulation.

L'examen de l'articulation montrera l'existence de douleurs *provoquées*. Nous rejetons systématiquement la percussion sur le grand trochanter ou le talon, procédé trop brutal, provoquant des douleurs parfois extrêmement vives, déchirantes, que nous estimons complètement inutiles pour le diagnostic.

Une pression modérée à la face antérieure et à la face postérieure de l'articulation provoquera une douleur supportable, tout en permettant de localiser exactement le point douloureux sur la tête fémorale.

Signalons dès maintenant que le *toucher rectal* permettra parfois de déceler un point douloureux sur le fond du cotyle, indice d'une atteinte du fond de la cavité cotyloïde.

La claudication. — Le malade examiné debout peut déjà à cette période apparaître reposant sur le côté sain, on notera également un abaissement du pli fessier, et la marche permettra de percevoir une claudication légère, le signe classique du maquignon.

Mais cette boiterie, dès qu'elle est un peu accentuée, va présenter un aspect particulier, intéressant à reconnaître pour aider au diagnostic différentiel.

La boiterie est non seulement due au fait que les deux pas sont inégaux, l'appui sur le côté malade étant plus court, mais encore au fait que l'extension de la cuisse est incomplète, car il existe déjà un certain degré de flexion permanente de la cuisse sur le bassin. La boiterie sera une boiterie par inclinaison du corps en avant, facile à opposer à la boiterie par plongeon latéral observée dans la luxation congénitale et dans certaines arthrites chroniques non tuberculeuses.

Limitation des mouvements. — L'examen de la marche permettait déjà de prévoir une certaine limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale ; l'examen couché montrera le degré de cette limitation.

Une bonne précaution à prendre dans l'examen de toute hanche est de faire placer le malade sur un plan rigide une table par exemple, qui permettra de mieux se rendre compte de la limitation des mouvements et des compensations possibles.

Les mouvements de flexion, d'abduction, de rotation

interne seront plus ou moins limités ; ne pas oublier en les recherchant de bien immobiliser le bassin ou de glisser la main sous la région lombaire pour se rendre compte du mouvement de bascule qui se produira dans cette région dès que la flexion de la cuisse sur le bassin sera arrêtée et devenue douloureuse.

Si cette limitation des mouvements apparaissait peu marquée, il convient de chercher la perte de l'hyperextension, symptôme très précoce. Pour cela, il suffira de faire coucher le malade à plat ventre sur la table, le genou fléchi à angle droit, une main maintenant le bassin du malade, on cherchera, en soulevant la jambe, à détacher la face antérieure de la cuisse du plan de la table. Au lieu de l'hyperextension normale que l'on provoque ainsi, on sent, chez le coxalgique au début, une résistance due à la contracture très précoce du psoas, résistance qui fait que l'on ne peut soulever le genou, sans entraîner rapidement le bassin. Cette contracture du psoas, déjà perçue par la boiterie, est confirmée par la perte de l'hyperextension et en pratique elle se trouve un symptôme très précoce et important du début de la coxalgie.

L'*atrophie musculaire* ne frappe pas à cette période comme elle le fera à la période d'état, elle demande à être recherchée, sera réelle mais peu accentuée et s'accompagnera d'une atonie musculaire manifeste.

L'*adénopathie* sera en quelque sorte la signature de la nature tuberculeuse de l'arthrite, tous les symptômes précédents étant des signes de lésion articulaire mais ne préjugeant pas de l'étiologie.

L'adénopathie inguino-crurale n'est pas l'adénopathie symptomatique de la coxalgie. C'est dans la fosse iliaque interne, au-dessus de l'arcade fémorale, qu'il faut aller la rechercher.

Cette *adénopathie iliaque, rétro-crurale*, est constante dans la coxalgie et venant s'ajouter aux autres symptômes trouvés au cours de l'examen, elle complètera le tableau clinique du début.

Enfin ne négligeons pas d'insister sur l'examen général du malade. Le bassin, le rachis doivent être examinés systématiquement, et l'examen de tous les autres appareils, en particulier des appareils pulmonaire et génito-urinaire, évitera de laisser passer inaperçue une autre localisation tuberculeuse importante à déceler pour le pronostic.

Période d'état et d'évolution.

A la période d'état, tous les symptômes observés au début de l'affection vont s'accentuer, acquérant une intensité telle que le diagnostic sera le plus souvent très aisé. Ce qui nous arrêtera surtout, ce sont deux symptômes, nous devrions dire deux complications, la position vicieuse et l'abcès ossifluent, qui par leur évolution vont avoir une influence considérable sur le pronostic de la coxalgie.

Au premier regard, on remarque l'œdème sous-cutané de la région, d'autant plus apparent que l'atrophie de la cuisse est très prononcée ce qui donne l'aspect spécial de hanche de gigot.

Mais surtout ce qui frappe c'est la position vicieuse du membre inférieur et la limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

La position vicieuse du début de la coxalgie est la flexion de la cuisse sur le bassin, déjà esquissée à la phase de latence, complétée par de l'abduction et de la rotation externe du pied.

Il convient d'ailleurs de signaler que très souvent cette position vicieuse n'apparaît pas à première vue, elle demande à être recherchée car elle peut être masquée par la mobilité des autres articulations.

Il convient, pour ne pas la laisser échapper, de faire coucher le malade sur un plan rigide.

Les deux membres inférieurs étant en extension on constatera une ensellure lombaire exagérée, ensellure de compensation qui masque la flexion ; on constatera également que le membre malade présente un allongement dû à l'abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade.

Si nous cherchons à corriger ces positions vicieuses, on s'aperçoit que le bassin suit tous les mouvements imprimés au fémur. La flexion corrige l'ensellure lombaire et le degré de flexion atteint lorsque cette ensellure a disparu traduit le degré de position vicieuse de flexion. L'abduction de la cuisse fera remonter l'épine iliaque antéro-supérieure, et lorsque la ligne bi-iliaque sera perpendiculaire à l'axe médian du corps on aura le degré de position vicieuse d'abduction, la mensuration des membres inférieurs faite à ce moment, les deux membres étant bien symétriques, montre qu'il n'existe pas d'allongement réel.

La correction de cette position vicieuse a montré que l'articulation coxo-fémorale était complètement bloquée par la contracture musculaire, pratiquement aucun mouvement ne s'est passé dans l'articulation coxo-fémorale, les mouvements obtenus ont tous eu pour siège la colonne lombaire, et l'articulation 5e lombaire-sacrum.

Mais nous avons vu que sous l'influence des destructions, si peu accentuées qu'elles soient, la tête fémorale tendait à se mettre en luxation dorsale haute. Aussi est-ce la position vicieuse de cette luxation qui va se produire dès que les destructions seront amorcées, avant qu'elles ne soient appréciables cliniquement.

Cette *deuxième position vicieuse* sera : flexion de la cuisse sur le bassin complétée par de l'adduction et de la rotation interne. Comme dans la première position vicieuse des mouvements se produisent au niveau du rachis lombo-sacré pour compenser cette nouvelle situation. L'ensellure lombaire exagérée effacera toujours la flexion, mais c'est par l'ascension de l'épine iliaque antéro-supérieure que l'adduction sera corrigée.

Comme dans le cas précédent, on pourra corriger cette position vicieuse ce qui permettra d'en voir le degré et de mesurer le raccourcissement réel dû aux destructions.

Ce raccourcissement sera plus ou moins accentué suivant les cas. Parfois il est cliniquement inappréciable et ce sera le cliché radiographique qui montrera sa réalité par une légère rupture de l'ogive fémoro-obturatrice.

D'autres fois, il se traduira par une ascension plus marquée du grand trochanter et une diminution de longueur du membre inférieur facile à mesurer après avoir équilibré le bassin.

Cette deuxième position vicieuse, flexion, adduction, rotation interne, est la plus importante à retenir, c'est elle qui tend toujours à se produire avec une continuité très grande et c'est contre elle que la thérapeutique devra lutter afin non seulement d'éviter la luxation pathologique, et de laisser l'articulation se consolider dans cette position vicieuse qui aggraverait le pronostic fonctionnel.

Les abcès. — A ce stade apparaissent les abcès ossifluents parfois précédés de douleurs vives et tenaces, de température, d'autres fois évoluant d'une façon tout à fait torpide et insidieuse.

Ils peuvent émigrer dans toutes les directions et ils doivent être recherchés systématiquement avec le plus grand soin.

On les divise en deux grandes catégories : les abcès extra-pelviens et intra-pelviens.

Les *abcès extra-pelviens* s'observeront tout autour de l'articulation. Ils seront *antérieurs*, tantôt antéro-externes apparaissant sur la face externe de la racine de la cuisse, ce sont les plus fréquents. Tantôt on les trouve antéro-internes en dedans des vaisseaux. Il en existe même en bissac, une poche antéro-externe, une antéro-interne, la communication entre les deux poches passant en arrière des vaisseaux fémoraux.

A la face interne de l'articulation s'observeront des abcès sous-pectinéaux et des abcès qui, fusant le long des adducteurs pourront soit venir se montrer et même fistuliser très bas à la face interne de la cuisse, soit passer à la loge postérieure de la cuisse, allant se montrer à très longue distance de leur point de départ.

A la face *postérieure* peuvent apparaître des abcès fessiers venus de la face postérieure de l'articulation. Ces abcès, cachés fatalement à la simple inspection doivent être recherchés avec le plus grand soin, d'autant plus que d'autres collections ossifluentes peuvent venir émigrer dans cette région.

Les *abcès intra-pelviens* viennent en effet s'ajouter à ces trois groupes extra-pelviens.

Provenant de la face interne du cotyle perforé, ces abcès fuseront le plus souvent en dehors du bassin par la grande échancrure sciatique venant ainsi apparaître à la fesse.

Beaucoup plus rarement, l'abcès sortira par la petite échancrure sciatique. Ajoutons enfin que ce n'est que très exceptionnellement que ces abcès s'ouvriront dans une cavité viscérale du petit bassin.

L'existence de ces abcès intra-pelviens sera décelée par le toucher rectal.

Les autres symptômes de la coxalgie, atrophie musculaire, adénopathie, n'ont fait que s'accentuer à cette période.

Quant à l'état général, il sera très variable suivant les sujets. Bon, très bon chez les malades qui évoluent favorablement, il sera médiocre ou mauvais chez ceux dont les lésions s'accentuent ou qui présentent d'autres localisations tuberculeuses. Un état général médiocre, chez un malade subfébrile malgré un traitement rigoureux, doit faire redouter des complications, des destructions très accusées, ou des abcès.

Nous avons eu l'occasion d'observer à cette période d'évolution un certain nombre de cas d'œdème de tout le membre inférieur, avec un véritable épaississement du système cutané. Cette dystrophie, sur laquelle Ménard à autrefois insisté, s'est montrée dans certains cas précédant un abcès.

Ce qui nous a frappé c'est l'existence chez ces derniers malades d'une décalcification considérable des extrémités articulaires, si considérable que même sur de très bons clichés, ces extrémités restent floues presque indistinctes, décalcification qui ne s'accompagne d'aucune destruction appréciable.

Ces œdèmes sont très tenaces, demandant des mois pour commencer à se résorber et dans des cas où nous les avons observés, ils nous ont paru être d'un pronostic à réserver.

Période de consolidation.

Dans les cas favorables, lorsque le cycle évolutif de la lésion tuberculeuse est terminé, les symptômes de circatrisation apparaissent.

L'œdème de la racine du membre disparaît progressivement, les téguments redeviennent souples et minces ; les abcès ne se reproduisent plus ou les fistules se cicatrisent, les ganglions rétrocèdent, diminuent de volume.

La radiographie confirme le début de consolidation en montrant une recalcification du squelette, une sclérose du foyer. Elle va également nous permettre de faire l'inventaire anatomique des lésions et d'orienter le pronostic fonctionnel que le malade ne va pas tarder à nous réclamer.

L'examen clinique fait à cette période a permis également de constater la situation des extrémités articulaires, la position du membre, et ce qui subsiste des mouvements de l'articulation.

Ces divers éléments seront étudiés en détails avec le pronostic fonctionnel qui est sous leur dépendance. Nous nous contenterons d'examiner maintenant les divers modes de la terminaison de la coxalgie d'après les examens cliniques et radiographiques.

Des mouvements actifs et passifs de l'articulation peuvent subsister ; la radiographie montrant dans ce cas une absence de destruction.

Il existera des mouvements passifs moins étendus que dans le cas précédent s'accompagnant d'ascension du grand trochanter plus ou moins accentuée, la radiographie montre des destructions étendues de la tête fémorale, et il n'y a pas d'ankylose osseuse. Ce qui reste de la tête fémorale est plus ou moins remonté dans le cotyle (pseudarthrose intracotyloïdienne), ou très rarement chez l'adulte en position de luxation (pseudarthrose extra-cotyloïdienne) s'accompagnant de position vicieuse accentuée.

Les mouvements passifs sont beaucoup plus limités. qu'il y ait une pseudarthrose fibreuse serrée en bonne position ou en mauvaise position.

Enfin cliniquement et radiographiquement il y a ankylose osseuse qui peut aussi être en bonne ou mauvaise position.

Formes cliniques.

Formes à début brusque. — A côté de la forme classique à début lent et insidieux que nous venons de décrire, il est bon de signaler l'existence, beaucoup plus rare, d'une forme à début brusque.

Le malade est pris subitement d'une douleur violente au niveau de l'articulation de la hanche ; la contracture est de suite intense, le membre est figé, le malade redoute toute mobilisation, même tout attouchement tellement la douleur est violente.

Ces symptômes locaux s'accompagnent d'évolution de température, parfois même de transpiration diffuse, et en présence de pareille symptomatologie on pense plutôt au rhumatisme articulaire aigu ou à l'arthrite aiguë qu'à la coxalgie.

L'inefficacité du salicylate, l'évolution toute différente de celle de l'arthrite aiguë septique, écartent rapidement ces diagnostics, et la poussée aiguë passée, le tableau clinique se rapproche de celui du début de la coxalgie.

Ces débuts brusques sont rares chez l'adulte, mais nous en avons cependant observé deux cas qui avaient pendant un certain temps été traités pour rhumatisme aigu articulaire

Formes à marche bénigne sans destruction. — Nous avons décrit schématiquement l'évolution de l'ostéo-arthrite tuberculeuse coxo-fémorale.

Mais on observe aussi des véritables formes synoviales dans lesquelles les destructions osseuses n'existent pas et qui vont évoluer en conservant la forme et les fonctions de l'articulation, et la notion importante à retenir est que ces formes, malgré leur bénignité apparente, demandent le même temps de traitement que les autres et

---

qu'une erreur de thérapeutique pourra transformer cette forme synoviale bénigne en une forme ostéo-articulaire grave.

Formes à marche rapide. — Au contraire, certaines formes, malgré le traitement, vont évoluer très rapidement vers l'abcédation, la fistulisation et des destructions étendues.

Ces formes s'observent avec plus de fréquence chez les tuberculeux multiples.

Coxalgie par propagation. — Enfin il est bon, en terminant ce chapitre, de signaler les propagations à l'articulation d'ostéites juxta-articulaires.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de cette sorte, une ostéite du sourcil cotyloïdien propagée à l'articulation, et une ostéite de l'ischion qui avait envahi la partie inférieure de l'article.

En général, dans ces formes, l'état s'aggrave brusquement au moment de la propagation à l'articulation. La limitation des mouvements s'accentue subitement, la mobilisation devient très douloureuse ce qui contraste avec l'indolence qu'elle présentait auparavant et le membre accentue la position vicieuse.

Le diagnostic est en général facile à faire, surtout si l'on avait auparavant connaissance de l'ostéite juxtacoxale.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES RADIATIONS

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE PARIS

(Professeur : M. LOEPER)

Modifications du sang déterminées par les rayons X et les corps radio-actifs [1].

Par A. LACASSAGNE.

Les modifications dans le nombre des éléments figurés du sang, consécutives à l'irradiation, sont connues depuis longtemps, aussi bien au point de vue expérimental qu'au point de vue des applications cliniques. Pour chercher à expliquer le mécanisme encore obscur de l'action bienfaisante des radiations dans quelques affections caractérisées par l'excès ou le défaut de certains éléments du sang, il importe de bien connaître les effets très caractéristiques et très constants des irradiations expérimentales.

I. Les faits expérimentaux.

L'exposition aux rayons X d'un animal en totalité entraîne des modifications du sang, variables avec l'intensité du rayonnement, mais remarquablement constantes dans leur degré et leur évolution, chaque fois que l'on se replace dans des conditions expérimentales semblables.

Passons rapidement en revue les principales de ces modifications, en les envisageant successivement selon que la dose administrée aura été moyenne, forte, ou faible.

1° Irradiation moyenne. — L'étude de la *courbe leucocytaire* montre que l'irradiation est immédiatement suivie par une leucopénie précoce, qui, parfois, peut débuter au cours même de l'irradiation. Mais cet abaissement du nombre des globules blancs est très passager ; quelques heures après l'irradiation, il fait place à une leucocytose due à l'augmentation des seuls polynucléaires. Ce nouveau phénomène est lui-même fugace : 24 heures après l'irradiation, on constate qu'il se produit une nouvelle chute leucocytaire, la radioleucopénie proprement dite, non plus brutale comme la première, mais progressive, et qui atteint son maximum vers la fin du troisième jour. A partir du quatrième jour, le nombre des leucocytes commence à remonter, et cette restauration aboutit au rétablissement d'une formule sensiblement normale, une huitaine de jours environ après l'irradiation. Mais les différentes espèces de globules blancs ne se sont pas comportées semblablement au cours de ces modifications : Alors que le nombre des lymphocytes a constamment décrû après l'irradiation jusqu'à la fin du troisième jour, pour s'accroître ensuite rapidement, c'est aux considérables variations numériques des polynucléaires que sont dues les grandes oscillations de la courbe leucocytaire, et leur équilibre numérique est plus tardivement rétabli. Au contraire, les monocytes sont les seuls éléments blancs dont le nombre reste constant, comme si l'irradiation n'avait eu aucune prise sur eux.

On n'observe pas non plus de modifications en ce qui concerne les *hématies*. Le nombre des *plaquettes* décroît après l'irradiation, puis se rétablit, suivant un rythme comparable à celui des leucocytes.

2° Irradiation forte. — Si l'irradiation a été beaucoup plus prolongée, on constate les modifications suivantes en ce qui concerne les *leucocytes*, la leucopénie précoce est suivie d'une polynucléose moins élevée que dans le cas précédent, puis d'une radioleucopénie plus rapide et plus accentuée ; la chute leucocytaire est considérable et il arrive que la mort de l'animal survienne vers le dixième jour, alors que les leucocytes ont totalement disparu du sang circulant.

Les *plaquettes* ont elles, aussi, disparu, et, simultanément, le temps de coagulation du sang s'est progressivement allongé, pour aboutir à un état d'incoagulabilité presque totale. Quant aux *hématies*, dans ce cas non plus, elles ne révèlent de modification ni numérique, ni morphologique.

3° Irradiation faible. — Si l'irradiation a été de très courte durée, ou si elle n'a porté que sur un territoire limité du corps, les modifications des leucocytes — se succédant toujours dans le même ordre — sont très légères et après une radioleucopénie légère, la réparation s'achève déjà au cinquième ou sixième jour : un certain degré de leucocytose pourrait même — pour certains auteurs — persister quelque temps après la réparation, mais il arrive souvent, dans ces cas, que l'on observe un certain degré d'hyperglobulie rouge et aussi (d'après quelques expérimentateurs) de thrombocytose.

4° Irradiations moyennes répétées. — Si on renouvelle les irradiations régulièrement tous les trois ou quatre jours, c'est-à-dire au moment du début de la réparation, on provoque non seulement une leucopénie persistante de plus en plus marquée, mais, à partir du quinzième jour environ, une anémie progressivement accentuée jusqu'à la mort de l'animal vers le trentième jour.

On peut résumer les constatations des expériences précédentes en disant que les modifications provoquées dans le sang par les rayons X varient selon la dose et le mode d'administration :

1° Secondairement à l'administration d'une dose forte, on observe une diminution des leucocytes et des plaquettes d'autant plus importante que l'irradiation a été plus intense et le territoire atteint plus étendu.

2° Secondairement à l'administration de doses faibles, on peut observer une augmentation légère des éléments figurés.

3° La diminution du nombre des globules rouges ne s'observe qu'après administration de doses renouvelées.

(1) Leçon rédigée par M. Ravier, Int des Hôp.

II. Interprétation des faits.

L'explication la plus anciennement fournie est la suivante ;

a) Les rayons X. à doses fortes, exercent une action destructive. mais celle-ci se manifeste inégalement selon les variétés de cellules qui n'ont pas toutes la même radiosensibilité. C'est ainsi que, dans le sang, il existe des éléments très radiosensibles. les leucocytes, qui sont tués par l'irradiation (d'où la leucopénie) ; d'autres éléments radiorésistants. les globules rouges. La leucopénie s'explique. pour certains auteurs, par une action destructive directe des rayons sur les leucocytes circulants ; pour d'autres, par une action destructive dans les organes leucopoïétiques. secondaire à la mise en liberté d'une leucotoxine par les leucocytes détruits.

b) Les rayons X à doses faibles ont une action excitante : celle-ci se manifeste en provoquant dans les organes sanguiformateurs une hyperproduction d'éléments figurés. Mais cette interprétation simple et séduisante, est infirmée par de nombreuses expériences. On ne peut admettre, en particulier, le caractère de grande radiosensibilité attribué aux leucocytes.

En effet, si l'on conserve à la glacière. dans de petits tubes scellés, des gouttes de sang d'un animal irradié, on y trouve des leucocytes encore vivants et mobiles. plusieurs jours après que l'animal donneur est mort avec le sang complètement privé de leucocytes.

Si, sur un animal vivant, on irradie du sang enfermé dans la jugulaire entre deux ligatures, les leucocytes n'y sont pas détruits par les rayons.

Si on irradie des leucocytes maintenus en survie par la technique utilisée pour la culture des tissus, on les voit conserver une mobilité comparable à celle des leucocytes des préparations témoins et rester en vie pendant un temps égal.



FIG. 1. — Migration dans un milieu de culture de leucocytes irradiés

Si, enfin, on utilise le plasma d'un animal en radioleucopénie pour y cultiver des leucocytes normaux, la survie se prolonge autant qu'en plasma normal.

Ces expériences rendent insoutenable l'action destructive directe des radiations sur les leucocytes du sang, comme la mise en liberté d'une leucotoxine.

Action des rayons sur les organes sanguiformateurs. — Une autre manière d'expliquer les modifications röntgeniennes du sang est de les considérer comme secondaires aux lésions des organes dans lesquels se fabriquent les éléments figurés. La grande radiosensibilité de ces tissus hémopoïétiques est en effet établie depuis longtemps et reste incontestable.

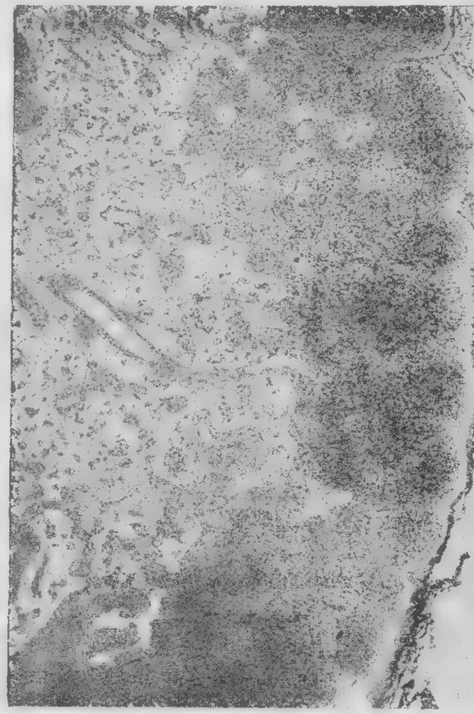


FIG. 2. — Coupe de ganglion lymphatique normal.

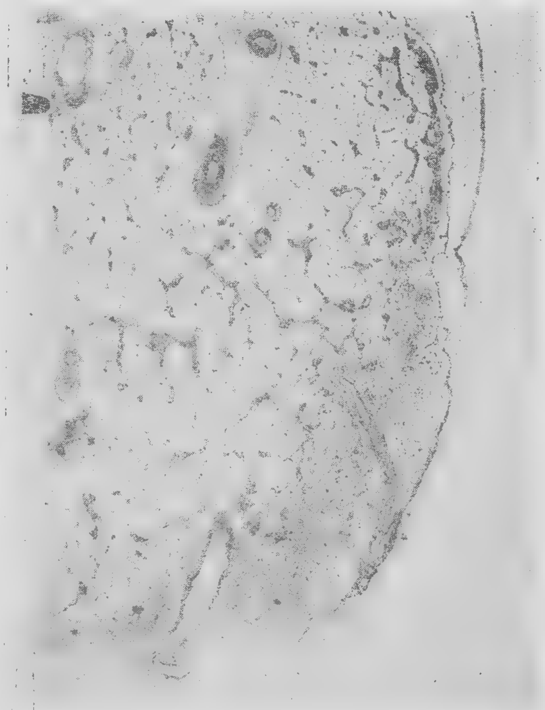


FIG. 3. — Coupe de ganglion lymphatique irradié.

Voyons, très succinctement, quelles sont les modifications apportées par les rayons, d'une part dans les organes producteurs de lymphocytes (ganglions lymphatiques, amygdales, follicules du tube digestif, thymus), d'autre part le principal organe producteur des granulocytes, des thrombocytes, et des hématies (c'est-à-dire la moelle osseuse).

Les lésions produites par les rayons X dans les *organes lymphoïdes*, et en particulier dans leurs centres germinatifs, sont immédiates et intenses. Un ganglion. prélevé

un quart d'heure après quelques minutes d'irradiation, contient déjà de nombreuses cellules en cytolyse. Les lésions, qui intéressent surtout les lymphoblastes et les plus jeunes des lymphocytes, sont d'autant plus étendues que la dose administrée a été plus forte. Leur marche est régulière : dégénérescence rapide des cellules et dépeuplement progressif de l'organe, avec maximum au troisième jour : puis réparation, achevée vers le septième ou huitième jour. Les radiolésions du thymus — qui portent surtout sur la zone corticale — sont comparables en tous points. L'extrême sensibilité des éléments et la rapidité de leur fonte expliquent les effets parfois surprenants que l'on observe en radiothérapie de certaines hypertrophies d'organes lymphatiques et du thymus.

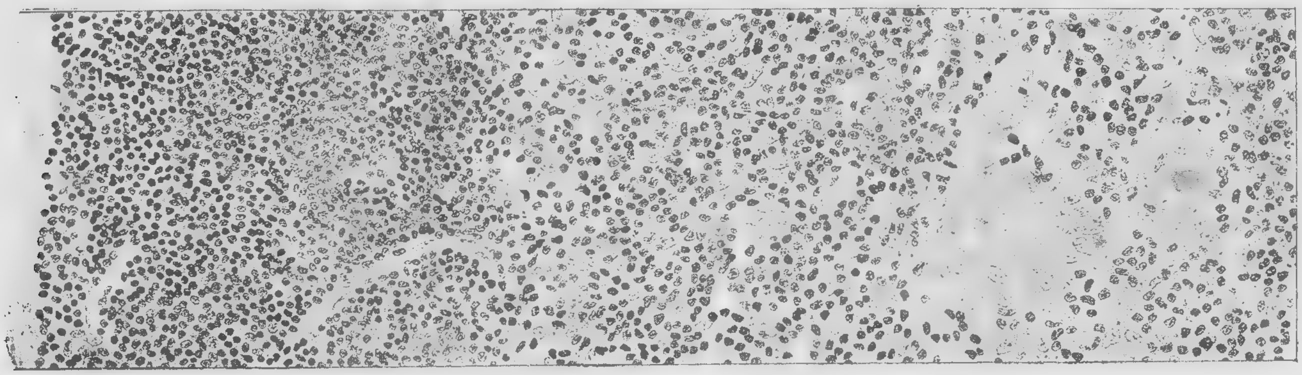


Fig. 4. — Coupe de thymus normal.

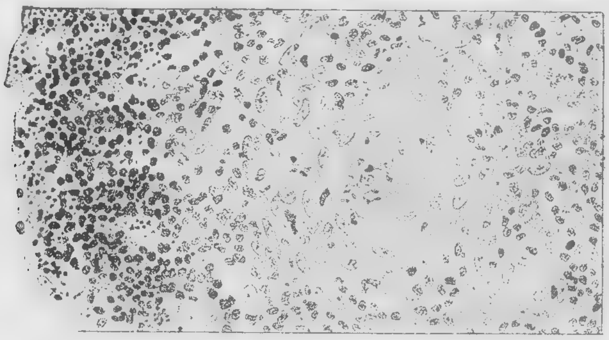


Fig. 5. — Coupe de thymus irradié.

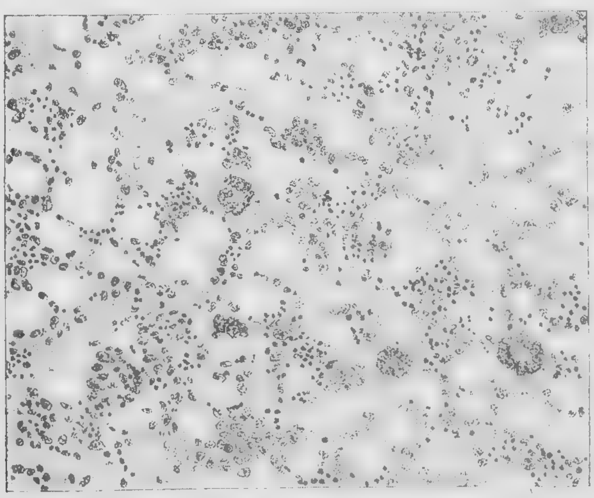


Fig. 6. — Coupe de moelle osseuse normale.

Les radiolésions de la *moelle osseuse*, pour être — à dose égale — un peu moins précoces et profondes que celles des tissus lymphoïdes, sont également très faciles à obtenir. Elles portent sur tous les éléments de la série sanguine, et, au même degré sur les lignées rouge et blanche. Elles consistent dans la cytolyse simultanée des myéloblastes, des érythroblastes et des mégacaryocytes. Les éléments plus résistants, comme les myélocytes et les normoblastes, subissent au contraire une maturation accélérée. De tout cela il résulte qu'après quatre jours, la moelle osseuse est vidée de ses éléments par suite de la destruction d'une partie des cellules des lignées sanguines et du passage dans le sang des éléments précocement mûris.

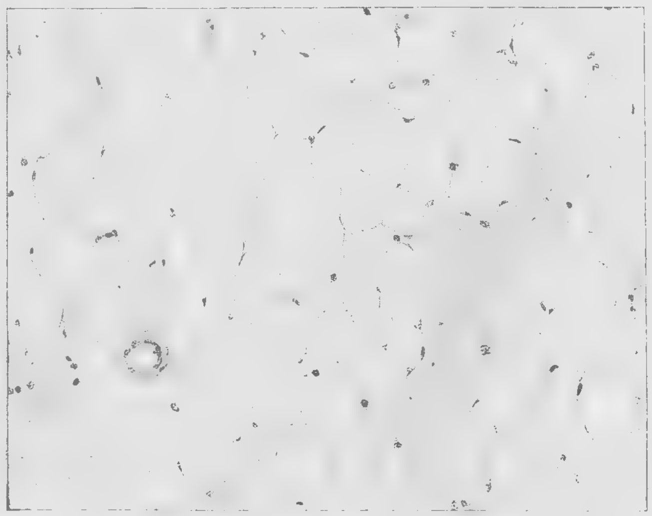


Fig. 7. — Coupe de moelle osseuse irradiée.

Maintenant que nous connaissons la nature et la chronologie des radiolésions des organes sanguiformateurs, l'examen du tableau ci-joint, sur lequel est schématisée la généalogie très simplifiée des éléments sanguins, permet de se rendre compte des conséquences inévitables de ces lésions :

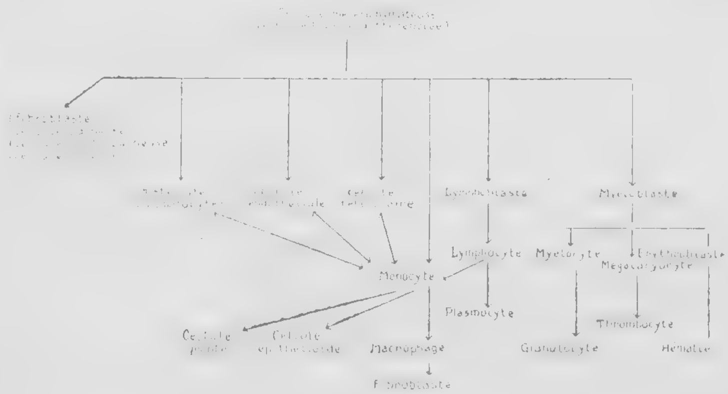


Fig. 8.

a) La destruction temporaire des centres germinatifs des organes lymphoïdes, en suspendant brusquement la fabrication des lymphocytes, entraînera une lymphopénie progressive jusqu'à la date de leur réparation.

b) La destruction des myéloblastes aura pour conséquence une granulopénie qui succèdera à la polynucléose, interprétable elle-même comme la conséquence de la sortie dans le sang des polynucléaires provenant de la maturation hâtive des myélocytes ;

c) De la destruction des mégacaryocytes découlera une thrombopénie ;

d) Enfin on s'explique que le nombre des monocytes (eux-mêmes très radiorésistants, et tirant leur origine d'éléments-souches variés et beaucoup moins sensibles que ceux des organes sanguiformateurs proprement dits) reste sensiblement normal pour des irradiations qui suspendent la production des autres éléments blancs.

Cependant, deux phénomènes restent encore inexpliqués :

1° La disparition des leucocytes en circulation dans le sang au moment de l'irradiation :

2° Le maintien du nombre des hématies alors que les éléments des lignées rouges ont été détruits.

Si les leucocytes, bien que radio-résistants, diminuent rapidement de nombre à la suite d'une irradiation, c'est que celle-ci, en suspendant la production et le passage dans le sang de nouveaux leucocytes, met en évidence un phénomène physiologique qui passe normalement inaperçu : la consommation constante des globules blancs dans l'organisme. Les leucocytes ont, pour la plupart, quitté par diapédèse le système circulatoire au troisième jour, c'est-à-dire avant la restauration des organes sanguiformateurs irradiés.

Au contraire, les globules rouges n'abandonnent pas le milieu sanguin pendant les trente jours environ que dure leur « survie » : l'augmentation numérique temporaire, due à la maturation hâtive des monoblastes produite par l'irradiation de la moelle, suffit à compenser la réduction numérique que pourrait causer un arrêt de trois jours dans la fabrication des hématies.

Toutes les modifications du sang déterminées par les rayons X auront trouvé leur explication, lorsque nous aurons interprété la leucopénie précoce comme une simple modification de répartition, analogue à une crise hémoclasique.

III. — Action des corps radio-actifs.

Tout ce qui a été dit à propos des rayons X s'applique aux rayons gamma des corps radio-actifs.

En pratique, soit expérimentale, soit thérapeutique, on laisse agir ce rayonnement ondulatoire émis par le ou les foyers radiants placés à la surface, ou à une petite distance du corps. En raison des petites quantités de radium habituellement mises en œuvre, les modifications produites dans le sang sont de l'ordre de celles observées à la suite d'irradiations par rayons X, faibles ou localisées.

Un deuxième procédé d'utilisation des corps radio-actifs consiste à les introduire dans l'organisme, habituellement à l'état de sel soluble. Les quantités, évidemment très faibles, que l'on peut ainsi injecter sont distribuées par la circulation dans tout l'organisme. La substance est retenue dans certains tissus ou organes où elle continue à émettre en permanence son triple rayonnement : gamma (en trop petite quantité pour être très actif), bêta et surtout alpha, qui exerce une action destructrice sur les éléments cellulaires les plus voisins.

Or, c'est précisément dans les cellules réticulaires des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse que les corps radio-actifs sont principalement retenus : leur rayonnement entraînera donc aisément la destruction des éléments des lignées sanguines. Ce procédé de curiethérapie interne, à cause des graves lésions qu'il provoque, dans le sang en particulier, ne doit donc être mis en œuvre qu'avec une extrême prudence.

IV. — Applications à la thérapeutique.

La connaissance des effets des radiations sur le sang — diminution du nombre des éléments figurés par doses moyennes, tendance à l'augmentation par doses faibles — devait inciter à tenter la radiothérapie dans les maladies caractérisées les unes par excès, les autres par défaut d'éléments sanguins.

A la vérité, les cliniciens n'avaient pas attendu les résultats des travailleurs de laboratoire et, empiriquement, avant que fussent connus les propriétés biologiques des radiations, ils constataient l'effet favorable des rayons X appliqués aux leucémiques.

Les résultats obtenus dans la *leucémie myéloïde* sont souvent superbes : le nombre des leucocytes diminue avec une rapidité extraordinaire pour revenir au voisinage de la normale après quelques séances d'irradiation de la rate, en même temps que s'amendent les symptômes généraux et que décroît l'hypertrophie splénique.

Cette réduction numérique des leucocytes s'effectue-t-elle par un mécanisme analogue à celui de la radioleucopénie expérimentale ? Evidemment non, puisque l'irradiation locale, portant sur un organe comme la rate, à fonction myéloïde normalement nulle chez l'homme adulte, semble régulariser le fonctionnement du système hémopoiétique dans son ensemble. On peut admettre ici une action directe des rayons sur certains éléments circulant anormalement dans le sang et de sensibilité beaucoup plus grande que les leucocytes. Cependant, l'irradiation des principaux centres de formation de granulocytes dans les os doit logiquement accompagner l'irradiation de la rate, à défaut de pouvoir employer une röntgenthérapie portant sur l'ensemble de l'organisme.

L'action particulièrement efficace de l'irradiation des centres formateurs des éléments blancs est encore plus caractéristique dans la *leucémie lymphoïde* ; les hypertrophies ganglionnaires, foyers de néo-production des lymphocytes, doivent être toutes traitées pour obtenir un résultat un peu durable.

La radiothérapie générale, théoriquement nécessaire en vue d'une guérison de ces affections, peut être tentée, logiquement, par injection de corps radio-actifs. La curiethérapie interne, d'un maniement très délicat, facilement dangereuse, a en effet fourni certains résultats intéressants dans le traitement des leucémies chroniques.

Il n'en est pas de même pour la *leucémie aiguë*, où toute radiothérapie est contre-indiquée. On sait même que des irradiations intempestives ou mal conduites, peuvent transformer en leucémie aiguë une leucémie myéloïde chronique.

La röntgenthérapie a été utilisé avec un certain succès dans l'*érythrémie*. Des irradiations répétées de la rate et surtout des épiphyses des os longs, ramènent le taux des hématies à la normale et on a signalé des apparences de guérison maintenues pendant plusieurs années. L'injection prudente de corps radio-actifs semble être également indiquée dans le traitement d'une telle affection.

S'appuyant sur l'idée, encore théorique, de l'action excitante des rayons à faible dose, et sur les résultats expérimentaux établissant l'obtention d'une légère augmentation des globules rouges dans certaines conditions d'irradiation, on a essayé la radiothérapie dans le traitement des *anémies*. Les observations favorables à cette méthode de traitement, tant des anémies pernicieuses que des anémies symptomatiques, d'abord nombreuses, sont devenues rares. L'action excitante des radiations n'est pas établie. L'hyperglobulie des faibles doses pourrait bien n'être qu'un symptôme passager, correspondant à la maturation précoce de certains éléments médullaires, mais coïncidant avec la destruction d'autres éléments plus sensibles des lignées sanguines. L'emploi des radiations dans le traitement des anémies serait, dans ce cas, un contre sens.

Enfin, la modification de la coagulation du sang, plus ou moins subordonnée à des variations du nombre des

plaquettes a suscité une autre indication de la radiothérapie. Par administration de doses faibles et localisées de rayons, on a pu provoquer l'augmentation de la coagulation du sang et obtenir des résultats satisfaisants dans certains cas d'*hémophilie*.

Telles sont les principales applications thérapeutiques qui découlent de nos connaissances sur les modifications du sang provoquées par les radiations. La principale est le traitement des leucémies chroniques. Mais, dans toutes ces affections, de pathogénie encore indéterminée, les radiations agissent en s'attaquant à un symptôme et non pas à la cause encore inconnue. Aussi, les bienfaits parfois remarquables de cette thérapeutique sont, à vrai dire, passagers. La radiothérapie est à l'heure actuelle le meilleur palliatif dont nous disposions dans le traitement de certaines maladies du sang ; mais, si elles ont pu fournir d'appréciables améliorations, elles n'ont pas encore permis de réaliser des guérisons.

HISTOIRE DE LA MEDECINE

L'anatomie au Moyen Age [1]

Par le Dr Ernest WICKERSHEIMER (2)

Pendant une bonne partie du Moyen Age, tandis que l'art de guérir est exercé surtout par des religieux, l'anatomie ne préoccupe pas le moins du monde le médecin.

Au temps de la médecine monastique, la science médicale consiste presqu'exclusivement à connaître l'usage des simples ou à rassembler des formules thérapeutiques. Il existe dans les bibliothèques des couvents de médiocres traductions d'Hippocrate, de Galien, d'Oribase ou d'Alexandre de Tralles et quelques livres latins des derniers siècles de l'empire romain. On en extrait des recettes, on y ajoute quelques remèdes populaires et on applique le tout tant bien que mal au patient. L'exercice de la médecine n'étant pour les moines qu'un accessoire de leur mission sacrée, ils ne peuvent être que de très humbles praticiens. On conçoit que dans ces conditions ils ne se soient guère attachés à l'étude des parties du corps et qu'ils n'aient pas su voir dans l'anatomie une des bases de la médecine.

Il y a eu, même dans le haut Moyen Age, sinon des anatomistes, du moins quelques auteurs qui se sont mêlés d'écrire sur l'anatomie : ce ne sont pas des médecins, mais des encyclopédistes, et ces encyclopédistes ne sont pas des philosophes, mais des théologiens. L'étude de la nature n'est pas pour eux une fin, mais un moyen et leur but n'est pas de décrire des phénomènes, mais de faciliter l'intelligence des énigmes de l'Ecriture Sainte. L'univers visible n'est qu'un symbole qui doit, dans une certaine mesure, nous permettre de deviner la pensée de Dieu ; par la connaissance de la création nous nous acheminons vers la connaissance du Créateur.

Les *Etymologies* de saint Isidore, qui fut évêque de Séville de 599 à 636, sont l'une des plus anciennes de ces encyclopédies. Comme son titre l'indique, cet ouvrage est avant tout grammatical, mais l'étymologie des mots est souvent complétée par des notions positives sur les choses que ces mots représentent. Les *Etymologies* ne sont pas classées alphabétiquement, comme nos dictionnaires ; elles sont divisées en vingt livres qui traitent chacun d'une ou de plusieurs disciplines.

Isidore de Séville, bien que n'étant point médecin, consacre le livre IV tout entier de ses *Etymologies* à la médecine : quant à l'anatomie, elle trouve place dans une autre partie du même ouvrage, le livre XI, intitulé « De l'homme et des monstres » (*De homine et portentis*). Le début traite de généralités, de l'âme et de ses facultés, du corps, de la chair et des cinq sens : ensuite sont passés en revue les diverses régions et les divers organes, d'abord externes, puis internes, en allant du haut en bas, c'est-à-dire de la tête aux pieds. Les conjectures d'Isidore sur l'étymologie ne sont guère de nature à satisfaire aux exigences de la philologie moderne. Il arrive qu'elles fassent sourire, telle cette explication de l'origine du mot « mamelle » : *Mamillæ vocatæ, quia rotundæ sunt quasi malæ*... : les mamelles sont ainsi nommées, parce qu'elles sont rondes comme les joues.

On a cherché à déterminer les ouvrages qui ont inspiré le livre *De medicina* des *Etymologies* et on a supposé que c'étaient quelques compilations du Ve siècle de notre ère. Pour l'anatomie, Isidore n'a pas mieux choisi ses répondants et, non seulement il a copié de méchants livres, mais encore, il les a mal copiés. Du reste, les descriptions des organes l'occupent moins que leurs fonctions et ses notions physiologiques sont elles-mêmes bien sommaires. Le livre *De homine et portentis* se termine par un chapitre sur les six âges de l'homme, depuis la petite enfance jusqu'à la décrépitude et par deux chapitres sur les monstres et les métamorphoses, avec un vague essai de classification tératologique. On y voit défiler les êtres les plus extraordinaires, depuis les Cyclopes jusqu'au Sciopode, habitant de la brûlante Ethiopie, qui en été se couche sur le dos et se sert de ses énormes pieds pour s'abriter des rayons du soleil.

L'époque carolingienne nous a laissé le *De universo* de Raban Maur, abbé de Fulda, dont un livre traite *De homine et partibus ejus* : les définitions des organes sont copiées textuellement dans Isidore de Séville et rapprochées de versets de l'Ancien et du Nouveau Testament.

Le XIIIe siècle est l'âge d'or des encyclopédies. En même temps que le *De naturis rerum* de Thomas de Cantimpré, le *De proprietatibus rerum* de Barthélemy l'Anglais, il voit naître les trois miroirs du monde de Vincent de Beauvais, le *Speculum naturale*, le *Speculum doctrinale* et le *Speculum historiale*, dont le premier est une paraphrase grandiose des sept journées de la création. Tous ces ouvrages font une place plus ou moins grande à l'étude du corps humain et il en est naturellement de même de leurs adaptations en langue vulgaire, telles que le *Propriétaire des choses* du Français Jean Corbechon, ou le *Buch der Natur* de l'Allemand Conrad de Megenberg qui, au XIVe siècle, répandent parmi les laïques cultivés des connaissances que les clercs étaient seuls à posséder jusque-là.

A partir du XIIIe siècle les notions anatomiques qu'on trouve dans les encyclopédies sont plus développées que du temps d'Isidore de Séville ou de Raban Maur, mais le progrès n'est pas le fait des auteurs de ces ouvrages. Il faut en laisser le mérite aux médecins ; ceux ci se sont enfin remis à étudier une science qui pendant longtemps les avait laissés indifférents.

C'est qu'aussi l'enseignement et l'exercice de la médecine sont tombés en d'autres mains. Le XIe siècle avait vu l'apogée de la médecine monastique ; le XIIe siècle en verra le déclin. Au lieu de rester confinés dans leurs infirmeries comme leurs devanciers, les moines médecins avaient pris l'habitude de courir le pays et ne revenaient plus au couvent que pour les fêtes carillonnées. La discipline en souffrit, l'Eglise s'en émut et finit par défendre aux moines et aux chanoines réguliers de s'occuper de médecine. Presqu'à la même époque l'enseignement des sciences revêtait des formes nouvelles. Deux phénomènes commandent cette évolution : la constitution des premières Universités et l'introduction de la science arabe en Occident.

La formation des Universités n'est qu'une manifestation de l'esprit corporatif qui imprègne alors si profondément les institutions et les hommes ; elle a pour premier

(1) Conférence faite le 8 décembre 1926 à la Société médicale de Genève.

(2) Une traduction de cette conférence a paru récemment dans une revue américaine (*Medical Journal and Record*, 1928, CXXVII, pp. 385-387 et 446-447). On avait malheureusement négligé de m'en communiquer les épreuves ; aussi fourmille-t-elle d'erreurs qui vont jusqu'à en fausser les conclusions. C'est ce qui me détermine à en publier ici le texte original.

résultat d'assurer la continuité de l'enseignement. Rien de plus précaire que l'existence des écoles du haut Moyen Age, monastiques, capitulaires, épiscopales, voire même laïques (il y en eut çà et là, au moins en Italie) : rien de moins fixe que leur programme. Il n'en sera plus de même dans les Universités, écoles privilégiées à la base desquelles on trouve toujours une corporation, où des cours réguliers d'études sont contrôlés par des examens, sont sanctionnés par des grades et où la répartition des disciplines entre les Facultés oblige les étudiants comme les maîtres à se spécialiser.

La médecine y gagna d'être cultivée pour elle-même et ceci juste au moment où par les premières traductions de l'arabe, les données de la science étaient renouvelées.

L'arabisme, dont le triomphe ne sera complet que vers 1250, pénètre dans la médecine occidentale pendant la deuxième moitié du XIe siècle. L'initiateur du mouvement fut Constantin l'Africain, un Carthaginois de naissance, qui avait pris l'habit de Bénédictin au monastère du Mont-Cassin, dans l'Italie méridionale. Il fut un traducteur infatigable (d'aucuns disent un plagiaire, car il lui arriva de donner sous son nom des ouvrages qu'il n'avait fait que mettre en latin). Parmi ces derniers il en est un, le *Liber Pantegni*, traduction du *Livre royal* d'Ali ibn Abbas, dont deux sections sur vingt sont consacrées à l'anatomie.

Les médecins arabes ont compté dans leurs rangs des cliniciens de génie, mais la place qu'ils occupent dans l'histoire de la médecine, ils la doivent moins à leurs découvertes propres, qu'à leurs adaptations de l'œuvre des Grecs, qu'ils systématisèrent et rendirent par là plus accessible aux esprits du Moyen Age. Pour ce qui est de l'anatomie, la religion de Mahomet s'oppose à la pratique des dissections humaines et il ne semble pas que les croyants se soient beaucoup préoccupés de leur substituer l'étude des cadavres d'animaux.

Il est arrivé cependant que l'examen du squelette leur ait permis de rectifier certaines erreurs ostéologiques de leurs devanciers.

Les chapitres anatomiques d'Ali ibn Abbas ne brillent donc pas par leur originalité. L'œuvre de ce Persan arabisé du Xe siècle, qui fut médecin de l'émir de Bagdad, n'en a pas moins, sous le masque de Constantin l'Africain, exercé une influence profonde sur le développement de l'anatomie dans les pays chrétiens.

Salerne, où, au XIIe siècle, l'enseignement médical évolua vers le type universitaire, était alors, en Europe, la terre où la doctrine nouvelle pouvait le mieux fructifier. Les ouvrages de Constantin y furent accueillis avec enthousiasme et leur marque est visible dans les petits traités d'anatomie qui s'y succédèrent vers cette époque et qui, à tort ou à raison, portent les noms de Cophon, de Maurus, de Richard ou de Nicolas, quand ils ne sont pas attribués à Galien.

Au XIIIe siècle, l'étoile de Constantin pâlit. L'arabisme ou, ce qui revient au même, Galien costumé à l'arabe, est loin d'avoir terminé sa carrière, mais entre temps Gérard de Crémone, le traducteur de Tolède, a révélé à l'Occident Rhazès et Avicenne et, pendant plus de deux siècles, ces deux grands noms vont dominer l'anatomie, comme les autres branches de la médecine scolastique.

Malgré tout, il fallait bien que l'observation reprît ses droits. A ce point de vue encore, Salerne montra le chemin. Galien n'a point disséqué de cadavres humains, mais bien divers animaux, en particulier le magot (*Inuus ecaudatus*), et on lui a reproché, non sans raison, d'avoir appliqué à l'homme les constatations qu'il avait faites sur cette espèce de singe. A Salerne, on se remit à anatomiser des animaux dès le XIIe siècle, mais sans doute ne pouvait-on s'y procurer des singes. D'ailleurs, si l'on en croit l'*Anatomia Richardi*, l'homme qui ressemble extérieurement à l'ours et au singe, est intérieurement semblable au cochon. Ce sera donc le cochon qui servira de sujet d'étude. Bien que les Salernitains fassent plus d'une allusion à l'anatomie des vivants (un de leurs traités es même intitulé *Anatomia vivorum*), les vivisections ont dû être chez eux assez rares.

On peut tuer le porc en lui ponctionnant le cœur, mais alors les viscères thoraciques (*spiritualia*) se remplissent de sang et leur examen devient difficile. Aussi est-il préférable de provoquer la mort par la section de la carotide, le sujet étant suspendu par les pattes de derrière, afin de faciliter l'écoulement du sang. Ceci fait, on pratiquera sans tarder l'anatomie, tant que le cadavre sera encore chaud, car, par le refroidissement, les vaisseaux se resserrent et il devient alors difficile de distinguer les uns des autres les nerfs, les veines et les artères. Le sujet épilé sera couché sur le dos et des incisions permettront d'étudier tour à tour la langue, le pharynx et le cou, les deux cavités thoracique et abdominale, enfin l'encéphale et le globe oculaire.

On a disséqué des cadavres humains à Alexandrie, sous le règne des Ptolémées, au temps d'Hérophile et d'Erasistrate, c'est-à-dire au IVe et au IIIe siècle avant Jésus-Christ. On en a disséqué dès les premières années du XIVe siècle de notre ère. Il n'est pas prouvé qu'on en ait disséqué dans l'intervalle.

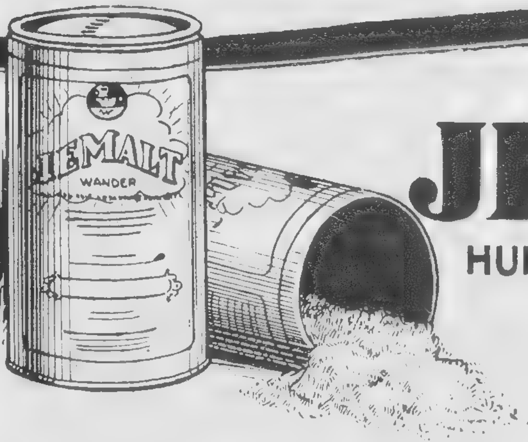
Certains prétendent que la pratique des dissections humaines remonte un peu plus haut dans le Moyen Age et ils invoquent à ce sujet une ordonnance de l'empereur Frédéric II, promulguée vers 1240 et réglant l'exercice de la profession du médecin et de celle de l'apothicaire dans le royaume de Naples. Cette ordonnance assigne en effet à l'anatomie une place dans le programme des études chirurgicales, mais il n'y est nullement question de dissections et il est inexact que Frédéric II ait prescrit aux écoles de médecine du royaume l'obligation de faire une anatomie au moins tous les cinq ans.

A Bologne, le 15 février 1302, Guglielmo Varignana ouvrit le corps d'un homme qu'on disait avoir été empoisonné. Encore ne s'agit-il pas d'une anatomie, mais d'une autopsie médico-légale.

Enfin un autre médecin de Bologne, Mondino dei Luzzi, nous apprend dans son traité d'anatomie, rédigé en 1317, qu'il a anatomisé deux femmes, l'une en janvier, l'autre en mars de l'année précédente. Janvier et mars 1316, ces deux dates sont à retenir. L'histoire des dissections humaines en Occident n'en connaît pas de plus ancienne.

Faut-il, ainsi qu'on l'a fait souvent, en rendre responsable l'Eglise ? On a invoqué pour cela une bulle de Boniface VIII (18 février 1300), mais on n'a pas pris garde que cette bulle ne vise pas les dissections. Le pape Boniface VIII s'est borné à proscrire une coutume qui, sous le nom de *sepultura more teutonico*, s'était répandue à l'époque des Croisades. Comme bien des croisés, mourant loin de chez eux, manifestaient le désir d'être enterrés dans leur patrie, on s'était avisé de faire bouillir leur cadavre : les os, séparés de la sorte des parties molles, devenaient d'un transport plus facile. Dans la bulle condamnant ces pratiques, l'anatomie n'est pas en cause, et pourtant ce furent des scrupules religieux qui empêchèrent Mondino de faire bouillir l'os du rocher, afin de le mieux étudier. A plusieurs reprises il parle des préparations qu'on obtient par ébullition, par dessiccation, ou en exposant le sujet à l'action d'une eau courante, mais il est à supposer qu'à l'exemple des Salernitains, il n'a traité de la sorte que des cadavres d'animaux, et, quand il nous dit que les muscles et les tendons du pied se voient mieux *in homine exsiccato quam recenter suspenso*, il ne s'agit point de préparations anatomiques. Mondino, qui sans doute n'a jamais eu occasion de disséquer que des corps de suppliciés, constate seulement que certaines particularités apparaissent plus clairement chez les sujets anciens que chez ceux qui viennent d'être mis à mort.

Souvenons-nous que d'après Henri de Mondeville chirurgien de Philippe-le-Bel, une dispense particulière de l'Eglise est nécessaire pour inciser un cadavre à fin d'embaumement ; rappelons les premiers mots d'une anato-


JEMALT
WANDER

mie dont l'auteur fut au service de Philippe de Valois: *Quia prohibitum est ab Ecclesia facere anothomiam in corpore humano...*, et nous serons forcés de conclure que la pratique de l'anatomie n'était pas tout à fait libre dans la première moitié du XIVe siècle. Un bref de Sixte IV (1471-1484), adressé à l'Université de Tubingue, subordonne le droit de disséquer à une permission spéciale des autorités, tant spirituelles que temporelles, et, comme les dissections deviennent de plus en plus fréquentes au XIVe siècle, puis au XVe, il est à admettre que Rome n'entendait pas les prohiber, mais seulement les surveiller. Le sentiment populaire leur a été longtemps hostile et il n'est pas impossible qu'en soumettant à une réglementation l'étude du cadavre humain, l'Eglise se soit proposé de prendre sous sa sauvegarde les anatomistes.

Bologne avait donc été l'initiatrice, justifiant sa fière devise : *Bononia docet*. D'autres Universités ou Collèges de médecins d'Italie lui emboîtèrent le pas : Padoue en 1341, Venise en 1368, Florence en 1388. En Espagne, on dissèque à Lérida à partir de 1391, à Vienne en 1404, à Prague en 1460, à Tubingue en 1485. En France il n'y a guère que Montpellier et Paris qui entrent en ligne de compte. Les dissections étaient encore inconnues à Montpellier du temps de Gui de Chauliac, c'est-à-dire au milieu du XIVe siècle, mais, en 1376, un mandement de Louis, duc d'Anjou, gouverneur du Languedoc, prescrivait de remettre chaque année à l'Université le corps d'un supplicié. A Paris, où dès 1407 la Faculté de médecine procède à une autopsie, les dissections ne sont pas mentionnées avant 1478 dans les registres de la compagnie, tenus au jour le jour par les doyens.

On trouve dans un de ces registres le compte détaillé des dépenses nécessitées par l'anatomie du 1er avril 1493 : 28 sous parisis au bourreau et 2 sous parisis à ses valets ; 4 sous, 8 deniers parisis, 2 testons pour deux seaux et de l'étoupe ; 16 deniers parisis au rameur qui mena le corps dans sa barque à travers la Seine, des Célestins jusqu'aux écoles ; 8 sous parisis pour le déjeuner du docteur anatomisant, des chirurgiens, des bedeaux et d'un bachelier ; 6 sous parisis pour le repas pris par les mêmes dans le voisinage des écoles, *ut diligentius rem ipsam expedirent* ; 8 sous parisis aux deux hommes qui séparèrent la tête du tronc, qui creusèrent la fosse, de nuit, afin d'éviter les murmures du populaire et qui portèrent le corps au cimetière Saint-Séverin : 4 sous parisis au prêtre qui fit l'enterrement et célébra la messe pour le repos de l'âme du défunt ; 2 sous, 8 deniers parisis pour le déjeuner des docteurs et des chirurgiens le second jour ; 4 sous parisis pour celui qui nettoya les écoles, la table et la cour et qui porta l'eau ; 2 deniers parisis pour les cierges de l'enterrement ; 18 deniers parisis pour le vinaigre dont on lava le corps ; 3 testons pour le linceul et la paille ; 20 sous parisis pour la table et les trépieds achetés à cette occasion. Ces frais furent couverts par une contribution spéciale, exigée des assistants, étudiants et barbiers, auxquels s'était mêlé un théologien.

Les dissections ont lieu le plus souvent à huis clos, dans l'école, à la condition que les bâtiments de celle-ci s'y prêtent, dans un couvent, ou au domicile de l'un des maîtres. Il arrive aussi qu'elles aient lieu en plein air et c'est ainsi, qu'à plusieurs reprises, à la fin du XVe siècle, la Faculté de médecine de Paris se préoccupe d'acquérir un jardin, *pro anathomiis fiendis*. Ce sont surtout les anatomies publiques qui ont lieu en plein air, celles auxquelles se pressent non seulement les maîtres et les étudiants, mais aussi des gens du monde, parfois des femmes attirées par une curiosité malsaine. C'est que le nombre des assistants n'est pas toujours limité comme il l'est à Bologne par les statuts de 1405, suivant lesquels vingt étudiants seulement sont admis à l'anatomie d'un homme, trente à celle d'une femme.

Enfin il y a des anatomies clandestines. En 1319, à Bologne, un maître et un étudiant furent accusés d'avoir déterré, pour le disséquer, un cadavre enseveli au cimetière Barnabé, et tout le monde connaît l'aventure, d'ailleurs amplifiée par la légende, d'André Vésale, disputant à des chiens furieux les suppliciés qui se balançaient au gibet de Montfaucon.

Des images représentant des dissections sont parvenues jusqu'à nous. Je vais en faire passer quelques-unes sous vos yeux...

Ici projections de 14 scènes de dissections, dont plusieurs empruntées au travail de Charles Singer sur l'édition vénitienne de 1493 du Fasciculo di medicina *de Ketham* (Monumenta medica..., *vol. II. Florence, R. Lier*, 1925).

Nous avons vu tout à l'heure que c'est dans l'*Anatomia Mundini* qu'est relatée la première dissection du Moyen Age. On ne saurait exagérer l'importance dans l'histoire de la médecine de ce traité d'anatomie, écrit par un médecin à l'usage de ses élèves, parce que, dit-il, la connaissance des parties du corps est un élément de la science médicale ; aussi l'auteur ne néglige-t-il aucune des applications de l'anatomie à la pathologie et à la thérapeutique, ni les déductions physiologiques, où il se montre, à chaque ligne, un partisan décidé de la théorie des causes finales. Le fond, comme la terminologie, est tout imprégné d'arabisme et ce serait en vain qu'on y chercherait la moindre découverte.

Mais alors, d'où vient le succès persistant d'un ouvrage qui va rester classique pendant plus de deux siècles, jusque et au-delà de la publication, en 1543, par Vésale, des sept livres du *De humani corporis fabrica* ?

L'*Anatomia Mundini* n'a qu'un mérite : elle est le premier livre d'anatomie du Moyen Age qui ait pris pour base la dissection du cadavre humain. C'est pourquoi elle a éclipsé toutes ses devancières. l'*Anatomia porci* et les anatomies pseudo-galéniques de Salerne, jusqu'aux plus récentes et aux meilleures de toutes, le IVe livre de la *Chirurgie* de Guillaume de Salicet, ou le petit traité que Mondeville composa en 1306 à l'usage de ses élèves de Montpellier.

Dès le début Mondino déclare qu'il se préoccupe moins de garder un style noble que d'instruire ses élèves par la méthode de l'opération manuelle. Sont décrits successivement, avec les organes qui les remplissent, les trois ventres du corps : *venter inferior*, ce qui est pour nous le ventre proprement dit ; *venter medius*, la cavité thoracique, à laquelle l'auteur rattache le cou et la bouche ; *venter superior*, la tête, ou plus exactement la boîte cranienne ; enfin les vertèbres, le membre supérieur et le membre inférieur. L'ordre suivant lequel Mondino énumère les parties du corps, reflète la succession des temps de la dissection. C'est ainsi que l'on commence tout naturellement par l'abdomen, parce que les viscères abdominaux se corrompent les premiers, sentent mauvais et qu'on est forcé de les jeter. C'est ainsi que pour chacune des trois cavités, abdominale, thoracique et cranienne, le contenant, puis le contenu, sont étudiés en allant de la périphérie vers la profondeur, et qu'on initie le lecteur aux méthodes techniques, qu'on le met, pour ainsi dire, à même de suivre le scalpel, au fur et à mesure qu'il plonge plus avant dans l'intérieur du corps.

On s'explique donc fort bien que, tandis que l'anatomie descendait des hauteurs de la spéculation, les vieux auteurs aient été de plus en plus délaissés pour l'*Anatomia Mundini*, et je serais tout porté à croire que ce traité d'anatomie, conçu comme un guide du prosecteur, a contribué, jusqu'à un certain point, à rendre plus fréquentes les dissections, tant pour l'instruction des étudiants en médecine, que pour celle des apprentis chirurgiens.

Sauf en Italie, où le chirurgien était déjà, ce qu'il est partout de nos jours, un médecin spécialisé dans la technique opératoire, la chirurgie fut, pendant tout le Moyen Age, abandonnée à des praticiens illettrés. D'ordinaire elle fut exercée par les barbiers et, seulement dans quelques grandes villes, on voit se former des corporations de chirurgiens plus ou moins frottés de latin, distinctes du métier de barberie. C'est ainsi qu'à Paris on compte deux

corporations rivales, les barbiers-chirurgiens, parfois appelés chirurgiens de robe courte et les confrères de Saint-Côme, dits aussi chirurgiens de robe longue.

Les barbiers parisiens avaient lié partie avec les médecins contre Saint-Côme, l'ennemi commun ; aussi lorsque vers la fin du XVe siècle, ils sentirent le besoin d'acquérir des notions théoriques que les anciens du métier ne pouvaient leur donner, ils s'adressèrent tout naturellement aux maîtres régents de la Faculté de médecine. Il eût été contraire à la dignité de ceux-ci de manier le couteau de dissection. Ainsi les chirurgiens de robe longue leur avaient-ils à l'occasion servi de prosecteurs ; ils se virent peu à peu évincés par les barbiers. Les barbiers ignoraient le latin ; les explications dont les maîtres régents accompagnaient les démonstrations anatomiques furent donc données dorénavant en langue vulgaire, ou en latin émaillé de français.

On rencontre assez souvent dans les manuscrits des questionnaires pour les examens de chirurgie. L'anatomie y est des plus rudimentaire ; l'ostéologie seule est un peu développée, ainsi que l'angéiologie, celle-ci en raison de ses applications à la pratique de la saignée. Il importe que les barbiers sachent distinguer une veine d'une artère ou d'un nerf et on s'efforce de leur apprendre le nom des quarante-deux veines saignables et le moyen de les découvrir.

La médecine, et par conséquent l'anatomie du Moyen Age, sont dominées par la théorie des quatre humeurs cardinales : le sang que sécrète le foie, la bile jaune que sécrète la vésicule biliaire, l'atrabile ou mélancolie, produit de la rate, et le phlegme qui prend naissance dans diverses parties du corps.

Bras et jambes mis à part, les organes sont classés en quatre groupes : les membres animateurs, cerveau et organes des sens, qui résident dans la tête ; les membres spirituels, cœur, trachée et poumons, qui remplissent le thorax ; les membres nutritifs, tube digestif, foie et rate, qui occupent l'abdomen ; les membres génératifs, c'est-à-dire l'appareil uro-génital, qui est compris dans le petit bassin. Alors que les nerfs s'échappent du cerveau et que les artères partent du cœur, le foie est l'origine du système veineux.

Il ne peut être question ici de décrire les divers organes ainsi que se les figurait le Moyen Age. Je me bornerai donc à vous montrer quelques images, qui, mieux que des textes, permettent de se faire une idée de l'anatomie de ce temps.

Pendant longtemps on n'a eu sur l'iconographie anatomique du Moyen Age que des notions vagues, incomplètes et inexactes. Les pièces artificielles, telles que le crâne décrit par Henri de Mondeville, ne sont pas parvenues jusqu'à nous. Il y a vingt ans on ne connaissait guère que les gravures sur bois dont sont décorés certains livres, imprimés à partir de 1491 et on y voulait voir les prémisses de l'illustration mise au service de l'anatomie.

Depuis lors, l'exploration méthodique des manuscrits nous a appris qu'il existait des figures anatomiques plus anciennes. Des travaux, parmi lesquels ceux de Sudhoff viennent se placer en première ligne, ont établi que les graveurs de la fin du XVe siècle n'ont qu'exceptionnellement innové et qu'ils se sont généralement inspirés de peintures et de dessins imaginés bien avant eux.

Si toutefois les traités d'anatomie du Moyen Age ne sont pas plus abondamment illustrés, c'est parce qu'à partir de Constantin l'Africain, l'anatomie est devenue essentiellement arabe. Or leur religion interdit aux Musulmans de représenter la figure humaine et il est évident que cette interdiction a été un obstacle sérieux au développement de l'illustration anatomique dans les pays soumis à l'Islam. Pourtant on trouve, çà et là, dans les livres arabes, des schémas relatifs à des détails de structure d'organes isolés...

Suivaient les projections de soixante-deux images, tirées pour la plupart des travaux de Sudhoff (Archiv für Geschichte der Medizin *et* Studien zur Geschichte der Medizin) : *les schémas arabes, la série des cinq images (la « Fünfbilderserie » de Sudhoff), tant en Occident (XIIe-XVe siècles) qu'en Perse (XIVe siècle), avec ses dérivés tels que la femme gravide et l'homme aux plaies, les figures donnant les points d'application des cautères et les lieux d'élection de la saignee, l'homme-zodiaque, les miniatures de Henri de Mondeville, les représentations de squelettes, la musculature abdominale d'après Pierre d'Abano, les dix-huit peintures de l'« Anothomia Philipi VII, Francorum regis », d'après une publication récente* (Ernest WICKERSHEIMER, Anatomies de Mondino dei Luzzi et de Guido de Vigevano, Paris, E. Droz, 1926, in-4°), *les dessins d'organes isolés, les tableaux des positions du fœtus dans l'utérus maternel dont on connaît un manuscrit du IXe siècle, enfin les images à découpures superposées qui n'apparaissent pas avant le deuxième tiers du XVe siècle, mais qui sont étroitement apparentées à certaines gravures incunables.*

Un historien de la médecine des plus distingués, le professeur Henry E. Sigerist, a émis récemment une théorie originale.

Selon lui, la pensée anatomique n'a pénétré la médecine qu'à l'aube de ce qu'on est convenu d'appeler les temps modernes, à une date qu'il prend d'ailleurs soin de préciser : 1543, le millésime de la publication du *De humani corporis fabrica* de Vésale. Vésale nous est présenté comme le créateur de la médecine occidentale, c'est-à-dire de la médecine basée sur l'anatomie. Il est nécessaire que chaque civilisation forge elle-même ses outils. La stérilité de la science médicale au Moyen Age (c'est toujours Sigerist qui parle), tiendrait à la vanité des efforts accomplis par nos pères pour s'assimiler une médecine hétérogène, la médecine hellénique. Une médecine occidentale ne serait devenue possible que le jour où les Occidentaux se furent enfin affranchis du joug des Grecs. Alors l'anatomie servit de pierre angulaire au nouvel édifice médical, tandis que dans l'antiquité, elle n'avait jamais été qu'un chapitre de l'histoire naturelle.

A ceci il y aurait bien des choses à répondre et d'abord qu'il ne saurait exister une incompatibilité ethnique entre la civilisation antique et la nôtre, puisque les Grecs appartiennent à la grande famille indo-européenne, tout comme les Latins, les Germains et les Celtes. On pourrait également faire observer que les contrastes entre les deux civilisations, l'antique et l'occidentale, qu'on pourrait tout aussi justement appeler chrétienne, sont beaucoup moins d'ordre intellectuel que d'ordre moral : le Christ ne s'adresse pas à la raison, mais au cœur. Si le Moyen Age et l'époque moderne conçoivent la médecine autrement que l'antiquité, c'est qu'une éthique nouvelle préside aux relations du malade et du médecin.

La médecine est par définition l'art de conserver la santé du corps humain ou de la rétablir. Une médecine digne de ce nom ne peut donc se désintéresser de la connaissance du corps humain et de ses parties.

Même chez les Arabes, où la pratique des dissections se heurte aux prescriptions du Coran, les grands traités de médecine, celui d'un Rhazès, celui d'un Ali ibn Abbas, celui d'un Avicenne, s'ouvrent par une étude de l'anatomie. Du Ve au XIe siècle, cette science fut négligée en Occident, mais aussi à quel niveau était descendu l'art de guérir ! Dès que les médecins cesseront d'être de simples empiriques, l'anatomie reviendra en honneur et les traités anatomiques comptent parmi les plus anciens de l'Ecole de Salerne.

Quant à l'antiquité classique, bien avant Galien, bien avant Erasistrate, bien avant Hérophile, elle a su comprendre l'utilité de l'anatomie pour la médecine, et jamais cette utilité n'a été mieux exprimée que dans le Περὶ τόπων τῶν κατ᾽ἄνθρωπον, qui est un des livres de la collection hippocratique : Φύσις δὲ τοῦ σώματος ἀρχὴ τοῦ ἐν ἰητρικῇ λόγου. « La nature du corps est le début du raisonnement médical. »

Le début ! Mais ceci ne suffit pas à Sigerist pour qui le raisonnement médical devra être anatomique d'un bout à l'autre, des prémisses à la conclusion. Le penser anatomique « Das anatomische Denken », qu'il croit étranger à l'antiquité classique, est, à ses yeux, l'expression même de la médecine occidentale: médecins occidentaux, nos cerveaux seraient ainsi faits, que nous ne saurions penser qu'anatomiquement.

Bien des médecins occidentaux, et non des moindres, sont d'un avis contraire. « Il est suranné de penser anatomiquement. » Est-ce Hippocrate qui parle ainsi aux Cnidiens ? Non, c'est le professeur Lépine, exposant à ses étudiants lyonnais la méthode suivant laquelle il convient d'aborder la clinique.

Il est vain d'opposer la médecine grecque à la moderne. Sachons plutôt reconnaître un débat vieux de vingt siècles, et où le dernier mot n'a pas été dit. D'un côté les organicistes pour qui la lésion est toute la maladie ; de l'autre les vitalistes qui y voient une manifestation de la *Natura medicatrix*, l'expression de la défense de l'organisme vivant contre les agents pathogènes. Qu'ils soient anciens ou qu'ils soient modernes, j'appellerais volontiers organicistes ceux qui « pensent anatomiquement ».

Quand et comment finit l'anatomie médiévale ?

Pour répondre à cette double question il faudrait d'abord préciser le sens des mots « Moyen Age » et « Renaissance », quand de l'histoire générale on les transporte dans l'histoire de la médecine.

Les évènements qui du milieu du XVe siècle au milieu du XVIe s'accomplissent dans les domaines les plus divers, politique, artistique, littéraire, religieux, les inventions, les voyages, les découvertes, ont certes exercé une influence sur la médecine ; quoiqu'on en ait dit, il n'est pas sûr qu'ils l'aient renouvelée.

Au point de vue spécial de l'anatomie, ni le XVe siècle ni le XVIe ne sont un commencement.

Assurément on dissèque davantage, au sens que nous donnons aujourd'hui à ce mot, alors que jusque-là l'anatomie consistait surtout à ouvrir des cadavres. Assurément le membre supérieur, le membre inférieur, les muscles abdominaux, les muscles thoraciques sont-ils étudiés de plus près. Assurément l'illustration anatomique profite-t-elle des perfectionnements des arts graphiques, et il n'est pas douteux que le Cinquecentto ait vu une floraison d'anatomistes, telle que les siècles précédents n'en ont point connue.

Mais ces anatomistes, et les plus grands d'entre eux, même un Léonard de Vinci, même un Vésale, ont-ils fait autre chose que de tirer un parti meilleur de méthodes dont ils ne sont pas les auteurs ?

Sans doute Mondino a-t-il le plus grand respect pour Galien qui, par le truchement des Arabes, règne en maître sur la médecine de son temps. Sans doute, ne cherche-t-il et par conséquent ne trouve-t-il dans l'examen du cadavre que la confirmation de ce qu'il a lu dans d'autres livres que celui de la Nature. Il n'en est pas moins vrai que par sa préoccupation constante de confronter la théorie avec l'observation, le vieux maître de Bologne inaugure une phase nouvelle dans l'étude du corps humain.

S'il y a eu une Renaissance anatomique, c'est au début du XIVe siècle qu'il la faut situer.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage *suite* (1).

Péripatétisme, manifestationisme et noctambulisme.

Les trottoirs et la chaussée du Boul' Mich'. — Les incursions sur la Rive Droite : de l'Odéon pensif aux tristes Batignolles. — Sifflons Rabagas. — Poésie de noctambule. — Le besoin de découcher.

Sur les trottoirs du boulevard St-Michel des promeneurs étaient rares dans la matinée et l'après-midi ; il y avait peu de bourgeois dans le quartier à cette époque. Les petits omnibus à deux chevaux, les fiacres et les camions se succédaient sur la chaussée à intervalles assez éloignés et le bruit n'était guère plus intense que dans une petite ville de province.

Mais un peu avant (heure de l'apéritif) et surtout après le déjeuner, plus encore avant et après dîner, une animation très grande se manifestait. Les terrasses des cafés se garnissaient de consommateurs, et sur les trottoirs — presqu'exclusivement celui du côté oriental où se trouvaient la plupart des cafés — des bandes d'étudiants descendaient et remontaient sans se lasser de la place de l'Observatoire à la place St-Michel. C'était alors un bruit de voix mâles de tons timbrés avec des accents de toutes les provinces, auxquelles se mêlaient de temps à autre des voix aiguës de femmes assez souvent en querelles. Des interpellations s'échangeaient entre des groupes qui se croisaient.

A certains endroits, les trottoirs étant encombrés, les promeneurs se répandaient sur la chaussée et s'y arrêtaient pour continuer leurs conversations ou leurs disputes, sans s'inquiéter des véhicules, dont les cochers ralentissaient ou arrêtaient la marche ; ceux-ci savaient par expérience que, s'ils réclamaient trop impérieusement la voie libre, quelque groupe de promeneurs n'hésiterait pas à entourer le récalcitrant et même à le faire descendre de son siège. Les étudiants étaient vraiment les maîtres dans leur Quartier.

Quelle différence avec le temps présent, où ils sont noyés dans une foule affairée et menacés, comme tous les piétons, d'être écrasés, s'ils essayent de traverser la chaussée sans la protection des gardiens de la paix ! Ceux-ci étaient généralement invisibles, laissant les habitués du Boul'Mich', vivre à leur guise, sauf les jours où quelque *chahut* organisé contre quelque professeur nécessitait leur intervention en rangs serrés par décision de M. le préfet de police.

Ce péripatétisme boulevardier se continuait jusqu'à l'heure de la fermeture des cafés et du bal Bullier, où beaucoup d'étudiants se donnaient aussi rendez vous, mais ne dansaient jamais ; la chorégraphie n'était pratiquée que par les femmes et les employés de magasins, dits *calicots*. La plupart des promeneurs regagnaient alors peu à peu leurs hôtels, seuls ou par couples, beaucoup, hélas ! en état d'ébriété plus ou moins caractérisée.

Un certain nombre ne pouvaient encore se résigner à la retraite, et, noctambules fanatiques, se décidaient à franchir le pont St-Michel, limite du Quartier. Les uns se rendaient aux Halles où des restaurants étaient ouverts toute la nuit ; d'autres gagnaient Montmartre ou les Batignolles pour « s'achever » dans quelque *Chat Noir*. C'est à

(1) Voir le numéro du 23 juin 1928.

cette excursion lointaine que fait allusion la fantaisie suivante assez Rabelaisienne, de la Chanson des gueux.

> De l'Odéon pensif aux tristes Batignolles
> Nous irons, — telle va la Comète qui luit !
> Chez le mastroquet gras qui vend des attignoles
> Nous boirons du vin doux qui fait p. .ser la nuit.
> Et puis nous p....rons, très heureux et très dignes,
> Nous appuyant du front au mur éclaboussé, —
> Et les Batignollais verront un jour des vignes
> Fleurir au pied du mur où nous aurons p. .sé.

Si les étudiants se décidaient en masse « à transfreter la Séquane », ce n'était pas « pour viser les meretricules » comme les contemporains de l'Escholier limosin latinisateur; il fallait le désir impérieux de faire une manifestation politique, comme celle dont fut l'occasion la comédie aristophanesque de Victorien Sardou, *Rabagas*, jouée au Vaudeville en février 1872.

L'habile dramaturge, qui ne détestait pas user de la politique comme d'une réclame tapageuse, — on l'a vu plus tard à propos de son *Thermidor* au Théâtre français avait voulu ridiculiser le type du Démagogue.

Mais les journaux réactionnaires affectèrent d'y voir surtout une satire de Gambetta, dont la popularité était énorme sur la Rive gauche. Une manifestation s'organisa pour aller siffler les tirades que les réactionnaires applaudissaient.

A moi le récit du Cid !

> Nous partîmes — (combien ? Je ne sais) —, criant fort
> Et des cafés amis recevant du renfort,
> Si bien qu'en arrivant devant le Vaudeville
> Nous avions alerté tous les sergents de ville.
> La plupart d'entre nous grimpent au paradis
> Et ceux qui n'ont pas même en leur poche un radis,
> Brûlant d'impatience, attendent à la porte
> Qu'avec sa contre-marque un camarade sorte.

Tous ceux d'entre nous qui avaient pu trouver des places, — j'en étais —, jouaient terriblement du sifflet à roulette, quand le reste du public acclamait les bouffonneries que Sardou avait mises dans le rôle de Rabagas. La majorité des spectateurs réclamant notre expulsion, deux fois je me vis *cueillir* avec mes co-manifestants par les gardes municipaux, non sans quelques horions reçus. La seconde fois, mon pince-nez fut brisé et, pauvre myope, j'errais désemparé et sans défense.

Pendant qu'on nous « sortait » ainsi, sous le péristyle du théâtre, deux rangs de larbins et de valets de pied nous huaient copieusement, nous traitant de Communards. Je n'ai pu voir le 3e acte et n'ai connu la pièce qu'en l'achetant. Sans rancune, c'est une des moins bonnes de Sardou.

Le noctambulisme était une vraie passion chez certains d'entre nous. Un de mes meilleurs amis, garçon des plus laborieux, qui était assidu tout le jour à sa tâche de professeur et n'apparaissait que rarement au café, éprouvait souvent le besoin d'errer la nuit dans les rues du quartier, autour du Luxembourg et du Jardin des Plantes, rêvant aux étoiles quand le temps était beau, ruminant des projets de travail et d'avenir. Poète à ses heures, il a condensé ses impressions dans un sonnet qui ne déparerait pas les *Tableaux parisiens* de Baudelaire.

> A l'heure où les bourgeois, le long de leurs femelles,
> Dorment paisiblement sous leurs bonnets de nuit,
> J'aime à courir tout seul boulevards et ruelles,
> Regardant folâtrer mon ombre qui me suit.
>
> J'écoute résonner au choc de mes semelles
> Les trottoirs bitumés qui répètent le bruit.
> Je regarde briller ces deux clartés jumelles,
> Le bec de gaz qui flambe et l'étoile qui luit.
>
> Je ne fais pas alors, comme on pourrait le croire,
> Ou des rêves d'amour ou des rêves de gloire,
> Bien qu'ayant les deux yeux grands ouverts et songeurs.
>
> Je poursuis mon chemin, ni joyeux, ni morose,
> Entre les rats d'égoûts qui rongent quelque chose
> Et les tonneaux ventrus des vaillants vidangeurs.
>
> Edouard M.

Une autre forme de noctambulisme était le besoin impérieux de coucher de temps en temps hors de chez soi.

C'est ce qu'éprouvait un futur professeur de la Faculté qui faisait ses études en même temps que moi, mais beaucoup mieux : ayant suivi la voie régulière, et d'ailleurs admirablement doué, il s'est trouvé être un de mes juges au Concours des Hôpitaux et j'ai lieu de penser qu'il m'a voté « le point ».

Ce délicieux garçon, des plus cultivés que j'aie connus, en général de joyeuse humeur, vivait dans sa famille. Ayant pourtant sa bonne part de cette tendance cyclothymique que Maurice de Fleury estime en quelque sorte physiologique, Edouard (c'était aussi un Edouard) avait des jours de noire mélancolie. Alors il lui fallait quitter son domicile familial et aller demander à un de ses amis l'hospitalité pour la nuit.

J'ai eu souvent le plaisir de lui offrir mon divan peu moëlleux ; il s'y étendait et fumait d'innombrables cigarettes ; nous buvions du thé et la nuit presque entière s'écoulait en une causerie pleine de charme. Mais le matin on s'en allait à l'hôpital la tête lourde et les yeux bouffis.

De ces traits empruntés à la biographie d'étudiants modèles, qui ont fourni plus tard deux irréprochables carrières et dont la mort prématurée a causé une vive douleur à leurs nombreux amis comme à leurs élèves, on doit conclure qu'il ne faut pas confondre le noctambulisme des riboteurs et des débauchés avec la satisfaction innocente qu'éprouvent certains jeunes hommes à errer de nuit sur le pavé des villes, faute de pouvoir le faire dans les bois ou sur les grèves, au clair de lune ou sous le scintillement des étoiles. Il faut distinguer aussi la blâmable habitude de déserter la nuit son domicile légal pour courir les bouges et le plaisir de rompre de temps en temps la monotonie du passage quotidien de sa table de travail à son lit par une fugue vespérale ou nocturne chez de bons amis. Respect à l'insomnie des poètes et des philosophes !

(*A suivre.*) Paul LE GENDRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin 1928.

Erythème du 9e jour dû au rutonal. — M. *J. Dereux* (de Lille) relate l'observation d'un malade chez lequel sont apparus, après l'ingestion de rutonal, des accidents éruptifs morbilliformes d'allure infectieuse. Ces troubles sont survenus neuf jours après la première ingestion du médicament. Ce fait, rapproché d'autres faits semblables, permet de supposer qu'il ne s'agit ni d'une action toxique, ni d'une coïncidence. L'hypothèse du « biotropisme » de M. Milian est celle qui l'explique le mieux.

Technique et résultat de la radiothérapie dans l'angine de poitrine. — MM. *C. Lian, R. Barrieu* et *Nemours-Auguste* ont été amenés à étudier la radiothérapie dans l'angine de poitrine en tablant sur ses bons résultats dans maints syndromes douloureux périphériques et viscéraux, et en s'inspirant de la conception large de l'angor pectoris formulée par C. Lian qui considère l'angine de poitrine comme *le cri de la souffrance du plexus cardiaque.*

Les applications radiothérapiques doivent être tantôt antérieures, tantôt postérieures, et faites sur une grande étendue, débordant largement le point précis sur lequel on veut agir,

Les séances, d'une durée de vingt minutes, ont lieu tous les deux jours, et portent chaque fois sur un des quatre champs antérieurs et postérieurs à irradier.

Trente malades ont été ainsi traités depuis un an. Chez deux, une crise angineuse violente qui est survenue après la troisième séance et était peut-être une simple coïncidence, a fait interrompre le traitement. Une malade, dans un état précaire et alarmant avant le traitement, est morte subitement huit jours après la cinquième séance : rien ne porte à incriminer la radiothérapie. Enfin dans un cas, l'état angineux est resté stationnaire.

Mais *chez 26 des 30 angineux soignés par la radiothérapie, l'amélioration a été considérable* : les crises deviennent rares et très légères, les sujets reprennent une vie à peu près normale, alors que plusieurs étaient presque condamnés à la chambre tant leurs crises étaient fréquentes et violentes. L'atténuation commence en général à la fin de la deuxième semaine de la cure qui dure quatre à six semaines. Le bon résultat se maintient au moins plusieurs mois.

Le choix de la technique radiothérapique est très important. Avec certaines variantes, C. Lian, Barrieu et Nemours n'ont obtenu que des échecs et s'expliquent ainsi facilement les insuccès de certains auteurs.

Dans tout l'arsenal thérapeutique médico-chirurgical de l'angine de poitrine, la radiothérapie bien conduite paraît être la prescription qui a le plus de chances de provoquer rapidement une sédation importante et durable des crises angineuses.

M. *Laubry* considère que le traitement radiothérapique, qu'il avait déjà tenté dès 1921, est des plus décevants. Il rapporte à ce propos quatre observations dont trois furent suivies de mort. Le premier malade angineux, une fois traité, a présenté des crises subintrantes ; le deuxième malade a souffert d'un état de mal angineux pendant 24 heures avec un état myocardique des plus inquiétants : le troisième malade, après une exacerbation de crises est mort à la troisième semaine de traitement ; enfin le quatrième malade après une amélioration passagère, a présenté une exacerbation à la suite de laquelle il a succombé. Il s'agit, d'après M. Laubry, d'un traitement obscur qui n'est pas sans dangers ; aussi considère-t-il qu'il y a lieu d'avertir les malades des risques qu'ils courent par le traitement radiothérapique.

M. *Pinard*, à propos d'un cas, confirme l'opinion de M. Laubry. Dans ce cas, après aggravation des crises angineuses, il y eut un véritable état de mal angineux suivi de mort.

Maladie congénitale et familiale caractérisée par une dystrophie adiposo-génitale associée à une rétinite pigmentaire et à une polydactylie. — MM. ***Ricaldoni*** et ***Isola*** (de Montevideo) rapportent l'observation fort significative de quatre frères et sœurs, seuls survivants de huit enfants issus de parents consanguins et atteints d'une même maladie caractérisée par une dystrophie adiposo-génitale, de type hypophysaire, avec rétinite pigmentaire et polydactylie. Les auteurs rapprochent leurs faits d'autres cas semblables, dont le cas de Bardet et ceux de Biedl, et insistent sur le caractère nettement familial du syndrome observé qu'ils opposent au type purement accidentel et acquis de Babinski-Fröhlich.

Plate forme mobile pour l'observation et l'enregistrement du phénomène de Romberg et d'autres troubles de la statistique. — M. ***A. Ricaldoni*** (de Montevideo) expose les résultats qu'il a obtenus dans l'étude des troubles de la statistique à l'aide d'une plateforme mobile très ingénieuse qui, d'une part, exagère et rend plus visible le phénomène de Romberg, d'autre, part à l'aide d'un appareil enregistreur, permet de prendre des tracés démonstratifs. M. Ricaldoni publie des tracés de tabes dorsalis, de maladie de Friedreich, de maladie de Basedow, de maladie de Parkinson qui montrent les résultats qu'on peut attendre de son appareil.

Lympho-granulomatose maligne avec forte hypoglobulie, absence d'éosinophiles, prurit atténué. — M. ***Gaston Laurès*** (de Toulon).

Endocardite maligne lente stimulant une néphrite hématurique Evolution apyrétique. — MM. ***Le Noir, Baize*** et ***Boquien*** rapportent l'observation d'un malade ayant présenté pendant 10 mois des symptômes de néphrite hématurique et chez lequel l'autopsie montra l'existence d'une endocardite ulcéro-végétante type Osler. Les A. insistent sur l'évolution complètement apyrétique de cette endocardite, sur l'absence d'infarctus et sur les altérations rénales qui consistaient essentiellement en lésions de néphrite subaiguë diffuse.

Sur un cas de leucémie aiguë à myélocytes avec angine gangréneuse. — MM. ***Le Chuiton*** et ***Bondet*** (de Brest).

Anémie fébrile aiguë guérie par la méthode de Whipple. — MM. ***Benhamon, Jude*** et ***Gille*** (d'Alger) rapportent un cas de maladie de Brill dont l'étiologie est inconnue et le pronostic habituellement fatal. Grâce à la méthode de Whipple (200 gr). de foie de veau haché dans du bouillon chaque jour, les auteurs ont assisté à une véritable résurrection.

Grands abcès pulmonaires au cours d'une septicémie traînante à staphylocoques. Guérison spontanée. — M. ***Boidin*** et Mlle ***Fontaine*** insistent sur la guérison spontanée de deux abcès pulmonaires au cours d'une septicémie traînante à staphylocoques. Après guérison spontanée d'un premier abcès par vomiques traînantes, est survenue une ostéopériostite du péroné qui a nécessité l'intervention, et a été suivie d'un deuxième abcès qui a guéri spontanément. Les auteurs discutent en outre le rôle de la vaccination qui a sans doute aidé à la localisation de l'infection.

Injections intra-trachéales d'huile iodée par voie transpariétale. — M. ***Lœderich***, à propos d'un cas, insiste sur les dangers de la méthode transpariétale pour les injections intratrachéales d'huile iodée.

MM. ***Comte, Bernard*** et ***Rist*** partagent la même opinion. MM. Bernard et Rist l'ont abandonnée et emploient la méthode de Soulas qui leur a donné en tous points satisfaction.

Deux cas d'insuffisance surrénale aiguë. — MM. ***Plazy*** et ***Margon*** (de Toulon).

Contribution clinique à l'étude de la myasthénie. — MM. ***Paulian*** et ***Aricesco*** ont obtenu d'excellents résultats par le traitemen opothérapique pluri-glandulaire et surtout surrénal dans la myasthénie. Toutefois, dans un cas accompagné de syndrome. addisonien, la thérapeutique surrénale est restée inopérante. Les auteurs discutent l'étiologie des myasthénies et pensent qu'il n'existe aucun rapport entre la myasthénie et une affection surrénale.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 6 juin 1928.

Parallèle entre la diathermo coagulation et fibrose curative des hémorroïdes. — M. ***Delater***, après M. Ozenne, reproche à la diathermo-coagulation des hémorroïdes préconisée par M. Lehmann : son escharre, sa crise douloureuse consécutive, son immobilisation de quatre à six jours, sa limitation aux bourrelets bas situés, sa coagulation qui fait redouter l'embolie. La fibrose curative qu'il pratique n'a aucun de ces inconvénients, étant essentiellement ambulatoire, produit une sédation le plus souvent immédiate de tous les symptômes, guérit pour ainsi dire toujours et s'applique à la cause même des bourrelets : la congestion passive des veines anorectales qu'elle fait disparaître. Ses indications et ses mérites sont sans limite.

A propos des péricolites chroniques. — M. ***Thévenard*** insiste sur la nécessité d'un traitement médical et physiothérapique post-opératoire Le traitement chirurgical habituel, qui libère l'intestin (colyse) et assure son évacuation normale, a pour effet de permettre à ce traitement d'être efficace.

Acidité gastrique après résection partielle pour ulcère. — M. ***Pron*** signale que si la diminution de la surface sécrétante amène presque toujours un abaissement de sécrétion important, il y a aussi résorption des produits de digestion intra-

gastrique, et reflux dans l'estomac du liquide duodéno-pancréatique dont l'activité est précisément augmentée par compensation de la diminution du chimisme gastrique.

Composition des tissus de l'homme et des animaux. — M. *H. Lematte Boinot* et *Kahane* ont analysé les principaux organes de l'homme et des animaux. Un grand nombre de chiffres donnés par les anciens auteurs sont faussés par des erreurs analytiques se rapportant au phosphore et au soufre. Ce travail est une contribution à l'étude du terrain normal. Le cœur, le muscle et le cerveau, qui ont des fonctions si différentes ont une composition qui varie dans d'étroites limites. Ils donnent la teneur en Az. S. P. Cl Na. K. CA. Mg et Fe des organes. Les auteurs ont démontré que le phosphore n'est pas le minéral spécifique des fonctions de l'encéphale. Le thymus contient plus de phosphore que le cerveau.

La rate est l'organe le plus riche en fer et la thyroïde contient seule de l'iode en quantité notable. Cette étude est une contribution à notre statisme minéral.

La cholécystectomie minima — M. *Victor Pauchet,* depuis six mois environ pratique systématiquement, dans tous les cas de cholécystite calculeuse, suppurée ou *catarrhale*, la cholécystectomie sous-séreuse.

Cette opération, aussi bénigne que la cholécystectomie totale, présente l'avantage d'éviter les adhérences post-opératoires qui, très souvent, continuent à gêner le malade et à le faire souffrir « de sa vésicule enlevée ».

Cette pratique de la cholécystectomie sous-séreuse date de Doyen. Elle consiste à dépouiller la muqueuse comme on dépouille un animal ; il suffit d'injecter un liquide ou un gaz (air filtré, sérum, oxygine) entre la séreuse et la muqueuse ; le cholécyste se dépouille alors de sa séreuse. La face hépatique n'est jamais mise à nu : le tissu du foie n'est pas dénudé ; le suintement sanguin est quasi nul. Enlever toujours l'appendice.

Docteur Prost.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 juin 1928.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus compliquées de luxation de l'épaule. — M. *Séjournet* les divise en : 1° fractures du col anatomique avec luxation de la tête humérale, qui ne sont pas des luxations vraies de l'épaule ; 2° fractures de la grosse tubérosité avec luxation de l'épaule ; 3° fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus avec luxation de l'épaule ; dans cette variété, la luxation est facilement réductible quand il y a de l'engrènement ; quand elle est irréductible, il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Fracture de l'humérus et luxation de l'épaule. — M. *Rœderer* en communique deux observations qui présentent des particularités cliniques et radiologiques intéressantes.

Fracture du col anatomique de l'humérus luxation de la tête humérale. — M. *Bressot* (de Constantine) communique une observation dans laquelle, après tentatives infructueuses de réduction, il fit la résection chirurgicale de la tête. Bon résultat fonctionnel.

A propos de la chirurgie réparatrice. — M. *Trèves* rappelle qu'il est actuellement démontré que, dans les greffes osseuses, le périoste a un rôle ostéogénique nul. Il constitue seulement un support pour les cellules osseuses sous-jacentes qui servent à la régénération osseuse, puis se résorbe et disparaît.

La voie d'accès antérieure sur l'articulation de la hanche. — M. *Dupuy de Frenelle* décrit le procédé personnel qu'il emploie. Il a utilisé cette voie antérieure dans les cas suivants : hanche ballante et paralytique ; réduction d'une luxation congénitale ; ostéosynthèse pour fracture du col fémoral ; greffe d'une pseudarthrose du col du fémur ; arthroplastie d'une ankylose de la hanche.

Les fractures articulaires temporo-maxillaires fermées. — M *Dufourmentel* expose l'histoire de ces fractures fréquentes et très souvent méconnues. Il en décrit trois variétés anatomo-pathologiques, d'après la direction du choc sur le maxillaire inférieur. Les symptômes sont souvent peu dissemblables, que la fracture soit uni ou bilatérale. Le pronostic est plus grave chez l'enfant parce que l'ankylose est fréquente ; chez l'adulte l'ankylose n'est pas à craindre, mais il reste une gêne de la mastication par trouble de l'articulé dentaire. Il en résulte des indications thérapeutiques différentes et l'application d'appareils différents.

Appendicite aiguë survenant un mois après une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal. — MM. *Pauchet* et *Luquet* communiquent cette observation terminée par guérison. Ils insistent sur la nécessité de toujours compléter l'opération sur le duodénum ou la vésicule biliaire par une ablation de l'appendice.

Rétroflexion brusque et incarcération totale d'un utérus fibromateux dans le Douglas. Symptomatologie aiguë. Gangrène. — M. *Thévenard* communique un cas de cette complication très rare des fibromes survenu chez une femme de 30 ans.

Il n'en a trouvé qu'une seule autre observation publiée. Hystérectomie totale ; Mikulicz ; guérison. L'auteur insiste sur le caractère aigü des accidents.

La suspension du col après l'hystérectomie sub-totale comme moyen de traitement préventif ou complémentaire dans les prolapsus génitaux. — M. *Hautefort* expose la technique qu'il emploie. Il se sert des ligaments ronds qu'il inclut dans le moignon du col dans le but de suspendre ce col au point le plus élevé possible et de modifier sa direction pour que son axe ne se confonde plus avec l'axe du vagin. Suivant les cas, il pratique la suspension par ligamentopexie intra-abdominale, ou, si le vagin très allongé lui permet de l'amener jusque-là, la ligamentopexie transpariétale à travers les muscles droits et leur aponévrose.

Grossesse et fibrome sphacélé. M. *Duchet-Suchaux* (de Vesoul). Intervention faite pour fibrome en voie de sphacèle au 5e mois d'une grossesse. L'auteur fit d'abord une myomectomie ; mais l'impossibilité d'arrêter complètement l'hémorragie l'obligea à pratiquer l'hystérectomie. Guérison.

Un cas de kyste wolffien multiloculaire de plus de 9 kgr. — M. *Muller* (de Belfort). Développement rapide du kyste. Ablation. Guérison de la malade. Le kyste comprenait quatre poches qui contenaient des liquides albumineux et dont les cavités étaient tapissées de cellules caliciformes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 Juin 1928.

A propos des hydronéphroses. — *M. Chevassu* montre qu'avec les procédés actuels, il est possible de déceler des petites hydronéphroses dont le traitement n'est pas forcément chirurgical. Il faut rechercher la cause en examinant non seulement la poche pyélique, mais tout l'uretère. L'auteur préconise d'examiner celui-ci par un remplissage de substance opaque, mais l'interprétation est parfois fort difficile.

Accidents opératoires de la cholécystectomie. — *M. A. Schwartz* dit que les blessures de la voie biliaire principale peuvent venir d'anomalies anatomiques ou même d'altérations pathologiques. Les blessures du pédicule vasculaire sont beaucoup plus rares mais peuvent passer inaperçues. L'auteur préconise, pour éviter ces accidents, de séparer les divers pédicules avec une sonde cannelée et de les lier sans utiliser de pinces.

Pseudo-tuberculose péritonéale. — *M. Fredet* rapporte l'histoire d'un malade opéré pour un epithélioma sténosant du grêle. Résection et entérorraphie circulaire. Guérison pendant 7 ans. Puis il présente de nouveau des crises d'occlusion. A l'intervention, on trouve une appendicite. Il y avait impossibilité de trouver une différence entre les deux segments anastomosés. Mais il y a des granulations multiples de part et d'autre de la suture. Histologiquement, il s'agit d'inclusions de fil de lin.

G. Menegaux

GLANURES

Prostitution et prophylaxie antivénérienne. — Une proposition de loi présentée au Sénat par M. Justin Godart supprime toute surveillance administrative et médicale de la prostitution et propose d'autres moyens de défense sociale.

Les médecins. si l'on en croit *La Rumeur*, semblent assez hostiles à ce projet de loi. M. Milian dit à juste titre :

« Pour conjurer le mal causé par la prostitution, on préconise l'action du gendarme dans la rue. Or, cette action est inefficace. A Paris, on a renforcé la police des mœurs, mais la prostitution se réfugie dans les dancings et les plus somptueux palaces. C'est là surtout que la syphilis se contracte aujourd'hui. La maison de tolérance, surveillée, contrôlée, est beaucoup moins dangereuse. »

M. Bizard défend aussi la règlementation actuelle :

« Le régime proposé n'arrivera pas à faire mieux que le régime des mœurs. En réalité, il y a très peu de syphilis contagieuses dans les maisons ; quand une femme est malade, elle quitte l'établissement pour aller se faire soigner dans un hôpital.

« Ce qu'il faut, c'est lutter contre l'entrée de la femme dans la prostitution. Il faut donc créer une ligue pour venir au secours de la femme dans la détresse. Il faut que l'on dise dans les villages et les campagnes le danger des grandes villes... »

M. Siredey ne regrette pas la disparition des maisons de tolérance.

« Mais je crains, dit-il, qu'elles ne soient remplacées par les maisons de rendez-vous. dancings, salons de réunion, thés clandestins, qui sont pires au point de vue sanitaire, puisque aucune surveillance n'y est exercée. L'expérience faite en Alsace n'a pas encore la confirmation du temps et je me demande ce que sont devenues les cent filles qui étaient dans les maisons closes de Strasbourg. Je doute qu'on les ait bien recherchées. »

MM. Carle et Jean Lacassagne, qu'on ne peut soupçonner d'animosité vis-à-vis de leur compatriote, critiquent aussi le projet Godart. Parmi les moyens de défense sociale proposés, ils approuvent sous certaines réserves l'établissement du délit de racolage.

Mais bien plus délicat leur paraît la création du délit de contamination, basé sur la plainte de la victime. Ce procédé de prophylaxie leur paraît absolument nul. étant donné les erreurs certaines de la dénonciation et les difficultés de la vérification, même avec le concours de la police et des médecins.

La transformation sanitaire, telle qu'ils l'ont opérée à Lyon depuis 1910, avec éducation des filles, examens sérologiques et traitement ambulatoire, leur paraît la meilleure solution ;

« Il existe en effet, disent-ils (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 mai 1928) deux catégories de maisons de prostitution : la maison close et la maison de rendez-vous. A Lyon, contrairement à ce qui se passe à Paris. la différence est considérable entre ces deux catégories : En maison close ne sont admises que des femmes en carte, avec fiche anthropométrique. Ces filles sont assujetties à une visite sanitaire lors de leur entrée et à leur sortie de maison. Elles ne peuvent sortir en ville qu'accompagnées de la patronne ou de la sous-maîtresse. Une fois par semaine, elles se rendent à l'hôtel de police pour y être examinées par le médecin de service. Elles sont donc sous un contrôle sanitaire constant.

Malheureusement (car ceci est un malheur au seul point de vue sanitaire) le goût du public ne va plus à la maison close, au *bourdeau*, comme disaient nos arrière-grands-pères.

Dans notre ville, le nombre de ces maisons était de soixante-quinze au siècle dernier, aujourd'hui il est tombé à sept. Et il en est ainsi dans toute la France. Grandeur et décadence !

Par contre, surtout depuis la guerre, les maisons de rendez-vous se sont multipliées. Est-ce un bien. est-ce un mal ? Nous n'avons pas à philosopher sur ce point.

Evidemment, les maisons de rendez-vous. agrémentées de pseudo-femmes du monde, ayant l'air d'arriver, séance tenante, du foyer conjugal, ont plus d'attrait pour le client que les lupanars où l'on ne trouve que des filles à peu près nues sous le peignoir aux couleurs vives. Mais hélas, ce que le client gagne en illusion, il le perd en sécurité.

En effet, contrairement aux règlements, un certain nombre de filles de maisons de rendez-vous, ne sont pas inscrites sur le régistre spécial et par conséquent ne sont pas soumises à la visite médicale passée chaque semaine par un médecin de la Préfecture. Il en résulte que la présence de ces filles clandestines a souvent de fâcheuses conséquences pour la santé de leurs clients de passage.

Pour obvier à ces inconvénients, il suffirait d'appliquer à toutes les maisons de prostitution de France, le système qui est en vigueur à Lyon pour les maisons closes.

A cette mesure, nous verrions un autre avantage, avantage d'ordre social. Un grand nombre de filles, si la mise en carte était obligatoire, ne s'enrôlerait pas dans l'armée de la prostitution. A tort ou à raison, la mise en carte est un épouvantail qui fait reculer la fille hésitante. Mais comme il est simple actuellement de tourner la difficulté ! La candidate prostituée sait qu'en maison de rendez-vous, seul le certificat de naissance est exigé pour l'inscription. Dans ces conditions, il lui est facile, surtout si elle est munie d'un extrait de naissance d'emprunt, de se livrer à la prostitution à l'insu de ses relations et même de son propre entourage.

Si, à la rigueur, le service des mœurs peut hésiter pour la mise en carte d'office de certaines filles « faisant le dehors » de façon plus ou moins intermittente, le doute n'est plus possible si la femme fréquente une maison de rendez vous (une maison de passe, devrait-on dire plus exactement.)

Cette mesure une fois obtenue, une série d'améliorations

réclamées depuis longtemps déjà, par notre ami le Dr Bizard (1), médecin de Saint-Lazare, doivent enfin être réalisées.

Il importe d abord que la tolérance soit refusée à des maisons de rendez-vous en appartement. Il faut que l'immeuble tout entier soit affecté à sa destination particulière afin d'éviter que les autres locataires, pouvant avoir de jeunes enfants, soient en contact avec les « petites dames » et leur clientèle.

Il est de toute nécessité également que, dans ces maisons, les règles d'hygiène alimentaire soient rigoureusement appliquées. Trop de ces maisons n'ont pas d'installation à eau courante. Là, plus qu'ailleurs, le « confort moderne » doit régner. à côté des nécessaires préventifs (pommade. injections, ou autre.) En facilitant les ablutions *postcoïtum*, la prophylaxie y trouverait son compte.

Un local serait reservé à la visite médicale, et chaque maison devrait posséder la table ou le fauteuil gynécologique indispensable pour une visite sanitaire complète. La visite doit être pratiquée de telle façon qu'aucun *maquillage* ne soit possible au préalable.

Enfin, il ne serait pas défendu d'envisager pour les pensionnaires plus d'hygiène, plus de confortable, peut-être même un certain luxe, surtout pour les heures de repos, où les femmes sont souvent reléguées au dernier étage, dans d'inhabitables « bahuts. »

Aussi approcherait on du rêve qu'exposait à un Congrès de Genève l'un de nos anciens chirurgiens de l'Antiquaille, qui fut à la fois un philosophe et un savant, auquel nous conservons l'affectueuse appellation d'autrefois, le père Dron. Nourri de la pure doctrine Solonienne, il imaginait des palais somptueux. peuplés d'hétaïres aux lignes harmonieuses, aussi captivantes par le charme de la conversation que par la science du geste. Quelques années de syphilis bien traitée les auraient rendues, pour l'essentiel, inoffensives. et, pour le reste, une savante technique prophylactique y pourvoirait. Loin des soucis matériels. elles vivraient pour le développement de leur beauté dans la volupté et dans la joie...

Rêve de république athénienne... peut-être inaccessible aux modernes moralistes.

Mais rêve que Retif de la Bretonne avait déjà proposé de réaliser quand il demandait de réunir les filles publiques dans des établissements publics qu'il désignait sous le nom de Parthénions.

La candidature aux élections législatives de 1896 d'un original de la médecine : le Dr Grenier. — Je me souviens d'une élection partielle le 6 décembre 1896, dans l'arrondissement de Pontarlier écrit M. Louis Barthou dans la *Revue de France* (1er mai 1928). — Quatorze mille cinq trente-huit électeurs inscrits. Cinq candidatures, toutes républicaines et plutôt séparées par des nuances que par des divergences profondes. La lutte paraissait devoir se circonscrire entre deux conseillers généraux, M. Grillon et M. Ordinaire, celui-ci moins connu sur place, malgré l'éclat des services paternels et sa valeur propre, que celui-là, très brillant avocat du cru et très aimé dans le pays. A côté d'eux se présentait le docteur Grenier, préoccupé surtout de questions humanitaires et sociales et se proclamant dans sa profession de foi le « prophète du Dieu clément et miséricordieux », au nom duquel il posait sa candidature. Excellent homme, charitable, empressé à soigner les pauvres et à soulager la misère, ce docteur, devenu musulman après un long séjour en Afrique, se faisait pardonner par sa bonté généreuse la bizarrerie de ses allures et la ferveur en pleine rue de ses ablutions, de ses prosternations et de ses pratiques coraniques. Il était populaire. Il avait obtenu 800 voix lors des élections municipales de Pontarlier et le préfet lui en accordait 1.500 dans l'arrondissement. Les résultats du premier tour avaient, à tout prendre, confirmé les prévisions de l'administration : Grillon, 4.853 voix ; Ordinaire, 3.497 ; docteur Grenier, 1.671. Deux autres candidats avaient réuni 375 suffrages. Au second tour, M. Ordinaire s'étant désisté, l'élection devait se débattre entre M. Grillon et le docteur Grenier. C'est ici que l'évènement démentit la prévision donnée avec une trop ferme assurance par le préfet : « M. Grillon sera certainement élu ». Il ne le fut pas, ayant réuni 4.856 voix contre le docteur Grenier, qui en obtenait 5.141. Ainsi, entre les deux tours, le brave mahométan avait gagné 3.471 suffrages au lieu d'un gain d'un millier que le préfet lui attribuait. Ce fut un immense éclat de rire jusqu'à mon cabinet de la place Beauvau... *exclusivement*. Je pris ma bonne plume, et le préfet du Doubs en reçut, comme on a dit depuis, « pour son grade », sous la forme de ce télégramme : « Je suis très surpris de l'écart considérable qui existe entre vos dernières prévisions et les résultats de l'élection de Pontarlier, et je ne puis comprendre que le mouvement d'opinion qui a entraîné le succès de M. Grenier vous ait aussi complètement échappé. Je vous prie de me faire connaître d'urgence et par télégramme les circonstances d'un résultat aussi imprévu ». O jeune, si jeune, trop jeune ministre ! Il va de soi que le préfet trouva des explications : leur principal tort était d'être trop tardives, car l'esprit de l'escalier n'est pas la forme la meilleure de l'esprit administratif. Mon tort, à moi, fut de prendre au tragique un évènement dont mes trente-quatre ans, auraient dû sourire. Après tout, ce bon docteur Philippe Grenier vêtu de son burnous, ne terminait il pas tous ses discours et tous ses manifestes par cette formule invariable : « Dieu et

(1) *An. mal. vén.*, 1923.

patrie ; humanité ; louange à Dieu seul et vive la France ! » ? C'était presque l'inscription qui se déroulait alors autour de la pièce de cent sous, et les pièces de cent sous avaient du bon !

Le docteur Merry Delabost (de Rouen) et l'hygiène publique. — C'est un Français, le docteur Merry Delabost (de Rouen), nous apprend M. Henri Geispitz, secrétaire général de la Chambre de commerce de Rouen, qui est l'inventeur du système de bains-douches ou bains en pluie.

Son invention remonte à 1872. L'année suivante, il créa, dans une prison rouennaise, le premier établissement de bains-douches.

Or, c'est à l'étranger, notamment en Allemagne et en Autriche, que son initiative fut tout d'abord suivie. C'est à l'étranger, lors de la première conférence internationale de bains populaires et scolaires, qui eut lieu en 1912, à Scheveningue près de La Haye, qu'un solennel hommage lui fut rendu.

Certes, un établissement de bains-douches, à Bordeaux, porte le nom du docteur Merry Delabost. Mais la ville de Rouen n'a jamais cru bon de l'inscrire sur la plaque d'une rue. (*L'Animateur des temps nouveaux*).

Le tombeau de Goya.— A l'occasion des manifestations qui ont eu lieu, en avril dernier, à Madrid, pour le centenaire de la mort de Goya, le gouvernement espagnol a obtenu que le monument funéraire de Bordeaux, où le peintre reposa de 1828 à 1898, soit transporté au Panthéon de Madrid.

L'exhumation de Goya, en 1898, amena une singulière découverte.

Son tombeau était celui de son ami Martin Goicoechea, ancien maire de Madrid. Or, à l'ouverture du caveau, l'un des deux corps apparut sans tête, et il fut impossible de procéder à l'identification. On dut les réunir dans un même cercueil — celui qui se trouve actuellement au Panthéon de Madrid.

Historiens et enquêteurs bénévoles ont vainement cherché jusqu'ici la clef de ce mystère.

L'inventeur des concours de beauté : Gabriel de Mortillet. — On parle beaucoup depuis quelques années des concours de beauté féminine, et l'animateur principal, M. Maurice de Waleffe, habile écrivain et conférencier distingué, les a mis à la mode. Cependant l'idée première appartient — qui l'eût cru ! — à l'illustre anthropologiste, archéologue et préhistorien, Gabriel de Mortillet.

C'était pendant l'Exposition universelle de 1878. Une annexe très remarquable y avait été construite pour l'anthropologie, sur le quai de Billy, à la gauche des jardins du Trocadéro. J'y ai mesuré des séries de crânes et dessiné, au stéréographe, bien des cerveaux modelés en cire, sous les yeux même et la direction de mon très cher maître Paul Broca, qui, pour la clôture, organisa et présida un brillant Congrès international de sciences anthropologiques.

A cette occasion, Gabriel de Mortillet ébaucha un programme de concours ethnique de beauté féminine dans les races humaines, dont je n'ai gardé aucune trace matérielle, mais dont il serait facile de retrouver l'écho dans les journaux de l'époque. Personne ne prit l'idée au sérieux. On la jugea immorale, scandaleuse, ridicule, voire même antiscientifique, sous prétexte que la beauté est affaire de goût et de caprice et ne se laisse pas mesurer. La blague s'en mêla, et notre savant professeur se garda d'insister.

Sic vos non vobis.. Les précurseurs ont toujours tort. Ils attendent leur revanche un demi-siècle ou davantage : et cette fois encore, comme pour le pithécanthrope qu'il avait annoncé et baptisé vingt ans avant sa mise au jour, Gabriel de Mortillet avait raison. Dr E. CALLAMAND (de St-Mandé.)

Une anecdote sur R. Caillié. — Quels talents divers ne doit-on pas posséder pour être explorateur, depuis la prestidigitation, la prophétie et les notions de médecine ?

On raconte maintes anecdotes à propos du centenaire de René Caillié qui découvrit Tombouctou la mystérieuse. Un jour, le roi Hamet-Dou, étant malade, fit appeler Caillié (déguisé en pèlerin musulman) et lui demanda de le guérir. Se récuser eût attiré sur lui les pires châtiments. Caillié sortit, alla autour du camp et en rapporta des grains de basilic dont il fit prendre au roi une infusion. Le roi s'en trouva mieux et le bruit se répandit aussitôt que le Blanc au coussabe bleu possédait la science des guérisseurs. De tous côtés, en accourut pour lui demander des herbes.

Cette histoire est tirée de l'ouvrage que publient MM. A Lamandé et J. Nanteuil sur la « vie de René Caillié » a l'occasion du centenaire de l'explorateur célébré ces jours-ci.

Tourisme et villégiature

Les Chemins de fer de l'Etat viennent d'ouvrir pour la prochaine saison leurs bureaux de tourisme des gares de Paris-St-Lazare (Salle des Pas-Perdus, côté Rome), et de Paris-Montparnasse (terre-plein, place de Rennes).

Complètement réorganisés et dirigé par un personnel compétent, ces bureaux sont ouverts au public de 10 h. 30 à 19 h. (dimanches et fêtes exceptés).

Les touristes désireux de visiter les belles régions de l'Ouest et du Sud-Ouest de la France trouveront là, gratuitement, tous les renseignements qui leur seront nécessaires pour villégiaturer ou excursionner dans ces lieux.

Les itinéraires, moyens de transport locaux, prix d'hôtels, agences de location, etc... peuvent être indiqués immédiatement aux personnes qui fréquenteront ces bureaux et, pour compléter leur documentation, des projections lumineuses sur toutes ces régions seront présentées tous les jours.

Déjà bien connus du public, ces organismes vont rendre cette année des services encore plus appréciables et l'on ne peut que féliciter l'Administration des Chemins de fer de l'Etat de ce nouvel effort pour le développement du tourisme dans les régions qu'elle dessert.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Cartes d'excursions à prix réduits.

Désirez-vous visiter le Dauphiné, la Savoie, le Jura, l'Auvergne, ou les Cévennes ? Demandez — entre le 1er juin et le 30 septembre seulement — des cartes d'excursions à prix réduits.

Valables 15 ou 30 jours, ces cartes permettent d'atteindre la région choisie, d'y circuler librement dans un périmètre déterminé et de revenir ensuite au point de départ.

Lorsque plusieurs cartes d'excursions de même parcours et durée sont souscrites en même temps pour les membres d'une même famille, il est consenti une réduction de 10 % pour la deuxième carte 20 % pour la troisième, 30 % pour la quatrième 40 % pour la cinquième, 50 % pour chacune des cartes suivantes.

La durée de validité des cartes d'excursions peut être prolongée de 15 ou de 30 jours suivant la durée primitive.

Pour tous renseignements complémentaires, notamment sur la délimitation des zones et sur les prix des différentes cartes, demandez le prospectus spécial édité par la Compagnie du P.L.M.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

NDÉ EN 1873. — N° 27 LE NUMÉRO: 50 Centimes 7 JUILLET 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

. ROUZAUD
Rue des Écoles, PARIS (V^e)
. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

e SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
bonnts partent du 1er de chaque mois.

ice et Colonies	40 fr.
liants	30 fr.
ique	45 fr.
nger 1re zone	70 fr.
nger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec
BRÉCHOT — Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
CHIFOLIAU — Chirurgien de l'Hôpital St-Louis
CLERC — Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière
CODET — Médecin des Asiles
JEANNIN — Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié
LENORMANT — Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
L. LORTAT-JACOB — Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
PAUL-BONCOUR (G.) — Professeur à l'Ecole d'Anthropologie
A. PHILIBERT — Professeur agrégé
Félix RAMOND — Médecin de l'Hôpital St-Antoine
Henri VIGNES — Accoucheur des Hôpitaux

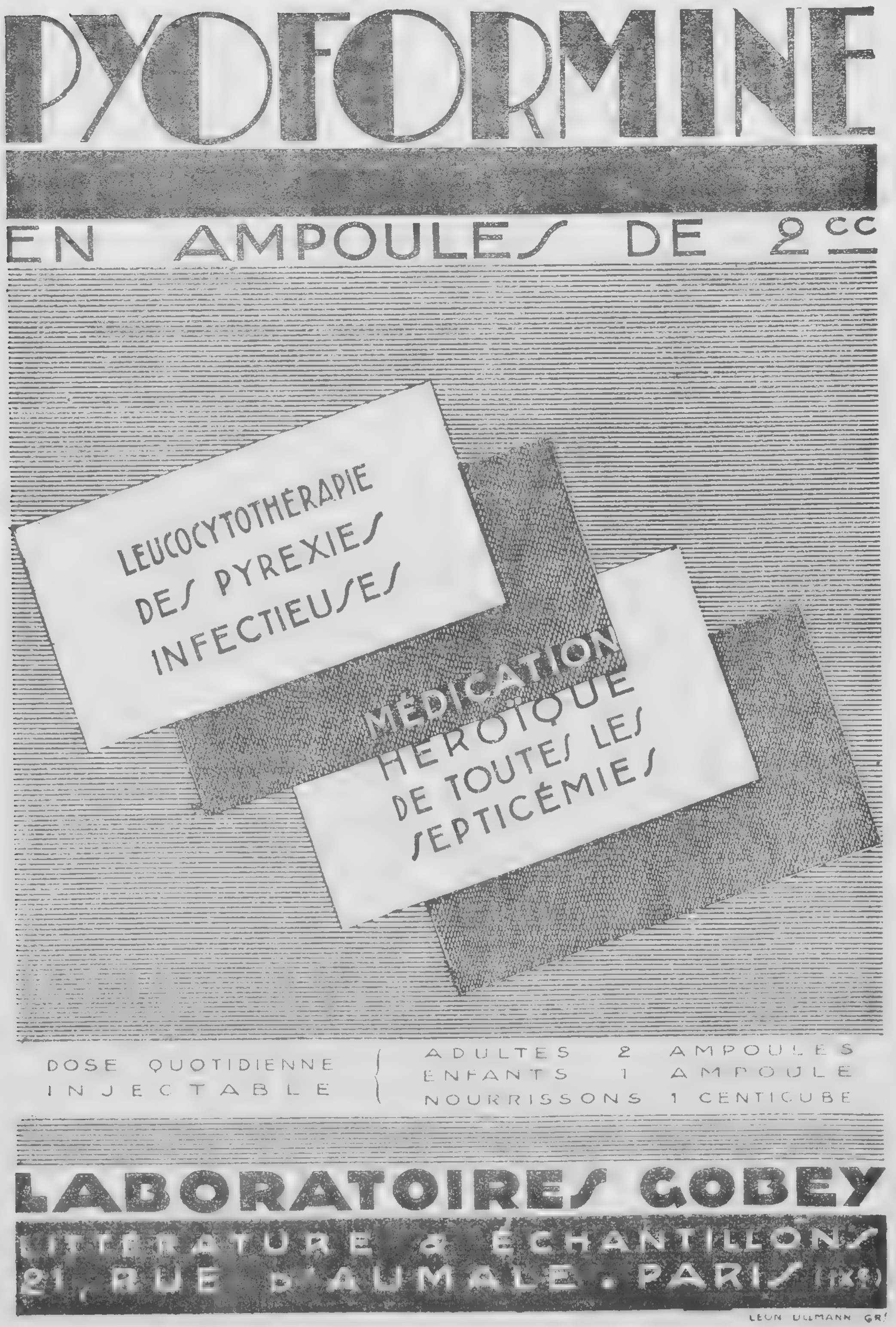
RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE DES PYREXIES INFECTIEUSES
MÉDICATION HÉROÏQUE DE TOUTES LES SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE. PARIS (IX°)
LEON ULLMANN GR.

NOUVELLES

Assistance publique. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Épreuves écrites. Séances des 27, 28 et 29 juin 1928. Questions données : Anatomie. Artère linguale (sans histologie, ni physiologie.) — Pathologie médicale. Diagnostic et pronostic des anuries. — Pathologie chirurgicale : Signes, diagnostic et traitement des hémorragies intra-péritonéales des grossesses tubaires.

Questions restées dans l'urne. Anatomie : Rapports et physiologie de la trachée ; Anatomie descriptive du diaphragme sans les rapports. — Pathol. médicale : Diagnostic étiologique et valeur pronostique des hématémèses ; Diagnostic différentiel et étiologie des épanchements liquides de la grande cavité pleurale. — Pathologie chirurgicale : Signes, diagnostic et traitement des calculs du cholédoque ; Diagnostic des tumeurs de la glande mammaire.

Répartition du Jury en sections. . Anatomie : MM. les Drs Braine, Rouhier et Etienne Bernard. — II. Pathologie médicale : MM. les Drs Marquézy, Marchal et Cain. — II. Pathologie chirurgicale. MM. les Drs Fey, Petit-Dutaillis et Desnoyers.

Concours de médecin des hôpitaux. — 2e épreuve clinique. Séance du 22 juin : MM. Jacquelin (André), Carrié 20, Hagueneau 19, Bith 19. Turpin 19,45, Janet 20.

Les autres candidats se sont retirés. A la suite de ce concours MM. les Drs Carrié, Janet et Jacquelin (André) sont nommés médecins des hôpitaux.

Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Consultation écrite. Séance du 19 juin : MM. Foubert 11, Kahn 15. Serrand 13. — Séance du 22 juin : MM. Moutard 11, Porcher 13, David 10, Coliez 15.

Consultation écrite de radiodiagnostic. Séances des 25 et 26 juin : MM. Coliez 14, Moutard 11, David 7, Marchand 12, Kahn 13. Le Goff 12, Ordioni 14.

Epreuve de consultation écrite de radiologie.

Séance du 27 juin : MM. Foubert 13, Serrand 13, Busy 13, Chaperon 15. Porcher 12.

Consultation écrite de radiumthérapie. Séance du 29 juin : MM. Coliez 15, Chaperon 14, Serrand 14, Katin 14, Marchand 12, Porcher 11. Les autres candidats se sont retirés.

A la suite de ce concours MM. les Drs Coliez. Kahn et Chaperon sont nommés électroradiologistes adjoints des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. 27 juin — M. FANJAUD. Les sillons de la langue. Rapports avec la syphilis et l'hérédo-syphilis. — M. NADJI. Rétrécissement mitral d'après les signes physiques. — M. VARE. Vagotonie. Excitabilité cérébrale. M. DELAGENIÈRE. La chirurgie des tumeurs de la moelle. — M. SEVESTER, L'inclusion intra-utérine de l'ovaire muni de son pédicule. — M. GIRAUD. Rétrécissements congénitaux du cordon ombilical. — Mlle MERCIER. L'hématologie des hérédo-syphilitiques. — M. SURPAS. Fonctionnement de la Maternité de l'hôpital Boucicaut en 1927. — M. ROLLET. La pathologie dans les eaux fortes de Jacques Callot. — M. SEMPÉ. Rôle du pou dans l'étiologie du typhus exanthématique. — M. BOIFFIN. Etude comparée des vomissements avec acétonémie. — M. LACAVE-LAPLAGNE. Des hémorragies utérines dans les maladies du cœur. — M. NICOLAEVITCH-KOSSOVITCH. Réaction de floculation des sérums syphilitiques par la méthode des mélanges antigène-resines. — M. SORIA. Altérations. Modes de conservation des œufs. Intoxications par les gâteaux à la crème. — M. VEYSSIÈRE. Etude de la staphylococcémie d'origine utérine. — M. TOMAS PASTORIZA. L'ulcère syphilitique de l'estomac.

26 juin. M. MARUAMO. Etude clinique et radiologique des diverticules congénitaux du duodénum. — M. DUCREUX. Etude de l'insufflation tubaire. Indications, contre-indications, etc. — M. GUÉRIN. Pachysynovite hémorragique du genou. Etude des hémarthroses chroniques. — M. MOLDASAN. Etude des troubles de la castration féminine. Les bouffées de chaleur. — M. SCHARJOWICZ. Etude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. Hémorragie traumatique. — M. APOSTOLAKIS. La grossesse extra-membraneuse. — M. SUZOR. Etude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. — M. JULHIRN. Troubles digestifs dans l'éventration diaphragmatique. Raisons anatomiques. — M. ROSEN. Sur la thérapeutique salicylée intraveineuse dans la maladie de Bouillaud. — M. QUEREILHAC. Troubles intestinaux et amibiase dans nos climats. — M. BETOULE. La physiothérapie des prurits. — Mlle CADOT. La lutte contre les grandes endémies dans les colonies. Collaboration médicale et administrative. — Mme COURTINE. Influence de l'insuline sur le métabolisme azoté. Rôle dans l'engraissement et l'amaigrissement.

27 juin. — (Thèses vétérinaires.) — M. BRIVOIS. Etude de la luxation coxo-fémorale chez le chien. — M. STIVAL. Etude des blessures des régions plantaires chez les bêtes bovines. — M. BACIGALUPO. Diagnostic de la tuberculose des carnivores domestique —. M. SORRIPU. Sur le traitement chirurgical du cornage.

28 juin Mlle GORELIK. Influence des saisons sur le développement du cranio-tabes. — Mlle WAYNBAUM. Les maisons maternelles. Leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile et l'abandon des enfants. — M. DUBLINEAU. La lyse du bacille de Koch dans l'organisme. — M. MARTIN. Etude du rôle de la contamination de l'enfant dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. RONDEPIERRE. Etude des pleurésies purulentes streptococciques et leur traitement. — M. LEROUX. Le traitement sérique du tétanos. — M. DANHIER. Etude du cœur dans les insuffisances. Respiration chez l'enfant. — Mlle MORET. La vaccinothérapie des méningites cérébro-spinales par l'endoprotéine méningococcique, en particulier chez l'enfant. — M. SARRAILLE. Dératisation par l'acide cyanhydrique dans les navires de la flotte de commerce. — M. MAGNARD. Etude du réflexe solaire dans la démence précoce. — M. NÉRON. L'enfant vagabond. — M. PIGOT D. LOUVEL. Etude de psycho-pathologie historique.

29 juin. — M. DE FRESQUET. De la suspension du col utérin dans les prolapsus génitaux. — M. LEMARIÉE. Les ondes entretenues dans le traitement des affections gynécologiques. — M. SAUVAGE. Les troubles de la coagulation sanguine et leurs conséquences chirurgicales. — M. DURANTON. Etude radiologique du rocher et de la mastoïde. — M. MESNARD. Traitement de l'imperméabilité nasale et redressement de la cloison chez l'enfant par disjonction brusque des os maxillaires inférieurs. — M. DUBOST. De la mesure de la conductibilité du corps humain en courants alternatifs de basse fréquence.

30 juin. — M. BERNARDINI. Etude des ostéomes de l'ethmoïde. — Mlle SAYAG. Etude des abcès froids thoraciques. M. CHAMPEVAL. Etude statistique et clinique de 70 fractures du maxillaire inférieur. Traitement simplifié. — M. GALTIER. Remarques sur l'anatomie patholog que et la pathogénie des kystes spermatiques. — M. LAMY-OGLIASTRI. La récupération fonctionnelle dans la tuberculose du genou chez l'enfant. — M. LASSAYS. Ligatures et

résections veineuses associées à la sympathectomie péri-artérielle dans les artérites oblitérantes. M. HUDELO. Le glaucome dans l'exophtalmos pulsatil. — M. NATTAF. De la vaccinothérapie dans les ophtalmies gonococciques.

Thèses vtérinaires. — M. LANGLOIS. Etude de la strongalose gastro-intestinale du mouton. Traitement. — M. MONCHARMONT. Etude de la bronchite vermineuse des bovins. — M. DUTERRIER. Etude de la réaction Kottmann. — M. TEURFIK. L'hystérectomie abdominale des carnivores. — M. GARNIER. Etude du traitement des boiteries des régions supérieures des membres par les abcès artificiels. — M. BARRANGER. De la sédimentation spontanée du sang chez le cheval.

2 juillet. — M. BRANÈRE. Le pin maritime et ses dérivés en thérapeutique. Mlle LAVAULT. Sensibité utérine dans l'après-part. Valeur séméiologique. — M. PINEAU. Des spermatocystites. Etude de leur séméiologie et leur traitement. — M. NOIROT. Les syndromes granulomateux malins.

3 juillet. M. DESTOUCHES. Le syndrome de rétroaction dans la tuberculose pulmonaire. — M. SIMON. Des hémorragies et des émissions sanguines dans les insuffisances cardiaques. — M. MALACHIER. Etude du radio-diagnostic des suppurations broncho-pleuro-pulmonaires, non tuberculeuses. — M. OFFERLÉ. Les abcès amibiens du poumon. — M. PRINCE. Valeur de la salycylothérapie dans le traitement des déterminations cardiaques de la maladie rhumatismale. — M. LELONG. Le problème des hallucinations — M. WESTPHAL. Notion de schizoïdie et de schizomanie dans ses rapports avec la démence précoce. — M. BRION. Traitement chirurgical de certains lupus tuberculeux de la peau. — M. SECRET. A propos du dépistage de la syphilis dans les maternités. — M. MABILLE. Etude du traitement des fractures ouvertes (sérothérapie polyvalente locale et systématique. — M. ABGUELLO. Les lymphatiques de la vessie.

4 juillet. — (Thèses vétérinaires.) M. LE BALLOCH. La gastrotomie chez les bovidés. — M. MÉTAYER. Différents procédés de castration des équidés mâles et normaux. — M. PARADIS. Quelques complications de castration chez les grands animaux. Leur traitement.

5 juillet. — M. SAINI MARIO. Etude des complications des anthrax de la lèvre supérieure. — M. SPECH. Etude de la topographie des arcades palmaires. — M. GIET. Du traitement par le plomb des cancers épithéliaux. — M. POISSON. Traitement orthopédique de la coxalgie guérie. Des opérations ankylosantes. — Mlle TROUSSON. Tumeurs kystiques des ovaires prises pour des fibromes. — Mme POLONSKI. Etude du traitement du tétanos par les hypnotiques.

6 juillet. — (Thèses vétérinaires). — M. DIGNAC. La saignée dans l'hémoglobinurie. — M. LANGLOIS. Le bacille tuberculeux aviaire chez le cheval, le bœuf et le porc. — M. HILSONT. La photosensibilisation chez les animaux domestiques. — M. LEBDUSKA. Etude biologique et pharmacodynamique de la carbamide, de la sulfo-carbamide et de l'hyposulfite de soude.

7 juillet. — M. BARRAT. Etude des malformations cutanées chez le nouveau-né. — M. COUSIN. Etude du rôle biologique de la peau dans les infections. — M. MORLAAS. Contribution à l'étude de l'apraxie. — Mlle MIRABLON. L'insuline dans la maigreur. — M. ZALIOUK. Les formes aiguës de la maladie de Basedow. — M. LAFFAILLE. La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon. — M. LECONTE. La prophylaxie actuelle de la diphtérie. — M. LÉVY ERNA. Etude sur le taux des protéines du serum sanguin des nourrissons. Nourrissons eczémateux.

Faculté de médecine de Paris. — Le nombre des étudiants en médecine ne cesse de s'accroître. Voici le nombre total des étudiants ayant fait un acte de scolarité à la Faculté de Paris :

1924-1925	2.510
1925-1926	2.515
1926-1927	2.676

Nombre des étudiants ayant pris la première inscription :

	Français.	Etrangers.	Total.
1924-1925	533	203	736
1925-1926	561	237	798
1926 1927	607	295	902

Cette augmentation, qui est évidemment très satisfaisante en soi soulève cependant des difficultés matérielles pour la bonne marche de l'enseignement. Les locaux ne seront-ils pas bientôt insuffisants ?

Collège de France. — L'Académie des sciences vient de proposer pour la chaire d'embryologie du Collège de France, M. Faure-Frémiet.

Bal de l'Internat. — Le bal de l'Internat a eu lieu le lundi 2 juillet à Bullier. Cette manifestation traditionnelle a remporté, comme chaque année, le plus vif succès.

Médaille au professeur Jeanselme. — Un groupe d'élèves et d'amis de M. le professeur JEANSELME estime, qu'il conviendrait de marquer son départ de la Faculté et des hôpitaux par un témoignage de leur affection, en faisant frapper sa médaille en bronze par le graveur Drospy.

Le comité d'organisation vous prie de vouloir bien vous joindre à lui et d'adresser votre souscription aux trésoriers, MM. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e), avant le 15 octobre prochain.

La remise de la médaille à M. le professeur Jeanselme aura lieu le dimanche, 9 décembre, à 10 heures au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de cent francs recevront une réplique en bronze.

Lyon. — Un comité vient de se constituer pour organiser une fête en l'honneur du Dr Gouilloud, chirurgien de l'hôpital St-Joseph. Les souscriptions doivent être adressées au Dr VERRIÈRE, 46, rue de l'Hôtel-de-Ville. Elles donneront droit à une plaquette souvenir. Le président du comité est le Dr Audry et le secrétaire général le Dr OLIVIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Modifications persistantes du caractère, après impaludation, dans la P. G.,

Par H. CODET.

L'état mental et le caractère de malades, ayant subi l'impaludation, comme traitement de la P. G., paraît susceptible de présenter des modifications intéressantes. Bien entendu, il ne s'agit pas de l'état transitoire contemporain des accès fébriles ni même de celui que l'on observe pendant les premières semaines consécutives. Je veux parler des changements durables que l'on observe lorsque, ultérieurement, le malade est ou paraît être stabilisé.

D'autre part, ces constatations ne peuvent être faites utilement que sur des sujets traités de façon assez précoce et avec un résultat suffisamment satisfaisant. Ces conditions sont indispensables pour que l'individu puisse être comparé à lui-même, avant et après traitement.

C'est à ce propos que je rapporte les deux observations suivantes.

Mme G., 42 ans, au moment où je l'examine pour la première fois, présente, depuis un an, des troubles psychiques, notablement aggravés depuis quelques semaines et réalise un aspect typique de P. G. avec : excitation psychique, euphorie, satisfaction de ses qualités intellectuelles et plastiques, idées délirantes de richesse, instabilité extrême de l'humeur, caprices puérils, docilité, troubles de la conduite, inconscience complète de son état pathologique. On constate quelques achoppements dans la conversation prolongée, un peu de tremblement de la langue ; le signe d'A. Robertson est net, tous les réflexes tendineux très forts. La syphilis acquise est connue, les traitements en ont été fort irréguliers.

Devant ce tableau clinique, malgré l'absence d'examens biologiques, ceux-ci étant refusés, je propose l'impaludation et je la pratique le 2 juillet 1927. Tout se passe sans incident et deux mois et demi après, la malade peut quitter la maison de santé et revenir chez elle, où, depuis lors, elle mène son existence normale, mais avec un caractère nettement modifié.

Antérieurement, Mme G. a toujours été d'une humeur assez difficile : autoritaire, ombrageuse, méfiante, jalouse ; elle était sujette à de fréquents accès de colère, suivis de bouderies ; elle était, en somme, d'une constitution paranoïaque, non pathologique mais nette. Depuis bientôt deux ans, au contraire, elle est incomparablement plus douce, plus docile, plus sociable, plus égale d'humeur : ses proches l'ont plusieurs fois signalé spontanément. Or, il n'y a plus trace d'excitation psychique, d'euphorie anormales. Il est difficile de discuter la possibilité d'un affaiblissement psychique atténué : les préoccupations intellectuelles ne paraissent ni plus ni moins vives qu'auparavant, mais l'activité pratique de cette dame, maîtresse de maison très minutieuse, n'a donné lieu à aucun incident, à aucune négligence. Elle suit très régulièrement ses cures de traitement spécifique : son état général est fort satisfaisant.

La seconde malade a une histoire pathologique beaucoup plus complexe. Mme P. a 43 ans lorsque je la vois en juillet 1926. Elle a été opérée 4 mois auparavant : hystérectomie totale et ablation des ovaires pour néoplasme utérin. Elle vient me consulter pour un état consécutif à sa ménopause chirurgicale : il s'agit d'une hyperémotivité extrême, avec les troubles circulatoires ordinaires : pas de syphilis connue, pas de signe neurologique appréciable. Pendant 10 mois, le traitement endocrino sympathique très actif la remet et la maintient bien relativement en équilibre. En mai et juin 1927, se déclare alors un syndrome d'excitation psychique intense : euphorie, érotisme, familiarité, gourmandise, agitation et activité sans ordre, projets déraisonnables, etc. Je revois la malade à la fin de juin et constate, en outre : du myosis avec réflexe photo moteur très faible, du tremblement de la langue et des lèvres, des réflexes tendineux très forts. Les examens du sérum et du liquide céphalo-rachidien confirment nettement l'hypothèse d'une paralysie générale active et l'impaludation est faite au début de juillet 1927 ; la malade revient chez elle à la fin de septembre.

Depuis, elle a pu vivre seule chez elle, exactement comme par le passé. D'un esprit toujours puéril et plutôt superficiel, elle est peut-être devenue un peu plus suggestible, mais sans modification vraiment nette dans sa mentalité. Ses soins ménagers, sa tenue, son activité, sont parfaitement correctes. Elle suit très régulièrement son traitement spécifique. Il n'a pas été fait de nouvelle ponction lombaire, mais l'examen du sérum montre une réaction dissociée du Bordet Wassermann. Il n'y a plus de tremblement. Les réflexes photomoteurs sont satisfaisants.

Ce qui me paraît particulièrement intéressant dans ce deuxième cas, extrêmement favorable du point de vue clinique, c'est le retour à l'état antérieur d'une malade qui a présenté pendant 10 mois un état névropathique accentué, consécutif à une ménopause chirurgicale. Actuellement, elle a retrouvé son émotivité constitutionnelle, banale pourrait-on dire, et ne suit qu'un léger traitement endocrinien discontinu. Tout se passe comme si l'instabilité organo-végétative avait été freinée soit par l'atteinte encéphalitique, soit par l'hyperthermie thérapeutique.

En somme, il semble que l'on puisse observer chez des malades impaludés pour paralysie générale des modifications durables du caractère, indépendantes d'un affaiblissement intellectuel quelconque, portant principalement sur la docilité, la suggestibilité, atténuant les réactions hyperémotives et facilitant même, dans les cas favorables, le retour à la vie sociale.

Sur un cas de lèpre traité par la bactériothérapie.

Par le Dr BOURGEOIS et le Dr TSATSARONIS.

Vers la fin de l'année 1924, l'un de nous recevait à sa consultation un homme jeune : 30 ans, d'origine grecque Monsieur X..... qui venait le consulter pour une blennorrhagie compliquée d'orchite. En dehors de cette infection locale, on remarquait à ce moment une légère alopécie de la queue des sourcils, de la moustache et de la barbe, rien au cuir chevelu ; sur la joue un petit nodule surelevé. Une séro-réaction de Bordet-Wassermann donne un résultat positif. Un traitement au novarsénobenzol est institué immédiatement quelques jours plus tard, à l'occasion du traitement, on aperçoit à la cuisse gauche une tache pigmentaire avec anesthésie à la piqûre. Cette lésion jointe à celles de la face, aiguille le diagnostic vers une autre voie : possibilité d'un cas de maladie de Hansen, malgré le Bordet Wassermann positif qui comme on sait peut l'être également au cours de la lèpre. Un examen du mucus nasal pratiqué à ce moment montre en effet des bacilles acido résistants, type Hansen.

Questionné sur ses antécédents, le malade intelligent et qui comprend parfaitement son état raconte qu'il est né à Mytlène, a trois frères et sœurs bien portants. La mère est morte d'une pneumopathie aiguë. Son père, qui s'est toujours bien porté, s'est remarié et de ce mariage sont nées deux filles actuellement en parfaite santé, elles aussi. Rien donc semble-t il du côté héréditaire. Pour lui même personnellement rien non plus jusqu'à sa blennorrhagie recente.

En 1912, il a quitté son pays, et voyagé dans les Balkans durant 4 ans : il est rentré en Grèce pour faire son service

militaire et prendre part à la campagne d'Asie Mineure ; il débarque en France en 1923 ne remarquant rien d'anormal dans son état. L'infection s'est donc révélée depuis son arrivée.

Le diagnostic étant définitivement posé, le traitement au novarsénobenzol est arrêté et remplacé par des injections de hansénol (huile de chaulmoogra).

Le malade reçoit vingt piqûres et part dans la région du Nord où il est perdu de vue pendant plus d'un an. Durant ce temps, il s'est marié et nous le revoyons au début de 1926. Son faciès est, hélas ! bien changé et nettement repoussant, une éruption de lépromes envahit la face, les membres supérieurs et inférieurs ; la barbe et la moustache sont tombés complètement mais la chevelure reste toujours intacte. Parmi les lépromes un grand nombre sont ulcérés laissant suinter un liquide séro-purulent. Une rhinite intense accompagne l'éruption des lépromes, la narine droite est presque obstruée avec déviation. Malgré tout le malade conserve un bon état général.

Au point de vue bactériologique on trouve dans les lépromes une énorme quantité de bacilles de Hansen aux dispositions typiques : en paquets de cigares, en globi ou bien encore inclus dans de grandes cellules lépreuses vacuolaires. En même temps qu'une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann toujours fortement positive, une inoculation faite au cobaye reste négative.

Sur ces entrefaites le hasard des relations médicales fait rencontrer à l'un de nous le Dr Hasson de Londres bien connu par ses travaux sur la lèpre. Celui-ci nous confiait une formule de vaccin antilépreux qu'il essayait depuis quelque temps déjà, obtenu en partant de bacilles de Koch dégraissés, il nous laissait le libre choix de la technique de préparation. Sur ses conseils nous appliquons alors à notre malade son traitement bactériothérapique en modifiant légèrement la formule primitive du vaccin : adjonction à l'émulsion habituelle des bacilles, d'une partie des extraits de ces mêmes bacilles et une petite quantité de bacilles de Hansen provenant de la sérosité des lépromes.

Des injections intramusculaires du vaccin sont pratiquées à partir de janvier 1927, deux fois par semaine ; en même temps, nous injections une fois par semaine une ampoule de 10 cc. d'huile de chaulmoogra créosotée. Ces dernières injections très douloureuses doivent être abandonnées après la troisième piqûre, mais les injections de vaccins sont continuées. Jusqu'à la huitième piqûre le malade ne présente aucune réaction : à partir de ce moment seulement elles sont suivies d'une forte réaction locale et générale. Du point de vue local, les lépromes sont gonflés puis ils se ramollissent et l'écoulement séreux devient abondant. Du point de vue général, on assiste à une assez forte poussée de température jusqu'à 40°, avec frisson, fatigue générale, langue saburrale. Les injections sont alors espacées, à raison d'une seulement pas semaine. Les lépromes commencent alors à diminuer de volume, le suintement s'atténue, puis disparaît. Après vingt piqûres de vaccin espacées sur une durée de trois mois, l'examen de notre malade montre une cicatrisation complète des lépromes, laissant seulement une peau pigmentée et une légère induration tant à la face qu'aux membres inférieurs et supérieurs. Du point de vue bactériologique un examen du mucus nasal reste négatif, nous ne trouvons aucun bacille, et le Bordet Wassermann est devenu lui aussi négatif.

Pour terminer l'observation de ce malade, disons que vers la fin de juin, deux mois après la fin du traitement un abcès apparaît à la fesse, au point d'injection d'une piqûre d'huile de chaulmoogra. Cet abcès nécessite une large incision ; le pus était absolument aseptique, avec éléments leucocytaires à peu près intacts, aucun germe ni bacille acido-résistant n'y est décelé. Après un mois, la guérison de l'abcès est terminée, mais à quelque temps de là notre malade présente une assez forte albuminurie avec œdème des mains et des membres inférieurs. Par régime et traitement, guérison au bout de trois mois. En dehors de ces deux incidents, le malade n'a subi aucun traitement antilépreux depuis fin mars 1927. Les lésions restent toujours parfaitement cicatrisées, le Bordet Wassermann est toujours négatif et le mucus nasal ne contient pas de bacilles.

La femme de notre sujet examinée à son tour ne présente absolument aucun signe suspect, les examens bactériologiques du mucus nasal et l'examen sérologique sont négatifs.

Devant les résultats obtenus, nous sommes obligés de conclure à un succès remarquable qui s'est maintenu pendant un an. Nous espérons pouvoir surveiller longtemps notre malade. Le temps manque encore pour juger si nous sommes seulement en présence d'un blanchiment momentané ou d'une guérison durable. Dans la première hypothèse nous serions déjà satisfaits de ce résultat, tant au point de vue de l'individu lui-même que du point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie générale.

Nous espérons dans un avenir rapproché pouvoir apporter d'autres observations, grâce à l'obligeance de confrères que la question intéresse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Diagnostic et règles générales du traitement de la contusion abdominale.

Formes cliniques et indications opératoires — Exploration opératoire méthodique de la cavité abdominale — Traitement des lésions.

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

1° Etude clinique.

Parmi les lésions les plus fréquentes que vous observerez au niveau de l'abdomen, vous aurez à faire le *diagnostic* et le *traitement* de la *contusion abdominale*.

Il s'agira le plus souvent d'un sportif, d'un militaire, qui au cours de son travail ou d'un exercice violent aura reçu un coup de pied de cheval, un coup de tête ou de poing, dans le ventre.

Ce seront aussi tous des accidents du travail ou de la rue : chute sur une barrière, sur un échafaudage, tamponnement par une voiture, etc...

Ce qui importe avant tout quand vous observez un blessé atteint de contusion abdominale, ce n'est pas seulement de constater le traumatisme abdominale, mais de faire exactement la part des lésions produites, tant dans les parois que dans la cavité abdominale, de savoir discerner par les signes cliniques si les organes intra-péritonéaux sont lésés, s'il existe une hémorragie provenant soit d'un vaisseau important, soit d'un organe plein (foie, rate, rein,) soit une rupture d'une portion quelconque du tractus gastro-intestinal sans oublier les voies biliaires, la vessie, etc....

De la précision et de la précocité de votre diagnostic dépendra le sort de votre malade, car s'il existe des lésions soit d'ordre hémorragique par rupture vasculaire ou par éclatement d'organes pleins, soit d'ordre infectieux par perforation du tube gastro-intestinal, seule une intervention précoce peut enrayer les accidents et assurer la guérison du blessé.

Bien souvent vous serez, dans les *cas limites*, très embarrassés en face de signes frustes, d'une apparence de lésion bénigne.

Ne vous y laissez pas prendre. Surveillez avec le plus grand soin votre malade. Soyez attentifs au plus petit signe, et dans le doute, une intervention exploratrice et même négative vaudra toujours mieux (car elle sera sans danger si elle est correctement faite) qu'une expectative qui pourrait laisser passer le temps favorable à une intervention salutaire.

En présence d'une contusion abdominale ne soyez pas obnubilés par la paroi abdominale antérieure ou antéro-latérale.

Souvenez-vous que si, le plus souvent, les lésions ont été produites par un choc qui aura porté dans la zône des muscles larges de l'abdomen, il est des cas aussi où de graves désordres abdominaux ont été déterminés par une contusion lombaire, par un choc portant sur la base d'un point quelconque de la périphérie thoracique.

Souvenez-vous aussi que l'abdomen n'est pas isolé mais que des lésions mixtes peuvent exister, soit du côté du bassin, soit du côté des cavités thoraciques.

Et avant même de faire l'examen détaillé du blessé, prenez pour guide les quelques préceptes suivants :

1° Les lésions intra-péritonéales dans la contusion abdominale ne sont nullement en rapport avec l'intensité du traumatisme.

2° Les lésions les plus graves peuvent pendant les premières heures après l'accident ne s'accompagner que de symptômes banaux, surtout s'il s'agit de lésions destructives intestinales. Au contraire, en cas de lésions hémorragiques, aux symptômes de choc initial succèdent sans interruption les symptômes de l'hémorragie interne.

Quand il s'agit d'un traumatisme ayant porté sur la région abdominale, il faut penser tout de suite à éliminer la *vessie et le rein* et pour cela recueillir les urines soit par l'émission spontanée, soit par la sonde. S'il n'y a pas d'hématurie le rein et la vessie sont hors de cause, sauf en cas de rupture totale du pédicule rénal. Dans ce cas on sera guidé par un empâtement lombaire dû à la collection de l'hématome dans l'atmosphère péri-rénale.

Au cas où le traumatisme aurait porté dans l'*hypochondre droit*, pensez à une *lésion du foie ou des voies biliaires* ; dans l'*hypochondre gauche*, *à une lésion de la rate* ; dans la région *ombilicale*, à une lésion du *grand épiploon* de l'*intestin grêle* ou du *mésentère*, etc...

Songez aussi que certaines contusions violentes du thorax, que des plaies à orifice thoracique peuvent agir sur les organes cachés sous la coupole diaphragmatique (estomac, foie, rate).

N'oubliez pas enfin les organes profondément situés contre la colonne lombaire (pancréas, duodénum, gros vaisseaux artériels et veineux).

Il n'est pas inutile de répéter encore que l'*observation attentive du blessé dans les toutes premières heures qui suivent l'accident est de nature à décider l'intervention et que, en matière de contusion de l'abdomen, il ne faut pas attendre le développement des symptômes d'anémie aiguë ou d'infection péritonéale patente pour opérer utilement.*

Partant de ces quelques données générales vous serez déjà plus à l'aise pour examiner les malades qui se présenteront à vous avec les formes cliniques les plus communes dont je vais vous parler maintenant :

I. Formes cliniques de la contusion abdominale.

1° Contusion sans lésions.

Personne ne conteste que certains traumatismes abdominaux ne provoquent aucune lésion sérieuse intra-abdominale et sont cependant immédiatement suivis de phénomènes de shock impressionnants dus à la réaction du plexus solaire (pâleur, petitesse et rapidité du pouls, douleur abdominale vive, légère défense de la paroi contusionnée par le traumatisme). Mais, dans ce cas, dans les premières heures qui suivent le traumatisme, les phénomènes s'amendent, le malade se recolore, son pouls redevient plein, son ventre s'assouplit, il émet des urines et des gaz, la contracture pariétale se localise et fait place à un empâtement en cas de rupture musculaire.

Il ne peut donc pas être question ici de laparotomie.

2° Contusion abdominale suivie d'hémorragie interne.

Au contraire, en cas de lésion vasculaire et d'hémorragie importante, le blessé ne se relève pas de son shock primitif, les phénomènes s'accentuent progressivement.

Le malade pâlit de plus en plus, ses muqueuses se décolorent, il devient cadavérique; ses pupilles se dilatent, le nez se pince, les extrémités, les oreilles, le nez, la langue se refroidissent ; le pouls devient de plus en plus petit, misérable, rapide.

Les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum, les stimulants tels que la caféine, l'huile camphrée, etc. ne remontent que passagèrement le pouls qui retombe immédiatement.

En somme, tout indique que l'hémorragie interne progresse.

L'indication est donc formelle : il faut intervenir de suite pour tarir la source de l'hémorragie.

3° Contusion abdominale avec lésions de viscères creux.

S'agit-il au contraire d'une lésion viscérale susceptible d'infecter le péritoine (rupture ou perforation gastro-intestinale), les signes du début sont un peu différents, et il faut bien les connaître et savoir les rechercher pour opérer en temps utile, c'est-à-dire *avant l'apparition* des signes d'infection généralisée du péritoine.

Ici, la période de shock primitif terminée, le malade peut bénéficier pendant quelque temps d'une détente trompeuse mais qui n'est pas durable. Surveillez en effet d'heure en heure le blessé. Vous verrez que le pouls, qui s'était un peu remonté après l'accident, baisse de nouveau régulièrement, et s'accélère d'heure en heure et devient en même temps moins bien frappé. Ne tenez pas compte de la température qui peut rester basse, mais surveillez de très près l'intestin et la paroi abdominale.

Le malade en cas de lésion perforante accuse en général une douleur abdominale de plus en plus vive, la paroi devient très sensible même au contact superficiel. *Elle durcit par contracture réflexe des muscles abdominaux; le malade présente un véritable ventre de bois tandis que ce phénomène n'existe pas dans l'hémorragie intra-péritonéale non accompagnée de lésions d'un organe creux.*

Cependant, sous cette paroi rigide, l'intestin se paralyse, se laisse distendre par les gaz, et le ventre peut paraître alors à la fois dur et ballonné.

Les gaz et les matières liquides issus de l'intestin ou le sang extravasé se répandent dans l'abdomen suivant les lois de la pesanteur.

Les matières intestinales et le sang s'accumulent dans les fosses iliaques où l'on pourra les déceler par la recherche d'un vague empâtement ou de zones de matité.

Les gaz isssus de l'intestin en cas de rupture du tractus gastro-intestinal s'accumulent au contraire dans la partie haute de l'abdomen masquant en partie ou en totalité la matité hépatique.

Donc, quand après les toutes premières heures qui suivent un traumatisme abdominal, vous constaterez les premiers

symptômes soit d'une hémorragie seule (signes d'anémie aiguë sans contracture abdominale) ou associés à une lésion du tube digestif (signes de perforation avec contracture de la paroi abdominale) ne temporisez pas davantage, n'attendez pas que les symptômes se confirment en s'accentuant ; faites une laparotomie exploratrice suivie s'il y a lieu du traitement des lésions que vous trouvez en cours de vos recherches méthodiques.

Je sais bien que tout récemment certains chirurgiens ont apporté des observations dans lesquelles le symptôme « contracture abdominale » s'était manifesté d'une façon précise à la suite de contusions abdominales sans rupture d'organes creux et avec hémorragie simple (par rupture de la rate par exemple.)

Ces faits s'ils existent sont exceptionnels et ne doivent pas vous faire perdre de vue que *la saine clinique considère toujours la contracture abdominale comme un signe fondamental de réaction péritonéale (dans l'immense majorité des cas d'origine aseptique)* ; et lorsque vous constatez ce signe après une contusion abdominale, n'hésitez pas à ouvrir le ventre. Vous trouverez le plus souvent la cause de cette *contracture d'alarme* dans une perforation intestinale et si le hasard voulait que vous ne trouviez pas la lésion intestinale ouverte, mais seulement une hémorragie, votre intervention n'en resterait pas moins curatrice d'une lésion qui, elle aussi, nécessitait l'ouverture et l'exploration de l'abdomen.

Je tiens du reste à vous mettre en garde contre les surprises de l'exploration abdominale après laparatomie, car dans les toutes premières heures, alors que les réactions péritonéales sont encore très minimes, s'il s'agit d'une toute petite perforation située très profondément ou masquée par les anses intestinales ou par l'épiploon, elle peut passer inaperçue à une exploration insuffisante et pas assez méthodique.

Faites donc une exploration systématique de l'abdomen et n'oubliez pas de voir les organes profonds et en particulier le duodénum, car il y a déjà bien des années que Chavasse avait décrit des lésions très spéciales de cet organe dans les contusions de l'abdomen par coup de pied cheval, consistant en un véritable écrasement de l'anneau duodénal sur la colonne lombaire avec perforations sur les points de compression entre le sabot du cheval et les points résistants sur lesquels s'appuie ce segment intestinal fixe qui ne peut fuir dans le traumatisme comme le feraient les anses grêles par exemple.

Certains traumatismes abdominaux sans lésions viscérales infectantes s'accompagnent aussi quelquefois de signes rappelant un peu ceux de la péritonite par perforation au début, et que Remy et Guibal ont étudiés sous le nom de *syndrome para-péritonéal dans les traumatismes de l'abdomen.*

Il se manifeste par des douleurs, de la contracture, des vomissements, un arrêt des gaz et des matières, de l'accélération du pouls.

Dans plusieurs de ces cas, la vérification opératoire a montré l'intégrité des organes intra-péritonéaux.

Cependant à étudier les symptômes de près, ils diffèrent de ceux de la perforation intestinale. La contraction abdominale est plus tardive et toujours limitée à une partie de la paroi abdominale. La douleur pariétale reste, elle aussi, localisée à la région de l'hématome.

La sonorité préhépatique peut exister, mais elle n'est pas due à l'épanchement d'air venu de l'intestin perforé dans l'abdomen mais seulement au refoulement d'anses grèles saines dans l'hypochondre droit par l'hématome.

En somme, j'insiste encore une fois sur ce fait capital : *la contracture progressive et généralisée de la paroi abdominale garde une valeur de premier ordre comme signe de lésion viscérale, et dans tous les cas, elle vous commande une intervention exploratrice.*

Avant même d'intervenir, et pendant que vous préparez l'opération, rappelez-vous que le blessé est choqué ; remontez-le par les moyens habituels, réchauffez-le, mobilisez-le le moins possible, et pratiquez tout de suite et au cours de l'opération même une injection sous-cutanée ou même intra-veineuse de sérum artificiel chaud ; injectez huile camphrée, caféine, adrénaline, etc., etc.

En cas d'hémorragie grave, pensez à utiliser la transfusion mais ne la faites, si possible, qu'après l'intervention. Ne faites jamais dans ce cas de rachi-anesthésie, mais employez de préférence une anesthésie courte et superficielle aux vapeurs d'éther chaudes sous courant d'oxygène ou plus simplement le mélange de Schleicht.

Si le diagnostic de localisation est hésitant, faites une laparotomie sous-ombilicale qui pourra ultérieurement être agrandie par le haut, sur laquelle vous pourrez si cela est nécessaire brancher des incisions latérales.

Dès que vous aurez reconnu qu'il y a du sang, des gaz ou des matières dans le ventre, *ne perdez pas votre temps à les étancher et à chercher à enlever tous les caillots.*

Ce qu'il faut faire avant tout, c'est la *recherche rapide immédiate du point qui saigne, ou de la perforation* qui laisse s'écouler les liquides intestinaux septiques.

Vous ne verrez pas toujours au premier abord les lésions. Pour agir vite et bien vous devez cependant pouvoir vous diriger sûrement vers l'organe lésé et savoir explorer méthodiquement la cavité péritonéale au cas où les lésions n'apparaîtraient pas au premier abord.

Pour cela, il vous est nécessaire de connaître très exactement la disposition des organes, leur situation, leurs rapports réciproques dans la cavité abdominale, la façon dont ils y sont maintenus ; en un mot, toutes les particularités et toutes les dispositions anatomiques que peuvent présenter le péritoine et les organes qu'il contient.

II. Exploration chirurgicale méthodique de l'abdomen (1)

A. — Vue générale.

L'abdomen est ouvert avec les précautions d'usage. Qu'y voyons-nous ?

a) A peu près au niveau de l'ombilic, passant d'un hypochondre à l'autre, c'est d'abord le *colon transverse* qui semble partager la cavité abdominale en deux étages : un étage supérieur et un étage inférieur.

Le côlon transverse, comme tout le *gros intestin* d'ailleurs, se reconnaît à ses trois caractères fondamentaux : il est *bosselé*, il présente *trois bandes longitudinales*, et, à sa surface, pendent les *appendices épiploïques.*

Il n'est pas, en général, tendu comme une corde rigide d'un flanc à l'autre ; mais, chez le sujet normal, il s'étale mollement au travers de l'abdomen, avec la forme d'un V très ouvert, pointe en bas, dont la branche droite monte vers le foie et la branche gauche, plus longue, se dirige plus haut que la précédente, sous les côtes à gauche. D[...]

(1) J'ai pensé que l'exploration opératoire méthodique de la cavité abdominale devait trouver sa place naturelle à propos du traitement opératoire de la contusion abdominale dont l'un des temps essentiels consiste à rechercher des lésions par une exploration méthodique et systématique.

J'ai cependant introduit dans cette étude pour qu'elle soit complète un certain nombre de détails et de notions qui ne sont pas indispensables à cette exploration en cas de contusion abdominale, et je ne voudrais pas que le lecteur se croit obligé de pratiquer systématiquement à propos de chaque cas de contusion abdominale toutes les manœuvres indiquées.



grandes variétés physiologiques ou pathologiques peuvent donner au côlon transverse des dimensions et des situations très variables (côlons longs, courts, coudés, plongeants, etc., etc.).

b) Au-dessus du côlon transverse, on voit : à droite, *le foie*, dont on aperçoit le bord tranchant et une partie de la face supérieure du lobe gauche ; puis, émergeant du bord inférieur de cet organe rouge vineux, une paroi lisse, épaisse et rosée : *c'est une portion de la face antérieure de l'estomac*, qui disparaît à gauche, sous le rebord des côtes. Cette portion libre de la face antérieure de l'estomac répond à l'aire cutanée du *triangle de Labbé.*

c) *Au-dessous du côlon transverse* s'étale le *grand épiploon* plus ou moins long, plus ou moins large, plus ou moins surchargé de graisse, suivant les sujets, et qui masque en totalité ou en partie la *masse du grêle*, encadrée de chaque côté par les *deux côlons ascendant et descendant*, dont l'un monte à droite, l'autre descend à gauche. Mais, tandis que le côlon droit est très apparent et semble occuper la presque totalité de la partie droite de l'abdomen, le côlon descendant gauche semble beaucoup plus postérieur et paraît se cacher sous les anses grêles qui le masquent.

Voilà ce que vous verrez en prenant soin de bien écarter les lèvres de votre incision médiane exploratrice suffisamment longue. Mais cette exploration superficielle serait insuffisante si vous n'y ajoutiez un examen méthodique en vous aidant non seulement de la vue, mais de la main qui mobilisera avec douceur les organes intra-abdominaux pour les exposer successivement à votre examen sans en omettre aucun.

Prenant toujours comme point de départ le côlon transverse, qui se présente tout naturellement à la paroi antérieure, vous étalerez en le relevant la lame fibro-péritonéale placée horizontalement qui réunit le côlon transverse à la paroi abdominale postérieure. C'est le *méso-côlon transverse*, qui vient s'attacher à la paroi lombaire entre les deux reins, remontant un peu plus haut à gauche qu'à droite.

Au-dessus du côlon transverse, la main ne peut pas toucher directement la face supérieure de cette lame méso-colique, car elle en reste séparée par une nouvelle cloison fibreuse recouverte, elle aussi, par le revêtement péritonéal et qui semble partie du bord inférieur de l'estomac, pour se continuer avec la face antérieure du grand épiploon, en passant sur le bord supéro-antérieur du côlon transverse. C'est la *lame gastro-colique* qui interdit à la main d'explorer directement la face postérieure de l'estomac.

De même, la main ne peut passer *au-dessous du côlon transverse*, sans au préalable, *relever le tablier épiploïque*, en même temps que le côlon transverse, au bord antérieur duquel il adhère. Mais, quand vous aurez pratiqué cette manœuvre, vous aurez sous les yeux et sous la main la face inférieure du méso-côlon transverse, que vous pourrez explorer jusqu'à la colonne vertébrale.

C'est alors que vous pourrez juger que cette cloison sépare bien la cavité péritonéale en deux étages, l'un supérieur sus-méso-colique, l'autre inférieur sous-méso-colique, qui ne communiquent entre eux qu'aux deux extrémités du côlon transverse, en dehors des angles droit et gauche qu'il forme avec les portions ascendante et descendante du gros intestin.

(1) Il se laissera dans tous les cas conduire par la clinique et le bon sens opératoire, les notions ci-dessus étant pour lui un guide, un aide mémoire et non une méthode impérative applicable indistinctement à tous les cas.

Cette lame est relativement mince, et l'on voit, quand on la tend en étalant le côlon transverse, apparaître à travers sa fine trame des anses vasculaires qui sont les vaisseaux coliques se rendant au côlon transverse et aux angles coliques. Entre ces arcades vasculaires sont des espaces libres avasculaires, plus ou moins larges, que le doigt peut facilement effondrer. Quand le doigt du chirurgien a ainsi perforé le méso-côlon transverse en partant de sa face inférieure, il s'aperçoit que ce doigt manœuvre librement au-dessus du méso-côlon, dans une cavité libre tapissée de péritoine. Il vient d'entrer par *la voie transméso-colique dans l'arrière cavité des épiploons* ; et il sent sur la pulpe de son doigt orientée en avant, la face postérieure de l'estomac tout à l'heure inaccessible.

d) Si, maintenant, se rappelant une notion d'embryologie élémentaire, le chirurgien gratte avec la pointe de son bistouri l'angle, ouvert en bas, qui sépare le bord libre du côlon de l'*insertion apparente du grand épiploon sur le côlon transverse*, il découvrira un plan de clivage qui lui permettra de séparer les feuillets constitutifs du grand épiploon d'avec le côlon transverse d'abord et d'avec la face supérieure du méso-côlon transverse ensuite. De sorte que la dissection finie, le grand épiploon ne tiendra plus qu'à la grande courbure de l'estomac par ses deux feuillets antérieurs, et pourra être relevé en haut avec celle-ci, mettant ainsi au grand jour la face postérieure de l'estomac et ouvrant largement l'arrière-cavité des épiploons par le bas. C'est le *décollement colo-épiploïque de Pauchet*, manœuvre qui pourra être réalisée toutes les fois que le chirurgien voudra explorer largement l'arrière-cavité des épiploons, et en particulier travailler sur la paroi postérieure de l'estomac, sur le pancréas, etc., etc.

Ayant pris connaissance de ces dispositions générales de la cavité abdominale, vous pourrez, suivant les circonstances, explorer plus minutieusement chacun des deux étages de l'abdomen.

B) Exploration méthodique de l'étage sus-méso-colique de l'abdomen.

L'*étage sus-méso-colique* peut être exploré grâce à une incision médiane xipho-ombilicale à laquelle on peut, quand cela est nécessaire, ajouter un débridement transversal à travers le grand droit.

Il comprend : la *loge hépatique* ; *la loge gastrique* ; *la loge splénique* ; *l'arrière cavité des épiploons* ; *avec la face antérieure du pancréas et derrière lui les gros vaisseaux* (*aorte, veine-cave, etc.*) ; *les mésos-pancréatico-splénique*, *gastro-splénique et gastro-hépatique*. Sous le foie, les voies biliaires (vésicule, canaux hépatique et cystique, début du cholédoque) et enfin le si important *carrefour sous-hépatique*, comprenant l'angle colique droit, la première portion du duodénum, la vésicule biliaire.

La paroi abdominale, incisée sur la ligne médiane, le chirurgien repoussera d'abord en bas le côlon transverse qui tend à s'extérioriser dans la plaie, et le maintiendra sous des compresses ou un large écarteur.

En pratique, dans la grande majorité des cas, son exploration devra d'abord porter sur l'estomac, le duodénum, le carrefour sous-hépatique.

A) Estomac et loge gastrique.

a) Reconnaissez d'abord le bord inférieur du lobe gauche du foie, toujours visible, et insinuez votre main à plat entre lui et l'estomac. Au besoin, relevez le foie avec un écarteur. Vous serez bientôt arrêté par une cloison vertico-frontale ; c'est l'*épiploon gastro-hépatique*. Du côté

gastrique, vous reconnaîtrez facilement ses attaches partant du bord droit de l'œsophage, suivant toute la petite courbure, se prolongeant sur la première partie du duodénum. Cette particularité vous permettra donc, en vous portant directement sous le foie à la recherche de ce ligament, de trouver à coup sûr l'estomac, quand celui-ci est rétracté ou peu visible. C'est la manœuvre dite de Sédillot.

Vous reconnaîtrez facilement dans le ligament hépatico-gastrique ses trois portions, à savoir : près de la petite courbure, une partie *charnue et épaisse*, dans laquelle courent au contact de la petite courbure les vaisseaux gastriques (coronaire stomachique) et dans l'épaisseur de laquelle se logent les branches du nerf-pneumogastrique gauche.

A droite de cette portion, se trouve une partie plus mince, presque transparente (pars flaccida de Toldt), facilement effondrée par le doigt et qui masque la région cœliaque, le pancréas et le lobule de Spiegel.

b) En continuant à parcourir du doigt la surface du méso-hépato-gastrique vers la droite, vous arriverez sur son bord libre (ligament hépatico-duodénal), suivi quelquefois par un prolongement cystico-colique). Ce bord libre constitue une arête tranchante et le bord antérieur d'un orifice permettant d'insinuer le doigt en arrière de cette cloison fibreuse et de *pénétrer ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons par l'hiatus de Winslow*.

C'est dans l'épaisseur de ce bord libre que vous verrez et palperez le *pédicule hépatique* (*veine porte* au milieu et en arrière ; *canal hépato-cholédoque* à droite ; *artère hépatique* à gauche, situés sur un plan un peu plus antérieur).

En arrière de votre doigt, contre le bord droit de la colonne vertébrale, vous pourrez sentir la *veine cave*, qui forme à ce niveau la paroi postérieure de l'hiatus de Winslow.

c) En vous servant du petit épiploon comme point de repère, il vous sera facile d'explorer toute la *face antérieure de l'estomac*, et en suivant cette face, de prendre contact avec le *pylore*, les *première et deuxième portions du duodénum*. Vous pourrez même introduire votre doigt dans l'orifice pylorique, en refoulant en doigt de gant la paroi antérieure de l'estomac.

d) Nous avons déjà vu plus haut que, si la face *postérieure de l'estomac*, qui constitue la paroi antérieure de l'arrière-cavité des épiploons, n'était pas explorable directement, nous avions cependant les moyens d'y parvenir, soit à *travers le ligament gastro-colique*, soit en introduisant le doigt dans l'*hiatus de Winslow*, soit, mieux, en effondrant au doigt le ligament gastro-hépatique.

Savariaud recommande de déchirer le ligament *gastro-colique* au-dessous des artères du même nom et à gauche de la ligne médiane, pour éviter de tomber sur le ligament gastro-pancréatique.

Le petit épiploon sera, lui, déchiré dans sa partie mince et vasculaire (pars flaccida).

Par ces moyens, vous pourrez explorer toute la face postérieure de l'estomac, sauf la région postérieure de la grosse tubérosité fixée au diaphragme et au pancréas et la portion rétro-pylorique, qui reste fixée par le ligament pancréatico-gastrique.

Cette dernière portion rétro-pylorique pourra être cependant explorée par la vue, en effondrant dans sa partie avasculaire le ligament pancréatico-gastrique.

Nous avons vu, enfin, plus haut, que le *décollement et l'effondrement colo-épiploïque*, libérant toute la grande courbure de l'estomac, permettait de mobiliser cet organe, de le relever entièrement et de découvrir toute sa face postérieure, ainsi que l'arrière-cavité des épiploons.

Enfin au lieu de décoller le grand épiploon du côlon transverse vous pourrez aussi le séparer de son adhérence à la grande courbure de l'estomac, en pratiquant à la manière de Témoin un véritable *dépouillement de cette grande courbure*, au-dessus de l'arcade des gastro-épiploïques et en rejetant le grand épiploon en bas. L'estomac ainsi libéré peut être complètement renversé en haut et laisse ainsi apparaître toute sa face postérieure.

B. Carrefour sous-hépatique. Voies biliaires. Bulbe et angle duodénal supérieur. Angle colique droit.

Ayant reconnu le *bord libre de l'hiatus de Winslow*, vous serez en mesure, en partant de ce point de repère, d'explorer *les voies biliaires, le carrefour sous-hépatique et l'angle colique droit*, ainsi que les nombreuses formations qui en dépendent (*première et deuxième portions du duodénum, vésicule biliaire, ligament cystico-colique*, etc., etc.)

Les voies biliaires principales, le canal cystique, l'angle duodénal sont très profondément situés. Pour les explorer avec fruit, il faut, autant que possible, les rapprocher de la paroi antérieure de l'abdomen. Pour cela, il convient de placer le malade sur la *table d'opérations en cambrure dorso-lombaire*, en lui glissant un coussin rond et dur sous la colonne lombaire, à la façon de Mayo-Robson. Outre les voies biliaires, inutile de dire que cette position permet d'explorer *toute la face inférieure du foie*, préalablement soulevé par la main d'un aide ou par de larges écarteurs.

On peut encore explorer la face inférieure du foie, en pratiquant la manœuvre indiquée par Delagenière. Elle consiste à tourner le dos au malade, à regarder ses pieds et à introduire la main droite sous le foie, la paume tournée vers le haut.

Vous pourrez *explorer les voies biliaires* soit *en partant de l'hiatus de Winslow* et en les suivant à contre-courant, soit en *partant du fond de la vésicule biliaire*.

Quand la vésicule est visible, après l'ouverture de la cavité abdominale, rien n'est plus facile que de la saisir par son fond et de la suivre jusqu'au canal cystique, qui mène lui-même au carrefour cystico-hépatico-cholédoque.

Souvent, au contraire, la vésicule est petite, rétractée, adhérente et ne se voit pas. Dans ces cas, suivez la recommandation de J.-L. Faure et cherchez le bord tranchant du foie ; puis suivez, de la pulpe du doigt, la face inférieure de cet organe en vous dirigeant vers la ligne médiane. Vous reconnaîtrez alors facilement le bord de l'hiatus de Winslow et, en vous portant en dehors, vous percevrez la vésicule.

A partir du bord supérieur de la première portion du duodénum le *canal hépatico-cholédoque* n'est plus palpable directement, car il s'enfonce en arrière contre la colonne lombaire et est recouvert par le bulbe duodénal et par la tête du pancréas.

Mais, nous savons que les dispositions embryologiques du péritoine permettent de pratiquer un *décollement pancréatico-duodénal* grâce auquel ces deux organes étant rejetés avec leurs vaisseaux vers la ligne médiane, on met à nu tout le trajet cholédocien, jusqu'à l'ampoule de Vater (Villar, Desjardins, Leriche).

La palpation directe de la région des voies biliaires mène forcément le chirurgien à examiner en même temps les organes immédiatement voisins, c'est-à-dire la région *pyloro-duodénale* et l'angle *colique droit*.

Cette exploration est du reste d'autant plus nécessaire que les lésions inflammatoires d'un des organes de cette

région retentissent très fréquemment sur les organes voisins et que, aussi bien cliniquement qu'opératoirement, leur examen doit toujours aller de pair dans l'esprit du chirurgien et du radiographe.

La seule partie du duodénum explorable sans manœuvres spéciales sus-méso-côliques est constituée par la *face antérieure de la première portion et par la moitié supérieure de la seconde*. Tout le reste de cet organe (troisième et quatrième portions) passe dans la région sous-méso-côlique et, pour être vue et touchée, nécessitera, comme nous le verrons plus loin, le relèvement du côlon transverse.

De plus, la face postérieure du duodénum, accolée à la paroi lombaire, est inaccessible à la vue et au toucher, aussi bien dans la région sus-méso-colique que dans la région sous-méso-colique. Mais nous savons que, grâce au décollement pancréatico-duodénal, joint ou non à la mobilisation de l'angle colique droit, on peut rejeter toute la masse viscérale en dedans, avec ses pédicules vasculaires, et explorer toute la face postérieure du duonum, avec les voies biliaires et pancréatiques qui y pénètrent.

C. Rate et loge splénique.

Restant toujours dans la région sus-méso-colique, le chirurgien qui a exploré les espaces sous-hépatiques et la loge gastrique peut, maintenant, à gauche de l'estomac, rechercher la *rate* et explorer la *loge splénique*.

Dans ce but, il doit se rappeler que la *rate, organe intra-péritonéal, a une position thoracique.*

Profondément cachée sous les côtes, elle sera d'autant plus facile à atteindre qu'on aura pris soin de glisser le coussin de Mayo-Robson sous la base du thorax.

Cette précaution prise, réclinez bien le côlon transverse en bas, réclinez l'estomac avec sa grande courbure en dedans, et, partant de la face antérieure de l'estomac, dirigez-vous en dehors, pour dépasser la grande courbure et laissez guider votre main, par la face antérieure de l'*épiploon gastro-splénique* qui, contenant les vaisseaux courts, vous conduira droit sur le *pédicule de la rate*. A partir de ce moment, vous pourrez faire le tour de l'organe et aller jusqu'en arrière de lui, sentir le *feuillet postérieur de l'épiploon pancréatico-splénique* qui contient l'artère et la veine spléniques.

En haut, vous serez arrêté par un repli péritonéal qui réunit le diaphragme au pôle supérieur de la rate (*ligament phréno-splénique*). En bas, le pôle inférieur est libre. Quelquefois, votre main sera arrêtée en voulant contourner l'organe par le petit ligament inconstant phréno-colique.

D. — Espaces sous-phréniques

Après tous ces examens, l'exploration de l'étage sus-méso-colique n'est pas terminée.

Reste, en effet, un dernier espace, presque virtuel à l'état normal, mais fort important en raison des localisations nombreuses des affections qui s'y développent, c'est l'espace *situé sous le diaphragme*, entre ce muscle et les organes immédiatement sous-jacents qui se logent sous la coupole diaphragmatique et qui prennent contact avec elle (foie, rate, estomac).

Ces espaces sont décrits sous le nom d'*espaces sous-phréniques*.

Lorsque le ventre est ouvert, la paroi bien écartée, l'œil du chirurgien aperçoit, et surtout sa main sent, en haut le diaphragme, en bas et à droite le foie, à gauche l'estomac. Ces deux organes se chevauchent réciproquement.

Un repli péritonéal, le ligament *suspenseur du foie*, s'attachant à la face supérieure de cet organe et sur la face inférieure du diaphragme, divise l'*espace inter-hépato-phrénique*, en deux loges ; une à droite, c'est la *loge inter-hépato-diaphragmatique droite* ; une à gauche, la *loge inter-hépato-diaphragmatique gauche de Martinet.*

Pour prendre connaissance de ces différentes loges et en préciser la topographie, insinuez, à la façon que recommande Robert Picqué, vos deux index de chaque côté du ligament suspenseur et poussez-les vers la colonne lombaire.

Au niveau du bord postérieur du foie, les deux doigts s'écartent pour suivre les deux *ligaments coronaires, droit et gauche. A droite* on peut suivre le *ligament triangulaire droit*, puis le bord droit et la face inférieure du foie, qui ramène dans l'espace sous-hépatique et, de là, dans la gouttière pariéto-colique droite. *A gauche*, en suivant le *ligament coronaire*, le doigt est arrêté en arrière par une zone d'accolement décrite par Jonnesco, entre la face postérieure de l'estomac, le péritoine pariétal postérieur et le ligament phrénico-gastrique. En dehors, il peut contourner la grande courbure et, de là, aller jusqu'à la loge splénique et la gouttière pariéto-colique gauche.

Cette loge gauche sous-phrénique peut être divisée en deux loges secondaires, en raison de l'individualité de la loge splénique décrite par Constantinesco.

Donc, *les espaces sous-phréniques* comprennent en réalité trois loges : *loge hépato-phrénique droite* : *loge hépato-gastro-phrénique gauche* : *loge splénique.*

Ces trois loges sont librement ouvertes en avant et communiquent, par-dessus le méso-côlon et le côlon transverse, avec l'étage sous-méso-colique. Mais, des adhérences ou une suture du côlon transverse à la paroi peuvent isoler facilement les deux grandes cavités péritonéales sus et sous-méso-coliques.

III. Exploration de l'étage sous-méso-colique.

L'étage *sous-méso-colique* de l'abdomen comprend une portion *abdominale* proprement dite et une *portion pelvienne.* La portion abdominale contient le cadre colique, dans l'aire duquel se pelotonne l'intestin grêle.

La portion pelvienne contient l'anse sigmoïde, le rectum et la face postérieure de la vessie et, chez la femme, l'utérus et ses annexes.

Quoique les deux portions abdominale et pelvienne communiquent largement entre elles, sans solution de continuité, l'exploration méthodique de cette portion de la cavité abdominale doit être faite cependant en deux temps distincts.

Prenons le cas de la *laparotomie exploratrice* pour contusion abdominale.

L'incision sera médiane ombilico-pubienne.

On reconnaîtra encore, en haut de l'incision, le côlon transverse et, au-devant de l'incision, le tablier épiploïque, Epiploon et côlon transverse seront relevés par le haut et cachés sous une compresse ou un grand écarteur.

Le chirurgien se rendra compte alors des détails suivants :

a) Sous le colon transverse et s'attachant à lui, il reconnaîtra le méso côlon transverse et il pourra suivre cette cloison jusqu'à sa racine le long de la paroi postérieure de l'abdomen.

Portant alors sa main droite (chirurgien placé à droite) au *ras de l'insertion postérieure du méso-côlon transverse et à gauche de la colonne lombaire saillante* (flanc de la 2e lombaire), il ira rechercher une anse grêle dont le bout supérieur est fixé, le bout inférieur mobile ; c'est l'*anse fixe*

le début du jéjunum faisant suite, au niveau de l'angle de Treitz, à la dernière partie du duodénum. La recherche de cette anse fixe est de première importance pour identifier le début de l'intestin grêle mobile.

C'est tout contre l'angle formé par le méso-côlon transverse et la partie la plus haute du mésentère que vous pourrez explorer, de chaque côté de ce dernier, les *deux dernières portions du duodénum*. Vous reconnaîtrez, à *droite de la racine du mésentère, la partie inférieure de la deuxième portion et toute la longueur de la troisième portion horizontale. A gauche de la racine du mésentère*, vous reconnaîtrez la *quatrième portion, l'angle duodéno-jéjunal et les fossettes péritonéales*, qui dépendent de ces deux portions et dont vous aurez souvent besoin de vous rappeler les rapports exacts avec l'arc vasculaire de Treitz.

Pour bien voir cette *portion sous-mésentérique du duodénum*, il convient de relever le côlon transverse avec le tablier épiploïque et le méso-côlon. Vous pourrez ensuite faire pivoter le grêle autour de l'axe mésentérique, pour le récliner soit à droite, soit à gauche, afin de dégager les parties opposées à l'anse duodénale que vous voulez explorer.

b) *La masse du grêle*, qui apparaît dans l'aire du cadre colique après relèvement du tablier épiploïque, donne au premier abord l'impression d'anses jetées au hasard dans des positions indifférentes et variables.

Il n'en est cependant rien, et, malgré de nombreuses variations de position et de direction dans les anses grêles, Grégoire a pu reconnaître, dans le placement général des anses, une certaine fixité qui est la suivante :

Tout d'abord, le paquet du grêle n'occupe pas la partie médiane de la cavité sous-méso-colique de l'abdomen, mais semble rejeté en masse vers la gauche, la plus grande partie du flanc droit étant occupée par le cæcum et le côlon ascendant.

L'ensemble des anses grêles semble former deux groupes : un *groupe supérieur et un groupe inférieur*.

Les anses du groupe supérieur ont une direction générale horizontale.

Les anses grêles constituant le groupe terminal inférieur, sont, au contraire, à direction verticale.

Enfin, la dernière portion du grêle, destinée à former l'angle iléo-colique, est en général accolée à la paroi postérieure et suit, du promontoire au cæcum, une direction légèrement oblique de dedans en dehors et de bas en haut. Elle est donc légèrement ascendante.

L'exploration du grêle doit être faite méthodiquement, depuis l'angle de Treitz, jusqu'à l'angle iléo-cæcal.

Il convient donc, tout d'abord de savoir trouver ces deux extrémités.

Nous avons vu, plus haut, comment on déterminait la situation de *l'angle de Treitz* sur le *flanc gauche de la deuxième lombaire, immédiatement sous la racine du méso-côlon transverse*.

A l'autre extrémité de l'intestin grêle, la terminaison sera identifiée par la *recherche de l'angle iléo-cæcal*. Quand on voit directement l'ampoule cæcale avec son appendice, rien de plus facile. Sinon, appliquez la méthode ci-après :

Suivez de la main la face péritonéale de la paroi abdominale antérieure droite. Elle vous conduira fatalement sur le flanc droit, dans l'angle formé par le côlon ascendant accolé à la paroi postérieure (angle pariéto-colique droit).

Suivez cette portion du gros intestin, en descendant et en le reconnaissant à ses trois caractères anatomiques fondamentaux. Bientôt, vous arrivez à l'ampoule cæcale, libre comme la pointe du cœur dans la péricarde (Tuffier) et que vous pourrez contourner de la main, pour passer jusqu'à son bord interne, lequel vous conduira à l'appendice et à l'angle iléo-colique.

Quoiqu'on ne recherche ordinairement pas l'une après l'autre les deux points extrêmes de l'intestin grêle, je vous ai signalé la manière de les trouver, car c'est en partant soit de l'un, soit de l'autre, que vous procéderez à l'examen systématique de tout le ruban du grêle, en le dévidant de poche en poche, sans laisser s'échapper une seule portion.

Comment devez-vous opérer cette investigation ?

Deux méthodes générales :

Dans l'une, on procède par éviscération totale primitive, on recherche un des bouts de l'intestin et on le dévide en rentrant progressivement dans le ventre la partie inspectée.

Dans l'autre, on laisse l'intestin dans l'abdomen, on le dévide progressivement et l'on rentre au fur et à mesure dans le ventre les parties qui ont été extériorisées pour l'examen.

Les deux méthodes ne s'opposent pas, mais ont chacune leurs indications réciproques.

L'extériorisation massive de l'intestin est rapide, mais shockante. Elle facilite les manœuvres quand il y a des adhérences. Elle permet, l'intestin une fois sorti, d'inspecter très soigneusement la cavité péritonéale et de l'assécher si elle est remplie ou souillée par des liquides.

L'extériorisation par portions dévidées de proche en proche, est un peu plus longue, mais moins shockante. Elle peut être rendue très difficile par les adhérences.

Dans les deux cas, la rentrée des anses malades peut être difficile, s'il y a du ballonnement des anses qui tendent sans cesse à s'extérioriser. Vous êtes toujours autorisés, en cette circonstance, à ponctionner l'intestin et le vider de son contenu gazeux et même liquide, en procédant avec les précautions nécessaires pour ne pas souiller la cavité péritonéale.

Cet examen de l'intestin grêle comporte l'étude de l'état de ses parois, de ses attaches mésentériques et des deux feuillets du mésentère jusqu'à son insertion vertébrale.

Quand une portion importante d'intestin est sortie hors du ventre, n'essayez pas de la rentrer en masse, mais glissez l'intestin sous une compresse que vous rentrerez avec lui dans le ventre, en rentrant tout d'abord de l'intestin la partie qui est sortie la dernière. N'augmentez pas vos difficultés en rentrant l'intestin si le malade pousse, mais attendez que l'anesthésie soit profonde.

c) Au fur et à mesure que vous dévidez l'intestin, vous vous rendez compte que le mésentère, qui va du flanc gauche de la deuxième lombaire à l'extrémité inférieure de l'articulation sacro-iliaque droite, coupe l'aire du cadre côlique en deux portions inégales, situées l'une à droite, l'autre à gauche de la racine de ce mésentère.

La première, la plus petite, est de forme triangulaire. Elle est encadrée, d'une part, par la moitié droite du méso-côlon transverse en haut ; par le bord droit du mésentère, à gauche ; et à droite, par le bord interne du côlon ascendant. C'est *l'espace colomésentérique droit*, qui se termine en pointe et en cul-de-sac dans l'angle iléo-cæcal.

Du côté gauche du mésentère, entre son plan gauche et le bord interne du côlon descendant, s'étend *l'espace mésentérico-colique gauche*. Contrairement au précédent


LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND LYON
Les plus assimilables
DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
FERROPHY
GRANULÉ DE FERROPHYTINE MARQUE CIBA
PHYTINE CIBA
FORTOSSAN CIBA
Phytinate de Quinine
La PHYTINE et ses dérivés:
FERROPHYTINE
PHYTINATE DE QUININE
FORTOSSAN
PHOSPHORE
CHAUX
MAGNÉSIE
Se trouvent dans la Phytine sous leur forme la plus assimilable et qui assure le mieux leur synergie thérapeutique.
La découverte de la PHYTINE a résolu le problème de la médication PHOSPHORÉE rationnelle
PHYTINE
FERROPHYTINE
FORTOSSAN
Groupements organiques assimilables éminemment aptes aux synthèses de l'être vivant.
LABORATOIRES CIBA
O. Rolland
1, place Morand, LYON

en raison de la disposition de l'S iliaque, il ne se termine pas au niveau du détroit supérieur du bassin, mais descend jusque dans le petit bassin.

Je vous ai indiqué plus haut comment, en suivant la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, en s'écartant de la ligne médiane, on arrivait fatalement à rencontrer *à droite le côlon ascendant*, adhérant par son bord postérieur à la paroi abdominale postérieure. La même manœuvre permet de reconnaître facilement le *côlon gauche*, au cas où il n'apparaîtrait pas immédiatement, car, si le côlon droit occupe une portion très apparente de l'hypochondre droit, le côlon gauche, au contraire, est beaucoup plus profondément situé et est le plus souvent masqué par les anses grêles qui le recouvrent, et qui semblent occuper toute la partie gauche de la cavité abdominale.

Vous pourrez alors explorer sur toute leur hauteur les deux côlons ascendant et descendant, mais sans pouvoir les extérioriser hors du ventre, puisqu'à l'état normal, ils n'ont pas de méso. En remontant le long du côlon droit, vous arriverez facilement à l'angle colique droit, déjà exploré lors de l'inspection du *carrefour sous-hépatique*, ou, si vous suivez le côlon transverse, qui vous mènera très haut, sous les côtes, au contact du pôle inférieur de la rate, au niveau de l'*angle colique gauche*, beaucoup plus fermé que le droit.

Puis, refoulant en dedans les anses grêles, vous descendez très simplement en suivant le côlon descendant, qui apparaîtra de plus en plus mobilisable, à mesure qu'on se rapproche de l'S iliaque pourvue d'un long méso.

d) De chaque côté du bord externe des deux côlons, entre ce bord et la paroi postéro-latérale de l'abdomen, se développe un espace angulaire ; c'est l'*espace pariéto-côlique droit* et l'*espace pariéto-côlique gauche*.

Ces espaces communiquent, en bas, sans discontinuité avec la cavité pelvienne. En haut, au niveau des angles coliques, ils mettent en communication l'étage sus mésocolique avec l'étage sous-mésocolique de la cavité péritonéale.

Si les deux côlons ne peuvent être extériorisés par simple traction hors du ventre, en raison de leur accolement postérieur à la paroi abdominale, on peut cependant les mobiliser, en procédant au *décollement pariéto-colique* droit ou gauche, grâce au plan de clivage qui existe en partant de l'angle pariéto-colique et qui résulte de l'accolement embryonnaire du cadre colique par rabattement sur la paroi postérieure, au moment où les côlons, comme tout le reste de l'intestin, possèdent un méso flottant porteur des vaisseaux.

Vous observerez, du reste, souvent des variétés dans le degré d'accolement physiologique ou pathologique (périviscérites) des côlons, qui, de ce fait, peuvent être plus ou moins flottants.

Exploration de la cavité pelvienne.

La cavité pelvienne renferme l'S iliaque, le rectum, la vessie, l'utérus et les ovaires chez la femme ; on y voit aussi les anses grêles les plus basses, reposant sur les organes énumérés ci-dessus.

L'anse pelvienne est libre et mobile, munie d'un long méso, le *rectum* et la *vessie* ne sont que partiellement recouverts par le péritoine.

Quant à l'*utérus*, organe sous-péritonéal, il émerge dans l'excavation pelvienne, tendant autour de lui ses haubans formés par les *ligaments ronds*, les *ligaments larges* et les *ligaments utéro-sacrés*.

Chez l'homme, entre la vessie et le rectum, un cul-de-sac péritonéal, point déclive de l'abdomen, le *cul-de-sac de Douglas* ; chez la femme en arrière de l'utérus, le *cul-de-sac vagino-rectal*, en avant le *cul-de-sac vésico-vaginal*.

De chaque côté enfin de l'utérus, couchés dans les fossettes ovariques, *les deux ovaires*, coiffés des *pavillons des deux trompes*

Comment voir et explorer tout cela ?

A part l'S iliaque, dans sa portion haute tout au moins, ces organes sont profondément situés dans le petit bassin et recouverts par les anses grêles.

Pour les mettre en évidence, il faut les débarrasser des anses grêles, en rejetant celles-ci dans l'abdomen et exposer à la vue le petit bassin.

Pour cela, il faut placer le ou la malade dans une position spéciale, dite de Trendelenbourg, qui consiste à faire basculer le haut de la table, afin de placer le sujet la tête en bas. Cette position débarrassant le petit bassin des anses intestinales mobiles rejetées vers le diaphragme, est à la base de toute la chirurgie profonde du petit bassin.

Telles sont les grandes lignes de l'exploration complète de la cavité abdominale. Il va sans dire que vous ne serez pas toujours obligé de faire cet inventaire et que le plus souvent, les signes cliniques et l'exploration locale vous permettront de limiter votre examen à une partie seulement de l'abdomen.

Ne négligez cependant pas grâce à un inventaire rapide, de tout voir. Cette exploration ne sera pas choquante à la condition de la faire par temps successifs, de manipuler doucement l'intestin, de ne pas tirer sur les mésos, de ne pas exposer à l'air froid la masse intestinale, de ne pas faire d'éviscération massive et brutale, de réintégrer les parties contrôlées au fur et à mesure dans le ventre, de bien isoler les parties suspectes avec des compresses chaudes et humides et à pratiquer toutes les manœuvres septiques (sutures) hors du ventre et après avoir parfaitement isolé la partie malade du reste de la cavité abdominale par la mise en place de champs appropriés.

IV. Traitement des lésions.

L'exploration ainsi faite, vous aurez à traiter soit des *lésions hémorragiques pures* (blessures vasculaires, déchirures ou éclatements d'organes pleins tels que foie, rate, reins, épiploon), soit *des lésions de l'intestin* (déchirures, ruptures des insertions mésentériques, etc...) soit des *lésions mixtes plus ou moins complexes* dont la gravité tient bien plus encore à l'ensemencement septique du péritoine qu'elles provoquent qu'à l'hémorragie qui les accompagne.

A) Manœuvres d'hémostase.

a) S'il s'agit d'une hémorragie portant sur un organe flottant ou mobile ou possédant un pédicule vasculaire facilement accessible, il suffira de quelques secondes pour isoler la partie qui saigne entre deux pinces ou pour placer des pinces hémostatiques sur le pédicule (épiploon, intestin flottant).

b) S'il s'agit au contraire d'un organe plein (rate, foie, etc...) on pourra obturer provisoirement la brèche en la bourrant de compresses serrées. Toutes les fois que cela sera possible, le mieux sera ici encore d'aller au pédicule faire de la compression directe. Sur le *foie* la manœuvre n'est pas possible. Mais sur la *rate*, il faut l'essayer, car bien souvent la recherche du pédicule splénique et l'application d'une pince hémostatique ne sera

que le temps préliminaire à une section de ce pédicule lors de la résection de l'organe, opération qui constitue le meilleur et le plus sûr moyen d'assurer l'hémostase après éclatement large de cette glande.

L'hémostase préventive étant assurée, vous aurez tout votre temps pour parer aux lésions ayant entraîné l'hémorragie.

L'intervention variera naturellement avec chacune d'elles :

1° Hémostase sur les organes pleins.

1° S'il s'agit d'un *organe plein*, il faut distinguer entre le *foie* d'une part et le *rein et la rate* de l'autre. Le rein et la rate peuvent être enlevés après ligature du pédicule si les lésions destructives qu'ils présentent ne paraissent pas compatibles avec leur conservation.

Au contraire si ces organes sont atteints de lésions compatibles avec leur conservation (et il y a lieu de bien peser les indications pour le rein) on peut procéder comme pour le *foie* soit par *suture hémostatique* soit par *tamponnement*.

a) La *suture hémostatique* sera tentée dans le cas de lésions à bords nets, francs, à la condition de ne pas craindre le développement de lésions infectieuses et de pouvoir assurer une suture hémostatique de rapprochement exact sans déchirer l'organe. Cette dernière condition implique toujours la nécessité d'appuyer la suture en faisant traverser la capsule résistante de l'organe par les fils de suture, et de disposer ces derniers de façon à capitonner exactement la plaie sans laisser d'espace mort.

b) Si ces conditions ne peuvent être réalisées, mieux vaut avoir recours soit au tamponnement serré si l'organe a des chances d'être conservé.,soit en cas de lésions irrémédiables à l'extirpation chirurgicale (néphrectomie, splénectomie.)

2° Hémostase dans les lésions des viscères creux

1° *Lésions portant sur l'intestin ou les mésos.* — Ici les manœuvres d'hémostase se confondent avec le traitement des lésions intestinales proprement dites.

La conduite chirurgicale devra être basée d'une part sur les connaissances que vous avez de la vascularisation intestinale ; de l'autre sur la notion d'infection péritonéale rapide toutes les fois que l'intestin reste ouvert dans l'abdomen.

S'il s'agit d'une plaie vasculaire *portant sur une portion d'intestin où se fait l'insertion* d'un méso, la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit de l'estomac ou de l'intestin.

L'*estomac* étant irrigué par des vaisseaux partant d'un cercle artériel largement anastomosé, la section d'une anse artérielle peut être impunément traitée par la *ligature des deux bouts* qui doit toujours être faite dans un temps spécial, qu'on la fasse suivre ou non d'une suture des parois stomacales.

Si au contraire vous avez affaire à une *désinsertion mésentérique*, rappelez-vous que la partie d'intestin ainsi séparée de son mésentère est menacée de sphacèle. Vous devez alors, soit la *réséquer*, soit la fixer près de la paroi pour la surveiller si l'état général du blessé ou les conditions chirurgicales ne se prêtent pas à la résection, ou si la lésion porte sur une petite étendue de l'intestin seulement suspecte.

Dans les cas où la plaie porte en *plein mésentère* et si une branche importante de l'*artère mésentérique* est atteinte la conduite à tenir est délicate. Grâce aux anastomoses successives des anses vasculaires du mésentère, on peut espérer que la vascularisation intestinale continuera à se faire normalement. Mais, au cas de lésion *vasculaire importante*, la circulation pourra ne se rétablir que particulièrement dans le territoire vasculaire intéressé, et cette irrigation insuffisante pourra amener du sphacèle secondaire d'une portion intestinale avec toutes ses conséquences. Dans les cas douteux une conduite prudente sera la suivante : *Ligature des deux bouts artériels*, dans le mésentère débarrassé de ses caillots et suture de réinsertion du mésentère ; *irrigation à l'eau très chaude de l'anse intestinale, douteuse.* Si elle se contracte bien, si vous la voyez rougir, se gonfler sous l'afflux sanguin, refermez le ventre *sans y toucher*. Si au contraire l'anse reste plus ou moins atone, pâle ou cyanotique, si les conditions sont favorables (opération précoce, malade non choqué) pratiquez la résection suivie d'entérorraphie ; sinon, extériorisez l'anse de façon soit à la réintégrer dans le ventre si elle reste bien vivante, ou au contraire à la reséquer secondairement et hors du péritoine si elle se sphacèle.

Si enfin l'anse paraît tout à fait privée de sa circulation artérielle, réséquez-la et faites suivre la résection, soit de suture si l'état du malade le permet soit d'abouchement des deux bouts à la peau si le blessé n'est pas en état de supporter une longue intervention.

Mais, cette conduite n'est jamais qu'un pis aller quand il s'agit de l'intestin grêle et surtout de sa partie haute.

c) Lorsqu'il s'agit de plaies *longitudinales*, de *fentes* des mésos sans gros délabrements vasculaires, il convient de suturer exactement cette plaie mésentérique pour éviter ultérieurement des étranglements intestinaux par le passage des anses à travers la fente.

2° *Plaies et déchirures du grand épiploon.* — Le tablier épiploïque très vasculaire peut saigner abondamment en cas de plaie ou de déchirure.

Quand l'hémorragie reste *interstitielle*, il se fait un hématome qui diffuse dans le tablier épiploïque. Quand cet hématome est volumineux, le mieux est de *réséquer la partie infiltrée* en pratiquant de bonnes ligatures séparées ou en chaîne sur la tranche de section.

Si la lésion est plus *localisée*, il convient de la pédiculer par des ligatures passées à travers l'épiploon sain et de réséquer la partie traumatisée.

En cas de *simple fente*, on peut, après avoir étalé l'épiploon pour reconnaître les lésions, faire l'hémostase de la tranche et suturer la fissure bord à bord.

Enfin en cas de *désinsertion de l'épiploon* au niveau de la grande courbure, l'hémorragie produite par la rupture des artères gastro-épiploïques peut être abondante et il convient de faire l'hémostase par pincement et ligature de chacun des orifices vasculaires donnant du sang.

Si la désinsertion s'est faite sur un court espace on peut suturer les bords désunis.

Sinon, en présence d'une large désinsertion, il vaut mieux pratiquer la résection de la partie détachée de l'épiploon après bonne hémostase des tranches.

B) Traitement des plaies et ruptures intestinales.

Je ne puis ici que vous donner des règles générales.

La première consiste à vous rappeler qu'il ne faut pas commencer à réparer les lésions avant d'avoir fait l'inventaire total de la cavité abdominale, de façon à ne pas vous exposer à faire par exemple la suture d'une perforation intestinale sur une anse qui, en raison de nouvelles lésions plus tard découvertes, devrait être réséquée.

Inventoriez donc toutes les lésions. Placez des points de repère et laissez-les hors du ventre sous des compresses protectrices imbibées de sérum physiologique chaud.

Quand toutes les lésions sont reconnues et extériori-

sées ou isolées, procédez à la révision des lésions et suivant leur importance, leur nombre, leur rapprochement, leur situation par rapport aux différentes parties du tractus intestinal, vous déciderez de la meilleure intervention à pratiquer.

Ce seront, soit des sutures isolées, soit des résections partielles ou segmentaires suivies, soit de reconstitution de la filière intestinale, soit d'abouchement à la peau, soit d'extérioriser ou même d'opérations plus complexes (anastomoses, dérivations, etc.)

Je ne puis ici que donner la conduite à suivre dans les cas les plus courants :

Pratiquement, on peut admettre que dans la majorité des cas, les lésions en cas de contusion abdominale sont localisées sur une petite portion d'intestin.

Il faut aussi faire une distinction entre les lésions de l'intestin flottant (anses grêles, côlon transverse, anse sigmoïde) et les lésions portant sur les parties de l'intestin à méso accolé (duodénum, côlon droit ascendant, côlon gauche descendant).

Les premières sont plus faciles à traiter que les secondes car on peut extérioriser l'anse à travers l'incision de la paroi et *travailler hors du ventre*.

Au contraire pour réparer les lésions produites sur les parties fixées de l'intestin, le chirurgien est *obligé de travailler dans le ventre*. Il convient donc dans ce dernier cas de bien isoler le champ opératoire sur des champs de compresses disposés de telle sorte que le reste de la cavité abdominale soit parfaitement protégé au cours de l'opération.

Il est nécessaire de rappeler aussi que les perforations intestinales sont de gravité différente suivant leur siège, car d'une façon générale, les liquides intestinaux étant de plus en plus septiques au fur et à mesure qu'on descend la filière intestinale, les plaies ou la perforation du gros intestin sont plus graves que les plaies du grêle.

Si l'on ajoute à cela les plus grandes difficultés opératoires résultant de la fixité des côlons et de la minceur de leurs parois, on constatera aisément que tout conspire pour rendre les perforations du gros intestin plus graves et plus difficiles à traiter que celles du grêle.

Ces notions générales admises, vous vous trouverez le plus souvent en présence des lésions suivantes :

1) Contusion ou dépéritonisation d'une anse sans perforation avec ou sans désinsertion mésentérique :

Ce cas entre, en ce qui concerne les lésions vasculaires dans la catégorie des faits déjà étudiés plus haut.

Si l'intestin est seulement dépéritonisé par éclatement de la séreuse, il convient de dépéritoniser l'anse avec soin avec des fils très fins de façon à ne laisser aucune surface intestinale cruentée susceptible de contracter ultérieurement des adhérences.

Si la zone de contusion est superficielle, si l'intestin se contracte bien sous l'eau chaude, il s'agit d'un simple hématome sous-péritonéal et l'abstention doit être la règle.

Mais pour peu que l'intestin vous paraisse suspect et susceptible de se perforer secondairement par sphacèle de la partie contuse, le mieux que vous puissiez faire est de fixer l'anse malade à la paroi sous l'incision de laparotomie, et même de [illegible]oler de la grande cavité par une collerette de points de suture allant de l'intestin au péritoine pariétal et entourant la lésion suspecte.

Si la contusion paraît assez grave pour entraîner un sphacèle secondaire, toute la partie atteinte doit être réséquée, et la perte de substance traitée comme il sera dit ultérieurement au sujet des perforations (suture en bourse, suture transversale, suture circulaire ou anastomose latéro-latérale en cas de résection, etc., etc.)

2) Perforations et déchirures intestinales

Sans parler des désinsertions mésentériques étudiées plus haut, et qui peuvent s'ajouter aux lésions perforantes, vous observerez : *des perforations ponctiformes*; *des déchirures localisées*; *de larges ouvertures intestinales*; *des ruptures complètes*.

Toutes ces lésions perforantes et par conséquent infectantes doivent être traitées d'une façon générale, le plus tôt possible avant l'infection généralisée, et réparées de manière à reconstituer la filière intestinale sans troubler le transit et par des moyens assurant l'étanchéité de la suture et la non infection primitive ou secondaire du péritoine.

C'est dire que toutes les sutures intestinales seront faites à 3 plans et en partie saine, et que tout point suspect sera fixé à la paroi.

Dans les cas où toute réparation intestinale sera jugée immédiatement impossible ou dangereuse, on pourra toujours isoler l'anse suspecte ou à réséquer en l'extériorisant ou en fixant les deux bouts réséqués à la paroi.

a) Perforations simples, ponctiformes. — Une suture en bourse en deux plans suffira ordinairement.

b) *Eclatements partiels*. — Si la plaie est nette, et sans contusion de ses bords, une suture à 3 plans pourra être réalisée à condition de ne pas rétrécir le calibre intestinal.

Sinon, il faudrait régulariser les bords de la plaie et et la suturer transversalement, c'est-à-dire perpendiculairement à la direction du tube intestinal.

Si la plaie est entourée de bords contus, il faut enlever aux ciseaux toute la partie suspecte, sous forme d'excision losangique et ici encore suturer transversalement.

Si la plaie, plus large, occupe le bord libre de l'intestin grêle, on peut pratiquer une excision cunéiforme et suturer transversalement.

Si la plaie porte sur le bord mésentérique, pour peu qu'elle soit large, mieux vaut faire une petite résection circulaire du grêle et réparer par suture circulaire à 3 plans ou par anatomose latéro-latérale iso-péristaltique.

Si enfin la lésion intéresse une grande partie de la circonférence intestinale, ou représente une rupture complète, il convient encore de faire une résection de la partie malade et de rétablir la filière intestinale par suture bout à bout à 3 plans ou par anastomose latéro-latérale sans oublier la suture du coin mésentérique enlevé.

Je vous ai déjà dit plus haut qu'au cas où les lésions nécessiteraient la résection et où le malade ne serait pas en mesure de la supporter vous pouvez toujours comme pis-aller extérioriser l'anse, la fixer dans les parties saines aux lèvres de l'incision péritonéale et la traiter secondairement en dehors du ventre ; ou bien après résection primitive aboucher les bouts à la paroi.

Je vous répète que cette manière de faire, sans danger pour le gros intestin, est au contraire remplie de risques pour le grêle, car les fistules grêles ainsi créées sont très mal supportées pour peu qu'elles soient haut situées, le malade pouvant mourir rapidement de dénutrition avant qu'il soit possible de lui proposer une intervention pour rétablir la filière intestinale.

Si les résections segmentaires sont faciles pour les lésions isolées du grêle, elles sont autrement difficiles à réaliser sur le gros intestin.

Vous savez en effet la gravité et la difficulté opératoire des résections segmentaires du gros intestin, et je vous rappelle aussi qu'en pratique on ne résèque partiellement que les parties mobiles du gros intestin (transverse, anse sigmoïde).

Au contraire, une lésion demandant l'éradication d'une partie du côlon ascendant ou du côlon descendant fixés nécessite une hémicolectomie droite ou gauche.

En conséquence, toutes les fois que vous ne pourrez pas réparer sur place, par la suture directe, une lésion des côlons fixés, je vous conseille de pratiquer dans un premier temps une dérivation par établissement d'un anus temporaire au niveau de la plaie et de remettre à plus tard le rétablissement de la filiaire intestinale par une opération secondaire appropriée.

Quelle que soit l'opération intra-abdominale précoce que vous aurez à pratiquer, je n'ai pas besoin d'ajouter que vous ne devrez refermer le ventre qu'après que vous vous serez assurés qu'il n'existe plus aucun suintement sanguin, aucune fissure intestinale, aucun point dépéritonisé, aucun épanchement ou corps étranger dans le péritoine.

Dans ces conditions, si l'opération a été précoce et complète, s'il n'existait pas encore de péritonite, je vous conseille de refermer le ventre sans drainage.

Dans les cas suspects, vous pourrez laisser un drain court mais gros dans l'angle inférienr de la plaie.

En principe je crois qu'il vaut mieux ne pas laisser de mèche au contact d'une suture intestinale et si vous avez des doutes sur la sécurité de votre suture, fixez plutôt l'anse à la paroi.

Il me reste en terminant à vous dire la conduite que vous devez tenir en présence d'un blessé atteint de contusion abdominale déja ancienne et en pleine péritonite.

Sous prétexte que le pronostic est très grave, que l'opération peut tuer le malade, n'abandonnez pas le patient à une mort certaine, « devriez-vous ne sauver qu'un malade sur 100, tentez l'opération.

Mais, faites vite, et le minimum.

Ouvrez le ventre avec l'anesthésie la plus bénigne possible (anesthésie locale et quelques bouffées d'éther ; surtout, pas d'anesthésie rachidienne) ; allez rapidement aux lésions, extériorisez l'anse perforée ou sphacélée, mettez un large Mickulickz et remettez à plus tard le soin de réparer les lésions si le malade ne succombe pas au choc opératoire ou à la continuation de l'évolution mortelle de ses lésions.

Ajoutez à cela tous les moyens à votre portée pour traiter la péritonite (entéroclyse continue de Murphy au sérum glucosé, position de Fowler, médication stimulante, etc., etc.).

Dans quelques cas, vous aurez le bonheur de sauver un malade irrémédiablement condamné par l'abstention opératoire, et cela vaut bien que vous surchargiez vos statitiques de cas malheureux dans lesquels seule l'absence de diagnostic précoce ou l'abstention opératoire peuvent vraiment et raisonnablement être incriminées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1 28.

Sur la contagiosité du cancer. — M. le Ministre de l'Instruction publique ayant demandé à l'Académie de médecine si un hôpital pour cancéreux créait quelque danger pour le voisinage, la Commission du cancer répond par la voix de son rapporteur M. Lesage : « Dans l'état actuel de la science, on est autorisé à affirmer sans réserve que le voisinage d'un hôpital pour le traitement du cancer ne comporte aucun inconvénient ». De son côté, la Section d'hygiène a conclu : « Dans l'état actuel de la science, rien ne permet de croire à la contagiosité des cancers ».

L'Académie adopte ces deux conclusions.

Pouvoir bactéricide des pleurésies tuberculeuses sur le bacille de Koch. — MM. ***P. Courmont*** et ***Henri Gardère.*** — Le pouvoir bactéricide du liquide des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses a été démontré dès 1898 par Paul Courmont.

Dans le très important travail actuel, les auteurs démontrent la réalité de ce pouvoir bactéricide et la façon de l'apprécier dans tous ses détails. A certaines doses de liquide pleural dans les cultures liquides homogènes, les bacilles de Koch seul tués et toute végétation est arrêtée. A d'autres doses il y a pouvoir empêchant le développement normal de la culture. La technique du dosage de ce pouvoir bactéricide est précisée par les auteurs.

Ils ont étudié cette propriété défensive du liquide pleural dans 17 cas de pleurésies séro-fibrineuses. Toutes les fois que le pouvoir bactéricide s'est manifesté à un degré élevé, les malades ont guéri dans la proportion des 4/5. Dans les cas à pouvoir bactéricide faible, les malades n'ont guéri que dans la proportion de 1/5. Il y a donc là une nouvelle démonstration du séro-pronostic de Paul Courmont. D'autre part, la démonstration de la défense du liquide pleural contre le bacille de Koch par le pouvoir bactéricide est un nouveau chapitre fort important de la physiologie pathologique de la plèvre et explique la guérison des pleurésies séro-fibrineuses.

M. ***Sieur*** expose les mesures à prendre pour protéger les populations civiles contre la guerre chimique.

M. ***Lapicque*** fait observer qu'il existe déjà des procédés de protection efficaces et qu'il n'y a pas lieu d'alarmer inutilement la population.

Sur la proposition de M. Cazeneuve, l'Académie nomme une Commission composée de MM. Achard, Balthazard, Cazeneuve, Delépine, Desgrez, Gley, Lapicque, Moureu, Ch. Richet, Sieur et Tiffeneau.

Election. — M. Radais est élu membre titulaire dans la VIe section (Pharmacie).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juin 1928.

Action des rayons ultraviolets sur le sérum de la vipère aspic. — Mme ***M. Phisalix*** et M. ***F. Pasteur***, après avoir établi le mode d'action des rayons ultra-violets sur le venin de la vipère aspic en ont essayé l'action sur le sérum du même animal. Les propriétés biologiques du sérum et du venin, comparables par la toxicité des deux produits employés frais, l'action antivenimeuse et antirabique de ces mêmes produits convenablement chauffés, les ont conduits à cette recherche. Ils ont vu que *les rayons ultra violets agissent sur le sérum dans le même sens que sur le venin ; ils en détruisent les pouvoirs antivenimeux et antirabique, sans en modifier la toxicité globale.*

CHRONIQUE

Le vagabondage cellulaire.

Je voudrais entretenir les lecteurs du *Progrès* d'un médecin qui vit de nos jours à Paris. Il veut bien me témoigner de l'amitié, j'ai pour lui beaucoup d'amitié et beaucoup d'admiration : aussi est-il possible que l'amitié augmente à tort mon admiration. Je m'excuse donc, si mon « emballement » est injustifié. Mais je crois au devoir que tout homme cultivé a de dire ses emballements dans certaines circonstances.

En lisant une note récente que ce médecin vient de m'envoyer, j'ai eu une violente « crise » d'admiration et j'ai été chercher, dans ma bibliothèque le poème où VERHAEREN a campé la statue de celui qui avait été méconnu :

> Il était oublié depuis des tas d'années
> Vers l'avenir échelonnées,
> Lorsque un matin la ville éclata d'or
> Et de fête pour son apothéose.....

L'abandonnerons-nous, mon maître et ami, dans le silence de son laboratoire rudimentaire et laisserons-nous à la génération de l'an 2.000 le soin de lui rendre l hommage mérité ?

Ce savant a multiplié depuis bientôt quarante ans des travaux estimés. Il vient en une brève note présentée à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 11 mai 1928, de signaler un fait très général qui est probablement gros de conséquence et qu'il intitule le « Vagabondage cellulaire ». En voici les principaux éléments.

1° En examinant les coupes histologiques, on prête peu d'attention au contenu des vaisseaux, — très peu, — pas assez.

2° En ce qui concerne le foie, il est fréquent de trouver dans ses veines, tant veines portes que veines hépatiques, des cellules hépatiques — et ce dans les affections les plus diverses. On peut, même, y trouver des cellules rénales et des cellules intestinales.

3° En ce qui concerne le rein, on trouve, dans ses artères des cellules musculaires et des cellules épithéliales.

L'abondance de ces éléments hétérogènes est parfois telle que certaines artères donnent l'impression d'un véritable égout collecteur entraînant une boue cellulaire mêlée au sang.

4° Certaines pièces permettent de comprendre le mécanisme de ces faits. Pour le foie, lorsqu'il se produit une congestion même modérée, les capillaires distendus écartent les cellules hépatiques. Or la veine centrolobulaire n'a qu'une mince paroi, particulièrement au sommet du lobule et les cellules, dissociées par les capillaires et non soutenues en dedans, tombent passivement dans la lumière du vaisseau lorsque la pression sanguine vient à diminuer comme on pouvait le voir dans une coupe projetée à la *Médicale des hôpitaux* et reproduite dans la *Presse Médicale* du 27 juin. Le même phénomène se produit dans les capillaires portes abordant la périphérie des lobules.

Pour le rein en dehors de ses artères et de ses veines, il possède un *système lacunaire* caractérisé par une paroi formée du seul endothélium. Ces lacunes ont la structure des capillaires et le volume des veinules. Or les tubes rénaux y font facilement hernie et peuvent s'y pédiculiser et, de là, être déportés dans le système circulatoire au gré des perturbations circulatoires brusques.

Ce dernier caractère est fréquent dans l'éclampsie et c'est pourquoi DURANTE — au fait, je n'avais pas encore prononcé son nom — a eu l'occasion d'en observer beaucoup au laboratoire de la Maternité. Mais ceci existe aussi dans des états pathologiques variés.

Il s'agit probablement d'un phénomène physiologique qui, probablement, se manifeste dans le foie et dans l'intestin, au moment de la digestion et sans doute dans diverses glandes. Peut-être, faut-il, d'après DURANTE, attribuer l'utilité de certaines eaux minérales en parties aux poussées congestives qu'elles déterminent et aux décharges rapides des éléments usés qui en résultent.

« La desquamation intravasculaire des cellules épithéliales considérées comme fixes prend de l'importance, ajoute DURANTE, aujourd'hui où les hormones sont à l'ordre du jour. On n'envisageait jusqu'ici que le déversement dans le sang des seuls produits de sécrétion interne. La mise en liberté de la cellule entière, lorsquelle se produit, apporte dans le torrent circulatoire des éléments autrement complexes et agissant plus brutalement. On pourrait donc y songer chez certains malades atteints de syndromes glandulaires difficiles à classer, s'accompagnant de troubles vasculaires propres à favoriser cette desquamation. De simples troubles vaso-moteurs mettant brusquement des éléments glandulaires en liberté ne pourraient-ils être le point de départ de certains accidents anaphylactiques ? Un refroidissement brusque peut aussi jeter dans la circulation des cellules chargées de germes inactifs en leur siège primitif. Enfin, l'action critique de certaines larges révulsions s'expliquerait par un « coup de pompe » dispersant des cellules chargées d'antitoxines.

Les cellules fixes tombées dans le courant sanguin sont destinées à dégénérer rapidement. Il est possible, cependant, que certaines, moins difficiles pour leur habitat ou plus résistantes, puissent se greffer en un point y végéter et même y proliférer ultérieurement si les conditions s'y prêtent. Cette pathogénie des *tumeurs hétérogènes* nous paraît plus rationnelle que l'hypothèse trop facile des ectopies fœtales. »

Henri VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de bactériologie médicale, par André PHILIBERT, professeur agrégé de bactériologie, chef des travaux pratiques de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 écu de 552 pages avec 21 planches hors texte en couleurs et 150 figures. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : broché 45 francs, cartonné 55 francs.

Les géniales découvertes de Pasteur et des savants qui l'ont suivi ont attiré l'attention de tous sur le rôle très important joué par les microbes en pathologie humaine ou animale. Aussi le médecin éprouve-t-il, dès le début de ses études, le désir de les connaître, d'autant plus que la bactériologie fait actuellement partie du programme d'enseignement des Facultés de médecine.

Pour satisfaire ce désir, les traités de bactériologie ne manquent pas ; quelques-uns même sont excellents. Ils ont cependant un défaut commun, du point de vue qui nous intéresse ; ils ne sont pas assez médicaux, quoique leurs auteurs soient pour la plupart des médecins de très grande valeur ; dans ces livres les microbes sont étudiés en eux-mêmes, isolément, comme ils l'auraient été par des naturalistes. Evidemment l'action des microbes sur l'organisme humain y est bien décrite, mais sans y insister suffisamment, sans montrer que la véritable physionomie des microbes — du moins la plus importante pour le médecin — est celle qu'ils présentent pendant leur vie dans l'organisme malade ; c'est au contraire à ce point de vue qu'ils sont étudiés dans le « Manuel de bactériologie médicale ».

M. Philibert, en collaboration avec M. le professeur Bezançon, avait déjà indiqué cette façon de concevoir la bactériologie dans les volumes traitant des maladies infectieuses du « Précis de pathologie médicale » (Masson et Cie, éditeurs) ; aussi peut-on dire que ces deux ouvrages se complètent harmonieusement pour l'éducation bactériologique du médecin.

Ce livre est vraiment un manuel, dans lequel le médecin ou l'étudiant trouveront au moment voulu les renseignements dont ils auront besoin.

Veulent-ils faire du prélèvement de produits virulents qui seront ensuite analysés dans un laboratoire spécialisé ? Ils trouveront dans la première partie de l'ouvrage toutes les indications nécessaires pour que ces prélèvements soient corrects.

Ils y trouveront aussi des techniques simples, soigneusement choisies par l'auteur, à l'aide desquelles ils pourront examiner eux-mêmes ces produits virulents : de fort belles planches en couleurs, reproduisant exactement les images des microbes après coloration, leur permettront de faire leur diagnostic ou de comprendre la réponse donnée par le laboratoire.

Dans la seconde partie sont étudiés les microbes pathogènes de l'homme, c'est-à-dire tous ceux qui sont connus depuis plus ou moins longtemps (bactériacées, flagellés ou autres protozoaires, champignons), et les virus cytotropes, microbes tout différents des premiers et sur lesquels M. Philibert a attiré l'attention par ses travaux personnels. Les documents rassemblés ici permettront au lecteur d'identifier les germes après leur isolement des produits virulents et de comprendre les mécanismes d'action des microbes et de réaction de l'organisme, mécanismes étroitement liés l'un à l'autre et qui, en clinique, constituent la maladie infectieuse.

Enfin dans la troisième partie sont traitées des questions générales : les microbes dans la nature, origine des espèces pathogènes, mécanisme de l'action pathogène des microbes, l'immunité. Tout cela est exposé avec clarté ; les idées générales surgissent de la confrontation des faits, sans l'intervention d'hypothèses invérifiables qui faussent l'esprit ; formé par ces idées, l'expérimentateur ne sera pas entraîné dans des recherches stériles, et le clinicien ne comptera plus sur une thérapeutique bactériologique illusoire.

A. G.

Insuffisance respiratoire nasale, par les docteurs G. Worms et M. Bolotte. Un volume in-16, 320 pages avec figures : 25 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Le polymorphisme de l'insuffisance nasale et son évolution insidieuse font qu'elle peut rester longtemps méconnue ou mal appréciée. Aussi les auteurs consacrent-ils l'un des principaux chapitres aux indications fournies par les divers moyens d'exploration physique et surtout fonctionnelle des premières voies respiratoires, qui doivent contribuer à établir sur des bases rationnelles et précises son existence et sa cause. Ils passent au crible d'une critique sévère et sûre la plupart des procédés employés pour la recherche de l'insuffisance respiratoire et tirent de leurs recherches personnelles une technique simple et pratique, qui permet, en face d'une insuffisance respiratoire donnée, de faire le départ entre les phénomènes d'origine thoraco-pulmonaire et ceux qui relèvent directement d'un vice de fonctionnement nasal.

La méthode originale de Beyne (rhinomanométrie postérieure) est, en particulier, décrite avec tous les développements qu'elle mérite.

Le dernier chapitre est consacré à l'exposé des grands principes directeurs qui doivent présider au traitement des diverses modalités de l'insuffisance nasale chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte, ainsi qu'à celui de la rééducation respiratoire qui doit en être le complément indispensable.

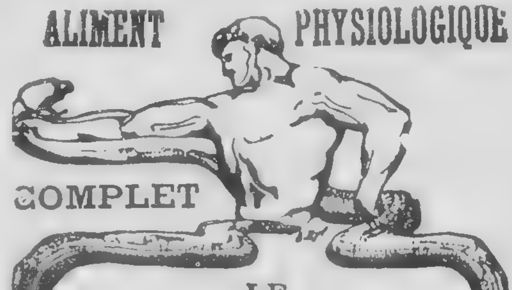
Manuel des infirmiers et infirmières des hôpitaux et asiles, par A. Rodiet. Maloine, éditeur, Paris 1928.

On ne saurait trop louer notre confrère d'avoir écrit ce manuel conforme aux programmes de 1910. D'abord l'elève trouvera dans ce volume toutes les matières qu'il doit apprendre, ce qui lui évite de chercher dans plusieurs ouvrages. En second lieu l'exposé est d'une clarté parfaite et méthodiquement établi. Rodiet a su se mettre à la portée de ceux qui liront ce manuel. Par ailleurs en raison de sa division en autant de leçons qu'en comporte ce programme, ce livre est un excellent guide pour le professeur : celui-ci montre là le fil qu'il doit suivre, il n'a qu'à développer et à commenter les indications simples qui doivent être possédées par l'élève. Je fais remarquer qu'on trouve au début de l'ouvrage: 1º les conditions de l'examen imposé aux candidats ; 2º l'ordre dans lequel les leçons doivent être professées d'après les instructions préfectorales ; 3º le programme du cours.

Ce manuel aura certainement le succès qu'il mérite. G. P.-B.

Législation sur l'assistance des aliénés et des laxicomotones, par les docteurs Comejo Lorente et Casayeda. Lima, 1928.

Excellente mise au point de la question. Les médecins distingués qui présentent ce rapport et que constituaient une commission, proposent une loi que, si elle est appliquée, pourra être considérée comme un modèle du genre. Le projet est précédé de considérations judicieuses envisageant toutes les formes de l'assistance et indiquent la meilleure solution pour la société, pour le psychopathe et pour sa famille. Paul-Boncour.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 28 LE NUMÉRO : 50 Centimes 14 JUILLET 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 9 juillet. — Mlle Wolff. Etude des variations de la glycémie chez la femme normale. — Agadjaniantz. Etude anatomo-clinique des tumeurs des nerfs périphériques. — M. Deslandres. La migraine menstruelle. — M. Drouhard. Diagnostic des syndromes douloureux aigus du syndrome sous-hépatique.

10 juillet. — M. Theillier. Etude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. — Mlle Bardy. De la variabilité des points d'ossification du fœtus. — Mlle Pithon. Etude de la physiologie de la lactation. — M. Corcuff. Recherches sur la spécificité parasitaire des coccidies. — M. Ferrand. L'ethmoïde chez l'enfant. — M. Schoengrun. L'urétérostomie cutanée dans le traitement de la tuberculose réno-vésicale. — M. Marchadier. Traitement chirurgical de l'ectropion sénile. — M. Tulasne. Etude de la prothèse immédiate des maxillaires. — M. Huguenin. Etude de l'action antirachitique des substances irradiées (l'ergostérol irradié.) — Mlle Bescond. Etude du lymphogranulome bénin de J. Schaumann. — M. Bondoux. Le réalisme littéraire de Flaubert et l'application de la méthode des sciences biologiques. — M. Houlnick. Glycémie et cholestérinémie au cours des eczémas. — M. Rigot. Etude des épidermites eczématiformes. — M. Perrodo. La forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu. — M. Moury. Etude des vaccinations associées. — M. Mornet-Cross. Rayons X et développement embryonnaire.

11 juillet. Mlle Buquet. La poradénite et son traitement. — M. Cautru. De quelques points concernant la grossesse dans une corne utérine rudimentaire. — M. Gisclard. Des polypes dermoïdes du cavum.

Thèses vétérinaires. — M. Vittoz. Le diagnostic des maladies infectieuses par l'examen de la moelle osseuse. — M. Labas. Etude du traitement du coryza gangréneux du bœuf.

12 juillet. — M. Desjars. Etude de la phtisie des gazés. — M. Jardet. Les tempéraments rustiques et affinés. Leur importance dans la thérapeutique des régimes. — M. Godel. Formes cliniques et évolutives de l'insuffisance cardiaque au cours de la tuberculose pulmonaire. — M. Rabetrano. Etude de la peste pulmonaire à Madagascar. — M. Andjelopolicht : La cure d'Evian. Etude de thérapeutique hydrominérale.

A propos du concours de l'internat. — Le conseil de la Société des médecins des hôpitaux proteste contre les vexations brutales et les calomnies insoutenables dont les juges au concours de l'internat ont été l'objet de la part de certains candidats. Rien dans le choix des questions posées n'excuse pareilles manifestations. Les médecins des hôpitaux blâment ces gestes intolérables qui nuisent au bon renom de l'internat.

Signé : MM. Apert, Beaudouin, Debré, Donzelot, Hallé, Laubry, de Massary, Pagniez, Rist, Sainton, Sézary, P.-E. Weil.

Première conférence internationale de la lumière. — (*Physique. Etiologie. Thérapeutique.*) — Contrairement à ce qui avait été annoncé, la conférence n'aura pas lieu du 4 au 7 septembre, mais les 10, 11, 12 septembre 1928 à Lausanne, et le 13 septembre, à Leysin.

Le programme comporte une séance solennelle d'ouverture, le 10 septembre, avec discours de M. le conseiller fédéral Chuard, et de MM. les professeurs Chamorel et Rosselet (Lausanne.) Elle sera suivie des rapports de : Professeur Dorno (Davos) : Variations journalières et annuelles de l'insolation. — Professeur Fabry (Paris) : L'absorption des radiations par l'ozone de la haute atmosphère. — Professeur V. Henri (Zurich) : Les méthodes de mesure de l'énergie des radiations infra-rouges visibles et ultra-violettes. — Professeur Léonard Hill (Londres) : Soleil et lumière artificielle. — Dr G. Bohn (Paris): Les équilibres vitaux et la lumière. — Professeur Bloch (Zurich) : Pigmentation et lumière. — Professeur Haussman (Vienne) : Les bases de la photosensibilité. — Professeur H. Jausion (Paris) : Les applications thérapeutiques de la photosensibilisation. — Dr Alfred Hess (New-York) : Aliments irradiés et stérols. — Dr Hausser (Berlin) : (sujet réservé). — Dr Dautrebande (Bruxelles) : L'influence de la lumière sur les équilibres ioniques sanguins. — Dr O. Bernhard (St-Morritz) : Cure solaire et climatique de la tuberculose chirurgicale (1886-1928). — Professeur Axel Reyn (Copenhague) : L'héliothérapie artificielle du lupus et de la tuberculose cutanée. — — Professeur G. Ceserole (Venise) : L'héliothérapie au bord de la mer. — Dr P. Roussel (Lamotte-Beuvron) : L'héliothérapie et la tuberculose pulmonaire. — (Hommage au Docteur Rollier): Dr Rollier (Leysin) : L'héliothérapie, son importance thérapeutique, préventive et sociale. — Dr Salleby (Londres) : De l'héliothérapie à l'hygiène solaire. — Dr Ledent (Liège) : L'héliothérapie et l'actinothérapie en Belgique.

Une excursion facultative est prévue pour le 14 septembre, à Zermatt et au Gornergrat (3.136 mètres). Une exposition d'appareils destinés aux applications thérapeutiques de la lumière sera organisée à Lausanne pendant la durée de la conférence. En outre, un certain nombre de réceptions sont prévues, dont les détails seront publiés ultérieurement.

Pour toute demande de renseignements et de programmes détaillés, s'adresser au Secrétariat français : Dr Roussel, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher.)

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier de Serres, Paris XVe). — *Enseignement schématique de la gastro-entérotologie*, par le Dr Maurice Delort. — Présentation d'images, films cinématographiques, schémas, etc., concernant l'anatomie pathologique et la thérapeutique des voies digestives en 20 leçons.

Ces leçons seront faites les lundis à 14 heures précises et dureront une demi-heure environ. Elles commenceront le lundi 1er octobre et se termineront fin février.

Elles comprendront la présentation de figures avec *un minimum de commentaire*.

A l'issue du cours les auditeurs pourront recevoir des albums avec reproduction des schémas et figures présentés.

N. B. — Pour le programme détaillé s'adresser à l'Hôpital Saint-Michel, service de gastro-entérologie.

Concours pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — Un concours s'ouvrira, le lundi 29 octobre 1928, devant la faculté de pharmacie de l'université de Paris pour un emploi de chef de travaux de chimie à l'école de Tours.

Seuls, les deux candidats inscrits à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour le concours du 15 octobre 1927, annulé par arrêté du 9 décembre 1927 pourront prendre part à ce concours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Concours pour la nomination d'un médecin-assistant et d'un assistant de radiologie au Centre anti-cancéreux de la Banlieue parisienne à Villejuif (Seine). — Un concours s'ouvrira en vue de la nomination d'un médecin assistant et d'un assistant de radiologie au Centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne à Villejuif (Seine).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 13 juillet 1928 inclusivement, de 10 heures à 12 heures et de 14 à 17 heures, à la Préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettres recommandées de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée.

Pourront seuls prendre part au concours les docteurs en médecine d'une faculté française, Français ou naturalisés Français et domiciliés à Paris ou dans le département de la Seine.

Les candidats ne pourront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes : 1° demande sur papier timbré ; 2° diplôme de docteur en médecine et, s'il y a lieu, diplômes universitaires. Ces diplômes pourront être remplacés par des copies certifiées conformes ou par des certificats en tenant lieu ; 3° certificats constatant les situations occupées antérieurement ; 4° listes de leurs titres et travaux médicaux scientifiques et administratifs accompagnées de toutes justifications utiles ; 5° expédition de leur acte de naissance ; 6° extrait de leur casier judiciaire.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris, dans leur demande, l'engagement de rester attachés pendant deux ans au moins au Centre anti-cancéreux.

Ils ne pourront être relevés de cet engagement que par le Préfet de la Seine.

IIIe Congrès annuel des psychanalystes de langue française. — Le troisième congrès annuel des psychanalystes de langue française se tiendra, à Paris, les vendredi 20 et samedi 21 juillet 1928. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Codet ou au Dr Laforgue, à la librairie Doin, 8 place de l'Odéon, Paris.

Amphithéâtre d'Anatomie. (M. le Dr Charles Dujarier, directeur des travaux scientifiques). — Un cours de médecine opératoire des voies urinaires, en six leçons, par M. le Dr Raymond Leibocivi, prosecteur à l'Amphithéâtre, commencera le lundi 30 juillet 1928, à 4 h. 30 de l'après-midi, et continuera les jours suivants à la même heure.

Ce cours sera fait en liaison avec le cours de chirurgie urinaire de M. le Professeur agrégé Maurice Chevassu, à l'Hôpital Cochin (16 juillet au 4 août 1928).

Les auditeurs répéteront individuellement les operations. Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer à-Moulin Paris (5e).

Programme du cours. — 1° Lundi 30 juillet : Urétrotomie externe ; Suture de l'urètre ; Amputation de la verge. — 2° Mardi 31 juillet : Voie d'accès périnéale sur la prostate ; Incision des abcès prostatiques. — 3° Mercredi 1er août : Cystostomie ; Cystostomie élargie ; Cure des fistules vésico-vaginales. — 4° Jeudi 2 août : Voies d'accès sur le rein ; Voies d'accès sur l'uretère ; Néphropexie. — 5° Vendredi 3 août : Décapsulation rénale ; Pyélotomie ; Néphrostomies. — 6° Samedi 4 août : Les néphrectomies.

Nécrologie. — Dr Belzer. — Dr Pottevin, ancien sénateur.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de l'estomac. Deuxième partie (septième série des travaux de chirurgie), par Henri Hartmann. Ouvrage écrit en collaboration. Un volume de 340 pages avec 142 figures. Prix : 60 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette septième série des travaux de chirurgie du professeur Hartmann, contient, comme les précédentes, une série de mémoires écrits soit par lui, soit par ses collaborateurs, en utilisant les matériaux recueillis dans sa clinique. Elle fait suite à la précédente et complète l'exposé d'une série de points de chirurgie gastrique. La pathologie du duodénum se rapprochant par bien des points de celle de l'estomac, l'auteur a adjoint aux articles traitant uniquement de la chirurgie gastrique plusieurs mémoires sur les lésions duodénales.

Comme dans les volumes précédemment parus et dont la plupart sont actuellement épuisés, les auteurs, tout en ne négligeant pas les travaux antérieurement publiés, se sont appuyés sur leurs travaux personnels donnant des statistiques intégrales et recherchant ce qu'étaient devenus à la longue leurs anciens opérés.

Les ordonnances du Médecin praticien. (250 répertoires de thérapeutique clinique classés par ordre alphabétique et suivis d'un index détaillé (rédigées par MM. Abbatucci, Bellot, Bozo, Brocq, Comby, Degrais, Desfosses, Feldstein, Glénard, d'Hérelle, Jayle, Journé, Juster, Laurens, Lermoyez, Leven, Lorin, Lutier, Martinet, Léon Meunier, P. Michon, Nobécourt, Pautrier, Poix, Ravaut, Rivet, Springer, F. Terrien, Terson, André Thomas, Van der Elst, Vignes. Un volume de 516 pages : prix : 45 fr Masson et Cie, éditeurs, Paris, 120, boulevard Saint-Germain.

C'est, comme son titre l'indique, un recueil de 250 « ordonnances », que le praticien pourra considérer comme autant de « *modèles* » en prenant le terme à la fois dans le sens d'*exemple* et dans celui d'*objet à imiter*. Chaque « ordonnance » est conçue de la façon la plus large, en ce sens que, le diagnostic étant supposé connu, le lecteur trouvera un bref commentaire qui explique *les motifs de la décision à prendre* et, en

détail, les *modalités d'exécution*. Selon les sujets, une part est faite, plus ou moins grande, à la prophylaxie, à l'hygiène, au traitement général, ou à la thérapeutique locale. Mais quelle que soit la nature de l'acte médical, chaque ordonnance entre dans les précisions les plus minutieuses en vue de l'application : les « formules » ne sont données que commentées, fournies avec la justification des motifs de choix, et avec les indications de mise en œuvre, entrant avec minutie dans les indications d'apparence les plus minimes, qui seules aident à rejoindre la pratique et dont l'oubli ou la méconnaissance réduisent celle-ci à rien.

Par suite de dispositions typographiques sévères, chaque « ordonnance » a été ramenée aux limites de deux pages plus ou moins denses, de sorte que, du premier aspect, par le jeu même des titres, par l'apparence matérielle des paragraphes et des divisions, l'enchaînement des actes médicaux et leur justification théorique se « situe » pour ainsi dire et se découvre à l'œil en même temps qu'à l'intelligence. Ce procédé ne va pas jusqu'à tomber dans le schéma ou l'aide-mémoire, écueil que des débutants n'auraient pas évité. Tout au contraire, ces « ordonnances » ont été rédigées par une équipe de médecins aguerris, ayant depuis longtemps l'habitude d'écrire et de « présenter » leur expérience dans les publications médicales les plus autorisées. Ils ont su, tout en restant brefs et en respectant des cadres définis, introduire le mouvement de la vie et de la pathologie dans des notes qui, par définition même, risquaient de rester sèches et fragmentaires.

Nouveau Précis de Bactériologie, par G. Delater et Ch. Grandclaude. Planches et dessins par L. Jame. Un volume in-8 raisin 124 pages et 55 planches hors texte : 1928. Cartonné, prix : 50 fr. Gauthier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins, Paris, 6e.

Le but de ce précis est d'aider l'étudiant à établir rapidement ces relations de la bactériologie avec les autres sciences biologiques. Il ne reprochera certainement pas aux auteurs d'avoir réduit à de simple tableaux synoptiques l'ensemble des caractères majeurs de quelques-uns de s genres les plus importants.

En préparant l'élève à l'examen de ses juges, cultiver son esprit n'est-ce pas le but idéal de tout enseignement d'école !

Les signes de la bonne santé psychique et les principes de l'hygiène mentale, par St. Paton. Traduction par le Dr M. Potet, volume in-8 164 pages. Prix : 15 francs. Librairie médicale et scientifique, E. Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Paru en 1922, à New-York, ce livre de *St-Paton* est une des œuvres les plus intéressantes du psychiatre américain. Par ses idées originales, il mérite d'être connu plus qu'il ne l'est, des neuropsychiatres français.

Mémoires de Mme de Staal. Nouvelle édition précédée d'une introduction de Funck-Brentano, huit planches hors texte. (Librairie Firmin Didot, 56, rue Jacob, Paris VIe. Un volume in-16 de 248 pages, broché, 12 fr.

Voici une nouvelle édition des délicieux mémoires de Mme de Staal de Launay, où la grâce de Watteau s'unit à l'esprit et au style de Voltaire, de Voltaire jeune, contemporain de Watteau et de Mme de Staal ; car il ne faut pas confondre cette dernière avec sa presque homonyme, l'ennemie de Napoléon.

Quelle vivante peinture des mœurs de la conspiration de la duchesse du Maine. Quelle alerte tableau de la vie à la Bastille à l'époque la plus amusante de son histoire, car la Bastille a eu une histoire amusante et que voici divinement contée.

Une préface de Funck-Brentano, et de précieuses illustrations d'après les documents anciens augmentent encore l'intérêt et le charme de ce petit livre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La coxalgie de l'adulte,

Par Ch. CLAVELIN,
Médecin-major de 1re classe.
Chirurgien des Hôpitaux militaires,
Professeur agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce.

II

Diagnostic différentiel. Evolution. Pronostic. Traitement.

Diagnostic différentiel.

Si le diagnostic de coxalgie n'est en général pas difficile à faire à la période d'état, il peut cependant prêter parfois à confusion avec d'autres affections qui présentent une symptomatologie plus ou moins identique.

C'est à la période de latence du début que le diagnostic différentiel se posera le plus souvent, un certain nombre d'arthrites chroniques non tuberculeuses affectant une allure aussi insidieuse que l'arthrite tuberculeuse.

Nous passerons donc successivement en revue le diagnostic avec les arthrites non tuberculeuses et avec les lésions tuberculeuses de voisinage dont la symptomatologie a quelques points communs avec celle de la coxalgie.

Les fausses coxalgies.

C'est à dessein que nous employons ce terme, peut être un peu impropre, mais qui permet de réunir dans le même paragraphe une série d'arthrites chroniques non tuberculeuses qui ont été très étudiées au cours de ces dernières années. Si l'anatomie pathologique de ces affections apparaît à la radiographie assez différente, leur symptomatologie a beaucoup de points communs et leur étiologie, qui n'est pas encore précisée, pourrait bien relever d'une seule et même cause dont les effets varieraient suivant l'âge auquel l'articulation est frappée.

Il ne saurait être question d'étudier en détails ces diverses lésions, coxa-vara, arthrite déformante juvénile ou sénile, isolées ou associées, comme nous avons eu l'occasion d'en observer de nombreux exemples (1). Nous résumerons en rappelant que leur symptomatologie primitive est assez semblable à celle de la coxalgie. Début insidieux par des douleurs dans la hanche, fatigue rapide à la marche, limitation des mouvements de l'articulation portant principalement sur l'abduction. Mais en général les douleurs sont moins vives, moins tenaces que celles de la coxalgie, elles présentent souvent des périodes d'accalmie que l'on ne trouve pas dans l'évolution de l'arthrite tuberculeuse, et de plus l'examen à distance montre l'*absence d'adénopathie iliaque*.

A cette symptomatologie assez larvée s'ajoute parfois une ascension du grand trochanter avec raccourcissement du membre inférieur. Or ce signe, qui est un symptôme de la période de destruction de la coxalgie, contraste avec la mobilité articulaire en grande partie conservée, et de plus, la boitérie se fait par plongeon latéral manifeste.

L'examen clinique permet donc dans la majorité des cas de commencer à écarter l'hypothèse d'arthrite tuberculeuse. La radiographie viendra confirmer cette opinion en montrant des lésions très différentes de celles décrites dans la coxalgie.

Pas de décalcification des extrémités articulaires, ni d'atrophie des diaphyses, pas de pincement articulaire dans les formes du début. On trouvera, tantôt une inflexion de la tête fémorale en goutte de cire molle, coxa-vara juxta-capitale ; tantôt une infection du col au niveau de son insertion sur le grand trochanter, coxa-vara juxta-trochantérienne ; tantôt des bourrelets ostéophytiques au niveau du sourcil cotyloïdien et des points de réflexion de la synoviale sur le col fémoral, arthrite déformante juvénile ou sénile au début.

A un stade plus avancé les signes cliniques seront plus accentués : raideur plus accusée de la hanche, ascension du grand trochanter, et raccoursissement du membre plus marqués, avec position vicieuse d'adduction, atrophie notable de la cuisse, boiterie accentuée par plongeon latéral. Contrastant avec ces symptômes, l'état général est parfaitement conservé, les douleurs à la mobilisation ne sont pas les douleurs aiguës de la coxalgie ; enfin, il n'y a ni abcès, ni adénopathie. La radiographie montre des lésions très accusées constrastant malgré tout avec la symptomatologie clinique. On note une association de destructions et d'hyperostoses très différentes de ce que l'on observera dans l'arthrite tuberculeuse, et qui ont la traduction de lésions avancées d'arthrite chronique déformante juvénile ou sénile.

Les arthrites infectieuses.

Les arthrites infectieuses aiguës de la hanche ont une symptomatologie à grand fracas, avec une altération très rapide de l'état général, une courbe de température particulière, qui ne permet pas la confusion même avec la coxalgie à début aigu.

Ce ne sont pas ces arthrites qui nous arrêteront, mais des *arthrites infectieuses subaiguës* apparaissant au cours ou plus souvent au déclin de maladies infectieuses, en particulier de la grippe. Pour notre part, nous en avons observé plusieurs cas à la fin de l'évolution de grippes compliquées d'otites, parfois même de mastoïdites. Le tableau clinique peut être schématisé de la façon suivante :

Un malade, arrivé à la fin de l'évolution de son infection grippale, accuse des douleurs dans une hanche. Ces douleurs ne sont pas les douleurs vives de l'arthrite purulente aiguë ; elles s'installent d'une façon insidieuse, se compliquent rapidement de position vicieuse d'abduction, de limitation des mouvements, d'une adénopathie fréquente mais qui ne présente pas exactement les caractères de l'adénopathie tuberculeuse. L'état général est médiocre, nous sommes en présence d'un malade dont l'infection n'est pas éteinte, et la température oscille aux environs de 38°.

En somme, nous trouvons les signes cliniques de la coxalgie au début. Mais les clichés radiographiques donneront d'autres images : on aura bien un interligne flou, disparu, mais plus uniformément flou que dans la coxalgie ou presque toujours les lésions prédominent au pôle supérieur de l'articulation. Contrastant avec cette disparition de l'interligne nous notons l'absence de la décalcification et de l'atrophie des diaphyses que nous avons toujours trouvées dans la tuberculose.

Enfin il est plus rationnel, plus logique, d'admettre que nous sommes en présence d'une nouvelle poussée très atténuée de l'infection qui a frappé notre malade, plutôt que d'émettre l'hypothèse que la tuberculose a frappé la hanche à la faveur de l'état de moindre résistance que présente l'infecté.

D'ailleurs, l'évolution confirme cette manière de voir et

(1) DUGUET et CLAVELIN. — Les arthrites chroniques non tuberculeuse de la hanche. *Revue de Chirurgie*, n° 5, 1925.

un traitement approprié amène en quelques semaines une guérison qui n'est obtenue qu'après des mois pour la coxalgie.

A côté de ces arthrites infectieuses, une place à part, et non des moindres, doit être faite à l'*arthrite blennorragique* de la hanche.

Etudiée tout particulièrement par Mondor au Congrès de Chirurgie de 1926, la coxite blennorragique a une allure qui diffère assez de celle de la coxalgie classique et qui doit dans la majorité des cas attirer l'attention du médecin.

Ce qui domine la symptomatologie c'est la douleur, une douleur atroce, plus marquée que dans les autres arthrites, plus intense que dans la coxalgie, même à début brusque, qui se rapproche le plus de cette forme. L'attitude vicieuse est la règle et les malades adoptent le plus souvent la flexion, adduction, rotation interne qui leur permet la position la meilleure pour la protection du membre malade. Une contracture intense, empêchant toute tentative de mobilisation qui arrache des cris, s'ajoute à cette symptomatologie.

Toute la racine de la cuisse est infiltrée, œdématiée, douloureuse à la palpation.

Cette symptomatologie apparue brusquement, avec élévation de température importante, doit faire songer à l'arthrite blennorragique et faire pratiquer des recherches répétées de gonocoques.

Les destructions vont se faire plus rapidement, et plus profondément dans un grand nombre de cas, qu'au cours de la coxalgie. En quelques semaines à peine on observera des chevauchements, souvent même des luxations pathologiques que nous n'avons observés dans la coxalgie que beaucoup plus lentement.

Ces arthrites gonococciques demandent à être systématiquement recherchées en présence d'une symptomatologie semblable à celle que nous venons de résumer. Il nous est difficile de dire quelle est leur fréquence ; nous n'en n'avons nous-mêmes observé qu'un seul cas, mais il est vraisemblable que nombre de ces coxites gonococciques sont fréquemment méconnues.

Lésions tuberculeuses de voisinage.

Mal de Pott avec psoïtis. — Nous avons, en étudiant le mal de Pott, montré les éléments de diagnostic différentiel entre la position vicieuse de la coxalgie au début et le mal de Pott avec psoïtis. Nous ne reviendrons donc pas sur ce point, nous contentant de rappeler la nécessité d'un examen clinique et radiographique des os et articulation de voisinage.

Un point mérite cependant d'être signalé : c'est la possibilité de l'association du mal de Pott lombaire et d'une coxalgie. En cas d'abcès, et en particulier d'abcès fistulisés, le lipiodol en injections dans l'abcès ou dans le trajet fistuleux permettra de voir si l'abcès est à point de départ rachidien ou coxal.

Les *tuberculoses juxta-articulaires*, ou plus exactement les ostéites tuberculeuses frappant les extrémités osseuses constituant l'articulation, seront étudiées en détails lorsque nous consacrerons un chapitre aux ostéites tuberculeuses.

Nous nous contenterons ici de dire que si les mouvements sont limités, ce seront surtout les mouvements provoqués par les muscles qui prennent leurs insertions au niveau des os malades. La palpation en ce point donnera une douleur précise et limitée. Les abcès seront fréquemment le premier symptôme de l'affection, ce qui ne s'observe pas dans la coxalgie. Le cliché radiographique confirmera l'existence d'une ostéite tuberculeuse frappant du côté du bassin la crête iliaque, la branche ischio-pubienne, le sourcil cotyloïdien ou l'ischion ; du côté fémur, le col ou le grand trochanter.

Rappelons encore que certaines de ces ostéites peuvent secondairement envahir l'articulation ; nous avons eu aussi à observer deux coxalgies secondaires par propagation à l'articulation d'une ostéite du sourcil cotyloïdien pour l'une, et de l'ischion pour l'autre.

Il peut paraître exagéré de faire le diagnostic différentiel avec la *tumeur blanche du genou*. Nous avons vu cependant arriver dans notre service avec le diagnostic de tumeur blanche du genou et appareillés comme tels, deux coxalgiques chez lesquels la gonalgie avait été si intense qu'elle avait hypnotisé l'attention du médecin sur le genou. A vrai dire, il suffisait d'examiner complètement le malade pour corriger aisément cette erreur de diagnostic.

Evolution. — Pronostic.

L'étude de l'anatomie pathologique a montré quelques-unes des complications locales que l'on peut observer au cours de la coxalgie, complications dues à l'évolution du seul processus tuberculeux pour l'abcès, l'association du processus tuberculeux et de l'ulcération compressive pour la luxation.

Ce sont ces deux complications locales qui nous arrêteront maintenant avant de dire quelques mots des complications générales qui s'observent dans la coxalgie comme dans toute autre localisation de tuberculose chirurgicale.

L'abcès ossafluent.

Complication fréquente (nous l'avons observée dans plus du tiers des cas), l'abcès ossifluent de la coxalgie n'acquiert pas les dimensions considérables de celui du mal de Pott.

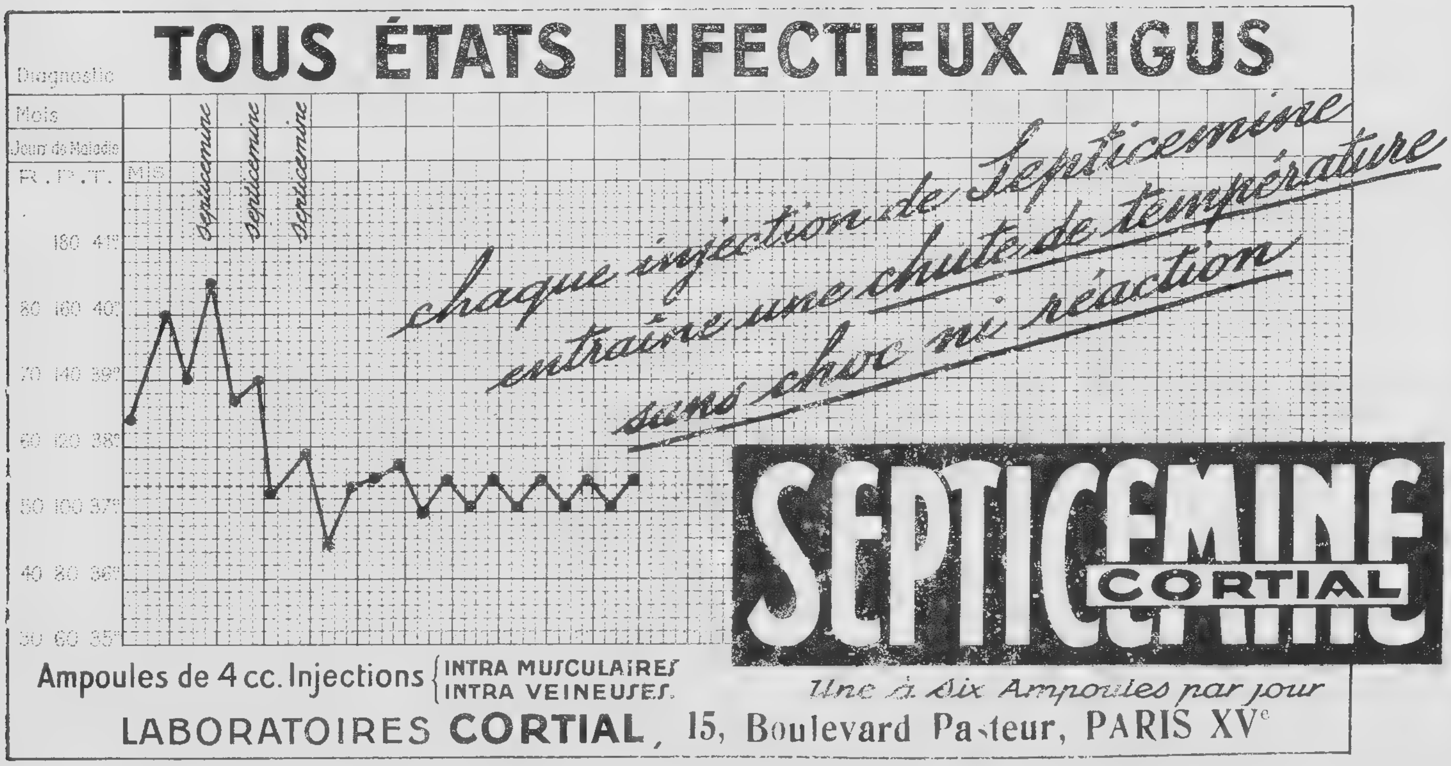
Mais il aura une grande tendance à fistuliser, et si la fistulisation en elle-même n'est pas un facteur d'aggravation, ce sont les risques d'infection secondaire qui viendront aggraver considérablement le pronostic.

En plus des lésions infectieuses de la hanche que l'on observe dans ces fistules infectées, il existe une véritable ostéomyélite secondaire de l'os iliaque. Cette ostéomyélite se traduit cliniquement par une augmentation d'épaisseur de la crête iliaque que la palpation permet de reconnaître aisément, et s'accompagne souvent de fistules multiples ; elle aggrave sensiblement le pronostic et complique le traitement.

Au cours de ces infections secondaires, la température monte et tend parfois vers le type à grandes oscillations, la suppuration peut être abondante et l'état général du malade ne tarde pas à s'aggraver.

Ces fistules infectées, lorsqu'elles ne provoquent pas une issue fatale, traînent très longtemps ; elles passent par des alternatives d'apparence de cicatrisation suivies de suppurations et leur guérison est très lente.

La radiographie montre que : en plus des lésions d'ostéomyélite de l'os iliaque, c'est à la partie inférieure de l'articulation que se montreront parfois de petits séquestres, suffisants pour entretenir la suppuration. Cette partie inférieure est celle qui est déshabitée dès que la moindre destruction se produit. C'est à son niveau que l'ankylose osseuse a le moins de tendance à se faire, c'est-à-dire que c'est là que les lésions seront le moins étouffées. Elles laisseront subsister des foyers de sup-


TOUS ÉTATS INFECTIEUX AIGUS
Diagnostic
Mois
Jour de Maladie
R. P. T.
Septicemine
Septicemine
Septicemine
chaque injection de Septicemine
entraîne une chute de température
sans choc ni réaction
SEPTICEMINE
CORTIAL
Ampoules de 4 cc. Injections { INTRA MUSCULAIRES
INTRA VEINEUSES.
Une à six Ampoules par jour
LABORATOIRES CORTIAL, 15, Boulevard Pasteur, PARIS XVe

puration interminable, qui, même en apparence cicatrisés constitueront des menaces de réveils infectieux.

La luxation.

Nous avons décrit les différents stades de la luxation au chapitre de l'anatomie pathologique. Nous n'insisterons ici que sur deux faits de pratique. Le premier est la rareté chez l'adulte des grandes destructions de la tête, rareté dont la conséquence sera de ne permettre d'observer que des chevauchements et surtout des empiètements.

Le deuxième point est la position vicieuse que tend à prendre le membre, position de flexion-adduction, dès que la moindre destruction se produit, dès que le cliché montre une rupture de l'ogive fémoro-obturatrice. Or cette position vicieuse, en obligeant la tête fémorale à appuyer sur le sourcil cotyloïdien, par le seul fait de la contracture musculaire, va favoriser la tendance à la luxation. Il faudra donc dans notre thérapeutique lutter contre cette position vicieuse d'adduction.

Tuberculoses multiples.

Comme dans le mal de Pott, on observe chez le coxalgique trop fréquemment d'autres localisations tuberculeuses.

Si nous n'avons eu à traiter qu'une seule coxalgie double, nous avons observé trois fois association de mal de Pott à une coxalgie. Nous nous contentons de signaler les associations possibles de lésions osseuses, génito-urinaires, pleurales ou pulmonaires qui, là comme dans toute tuberculose ostéo-articulaire, viennent assombrir le pronostic ; les trois décès observés l'ayant été chez ces multiples.

Le pourcentage de ces lésions multiples a été chez nos malades le même que dans le mal de Pott et c'est dans le tiers des cas environ que nous les avons rencontrées.

Durée de l'évolution.

Nous avons dès le début constaté que certaines coxalgies évoluaient sans complications, c'est-à-dire sans destructions, sans abcès. Pour ces formes, il est important de savoir à quelle époque de leur évolution nous pourrons laisser lever le malade, et quand nous pourrons considérer comme consolidée la coxalgie qui aura évolué moins favorablement.

Nous devons donc envisager les trois facteurs habituels : temps, signes cliniques, signes radiographiques.

Le temps, quelle que soit la forme de la coxalgie, *si bénigne que soit son évolution*, est toujours très long. C'est une notion d'une importance capitale et qui risque parfois d'être méconnue dans les formes synoviales pures, d'apparence bénigne.

Nous comptons un minimum d'immobilisation de deux ans dans le service, si bénigne encore une fois qu'ait été l'évolution, ce qui avec l'hospitalisation antérieure, la surveillance du début du lever, fait en moyenne de deux ans et demi à trois ans de traitement.

Les signes cliniques viendront ensuite pour juger de l'évolution. Les abcès ne se reproduisent plus après ponction, les fistules se cicatrisent, l'œdème de la racine de la cuisse diminue, les téguments redeviennent souples, l'adénopathie rétro-crurale rétrocède. Cet ensemble de symptômes est l'indice de l'évolution favorable ; le lever ne sera autorisé que six mois après la dernière ponction ou la cicatrisation de la fistule, si la période de temps indiquée plus haut est révolue. Mais les fistules infectées secondairement demanderont un traitement beaucoup plus long, et les œdèmes des membres inférieurs que nous avons signalés seront aussi un facteur d'aggravation et de prolongation de l'immobilisation.

Quant à la mobilité de l'articulation, si dans les cas très favorables, sans lésions osseuses, elle peut être conservée dans des proportions parfois importantes, dans la majorité des coxalgies elle sera très réduite, parfois même on aura une ankylose osseuse complète.

Les signes radiographiques seront venus à l'appui de la symptomatologie clinique et auront permis de suivre l'évolution des lésions, de voir la sclérose se faire au niveau du foyer, de constater l'existence d'une ankylose osseuse ou au contraire, d'une pseudarthrose fibreuse ; de voir progressivement et lentement se faire la recalcification des extrémités osseuses, et les troubles de l'ostéogenèse disparaitre.

Pronostic fonctionnel.

Le pronostic fonctionnel dépendra essentiellement des lésions osseuses, de l'existence d'une pseudarthrose ou d'une ankylose, et de la position du membre à la fin du traitement.

S'il n'y a pas eu de destructions osseuses, *la mobilité de l'articulation sera au moins partiellement conservée* : résultat très favorable et qui existe, pour rares que soient les cas de forme synoviale pure.

S'il y a eu lésions osseuses, la déformation des surfaces articulaires, l'accolement des surfaces osseuses ulcérées, conduira soit à l'ankylose, soit à la pseudarthrose.

L'ankylose sera le résultat le meilleur, supprimant tout mouvement au niveau de l'ancien foyer tuberculeux, mais à une condition, qu'elle soit en bonne position, c'est-à-dire que la cuisse devra être dans le prolongement vertical du tronc, et en légère abduction. L'ankylose en flexion, adduction, est en mauvaise position, la marche en sera plus ou moins gênée, très gênée dans certains cas. Or cette position vicieuse est celle que le membre tend fatalement à prendre au cours de l'évolution de la coxalgie, et qu'il prendra au maximum si une luxation complète s'était produite. Cependant une intervention orthopédique sera possible puisque l'articulation ankylosée nous donnera un point d'appui solide.

Mais nous avons vu que chez l'adulte l'ankylose osseuse était relativement rare et que c'était à la *pseudarthrose fibreuse* plus ou moins serrée qu'aboutissait la coxalgie.

Nous n'avons pas observé de pseudarthroses extra-cotyloïdiennes consécutives à des luxations pathologiques.

Les pseudarthroses intra-cotyloïdiennes, avec mobilité étendue, observées chez l'enfant à la suite de destructions très étendues de la tête fémorale, sont exceptionnelles chez l'adulte.

Ce sont des pseudarthroses fibreuses plus ou moins serrées que l'on rencontrera dans la grande majorité des cas. Nous retrouverons ici les dangers des mouvements, peu étendus mais continuels, que nous avons rencontrés dans la pseudarthrose du mal de Pott, et, sous l'influence de ces traumatismes répétés, la hanche deviendra douloureuse, parfois même présentera de véritables réveils infectieux.

Une thérapeutique devra donc être mise en œuvre. Mais qu'elle soit chirurgicale ou orthopédique, elle ne

sera possible qu'à la condition que la pseudarthrose serrée soit en bonne position.

Nous voyons donc que le pronostic fonctionnel de la coxalgie, quel que soit son mode de terminaison, pseudarthrose ou ankylose, est dominé par la position que le membre aura à la fin du traitement, notion qui, à notre avis, est capitale et doit toujours être présente à l'esprit du praticien.

Mais en plus de la hanche, il est une autre articulation dont l'état à la fin du traitement est loin d'être négligeable.

Le *genou* avait déjà attiré l'attention sur lui au début de la coxalgie. Dès que le malade commencera à se lever, cette articulation va de nouveau provoquer des plaintes du convalescent.

La très longue immobilisation a provoqué des raideurs articulaires, l'atrophie des muscles de la cuisse, affaiblissant les ligaments actifs, va aider à la dislocation de l'articulation, et, au moment du lever il est extrêmement fréquent de trouver un genou plus ou moins raide, présentant des mouvements de latéralité, et travaillant un peu à faux, du fait de la position du membre.

Le convalescent se plaindra de son genou, aura parfois des poussées d'hydrarthrose, et même longtemps après consolidation de la hanche, c'est du genou que continueront à se plaindre les anciens coxalgiques.

Pronostic vital.

Le pronostic vital est surtout dicté par les autres associations tuberculeuses, et par l'infection secondaire d'un abcès fistulisé. Mais si contre ce motif d'aggravation nous pouvons lutter, il n'en est malheureusement pas toujours de même contre les tuberculoses multiples et ce sont ces associations qui ont provoqué les trois décès que nous avons observés sur trente-quatre coxalgiques.

Traitement.

Traitement général.

Nous ne reviendrons pas sur cette partie de la thérapeutique de la coxalgie, nous contentant d'insister, comme nous l'avons fait pour le mal de Pott, sur la *nécessité absolue d'associer le traitement général au traitement local.*

Traitement local.

Le traitement local s'adressera aux lésions osseuses et aux complications locales, abcès, fistules, positions vicieuses,

I. Traitement de la lésion osseuse. — *Son principe* sera l'immobilisation de la hanche en décubitus dorsal pour réduire au minimum l'ulcération compressive, et dans une position telle que le pôle supérieur de la tête fémorale prenne un point d'appui sur le toit du cotyle, résistant, et non sur le sourcil cotyloïdien qui se laisse plus facilement éroder.

Cette immobilisation rigoureuse est à la base même du traitement : elle est le seul moyen de conserver les mouvements que l'articulation pourra conserver, en limitant les destructions.

Pour la coxalgie comme pour le mal de Pott nous rejetons donc formellement le traitement ambulatoire par les appareils de marche, d'ailleurs fort peu préconisés en France.

Pour réaliser ces conditions d'une bonne thérapeutique, deux méthodes sont à notre disposition, l'appareil plâtré et l'extension continue.

L'*appareil plâtré* est la méthode classique pour le traitement de la coxalgie ; mais à une condition, c'est que ce ne soit pas le petit plâtre emboitant à peine les ailes iliaques, descendant à mi-jambe que l'on voit encore trop souvent.

Le plâtre de la coxalgie doit être un grand plâtre remontant en haut jusqu'à la base du thorax, empiétant sur ce thorax du côté opposé à la lésion, descendant en bas jusqu'au pied qui sera immobilisé dans l'appareil.

Ce plâtre moulé sur les ailes iliaques, sur le genou, immobilisera l'articulation d'une manière complète.

Dans cet appareil, le membre inférieur sera placé dans le prolongement du plan horizontal du tronc, et en abduction légère pour déplacer vers le fond du cotyle le centre de pression de la tête fémorale, réalisant ainsi les conditions réclamées.

Ce grand plâtre demande pour être fait convenablement et sans souffrances pour le malade, une table orthopédique plus ou moins perfectionnée. En l'absence de table orthopédique, nous conseillons pour l'immobilisation au moins provisoire, ou de transport d'une coxalgie, de poser l'attelle pelvi-dorso-pédieuse d'Ollier. Cette attelle posée sous extension continue bilatérale (1) donnera, sans mobiliser ni faire souffrir le malade, une immobilisation très satisfaisante.

Mais le plâtre ne conviendra pas dans tous les cas ; la présence d'abcès, de fistules, nécessitera des ouvertures qui pourront par leur situation ou leur dimension compromettre sa solidité. D'autres fois l'œdème du membre, des escharres sacrées, obligeront à enlever l'appareil plâtré.

Pour réaliser l'immobilisation chez ces malades on aura recours à l'extension continue,

L'*extension continue*. — Elle est le plus souvent pratiquée suivant la manière classique de Tillaux. Cette manière de faire donne une immobilisation illusoire, et n'empêche pas les positions vicieuses de la hanche et du pied. Si ces dernières peuvent être évitées par l'étrier en bois utilisé à Berck, celles de la hanche ne peuvent l'être qu'à grands renforts de tractions, contre-extensions, tractions latérales qui rendent la méthode d'application difficile, exigent une grande surveillance, manquent de tout confort, ne serait-ce que pour donner les soins de propreté les plus simples, et n'obtiennent finalement qu'une immobilisation relative.

Nous utilisons dans notre service de Percy, depuis plusieurs années, un appareil à extension continue en suspension, prenant sur l'ischion sain le point d'appui préconisé par Picot pour les fractures du fémur. Cet appareil (2) qui, au point de vue immobilisation nous donne entièrement satisfaction, présente les avantages suivants : possibilité de soulever le malade sans mobiliser l'articulation, immobilisation de la hanche en abduction légère, facilité, sans bouger le malade de l'appareil, de lui faire faire héliothérapie, rayons ultra-violets, radiographie ; facilité de surveillance des abcès et fistules. Enfin dans les derniers mois de traitement, possibilité de mobiliser le genou, sans bouger la hanche.

Cet appareil nous a donné d'excellents résultats et nous l'employons systématiquement chez tous nos adultes atteints de coxalgie.

Le choix entre les deux méthodes, plâtre et extension

(1) Voir traitement des fractures du fémur dans « Appareillage des luxations et fractures des membres. » CLAVELIN, Vigot, fr. éditeurs, 1927.

(2) L'extension continue dans les arthrites chroniques de la hanche. CLAVELIN, *Revue d'orthopédie* juillet 1926.

continue, est une question de cas, cependant nous estimons que chez l'adolescent et l'adulte, l'extension continue en suspension est la méthode de choix chaque fois qu'elle pourra être appliquée dans de bonnes conditions.

II. Traitement des complications. — *L'abcès* de la coxalgie demande a être ponctionné avec les mêmes précautions que l'abcès pottique, nous nous contentons de simples ponctions évacuatrices, et ne faisons pas d'injections modificatrices.

Les ponctions sont répétées aussi souvent qu'il est nécessaire, en s'efforçant par tous les moyens d'éviter la fistulisation.

Si la *fistulisation* se produit, des pansements rigoureusement aseptiques empêchent l'infection secondaire, et l'on aura la satisfaction dans la très grande majorité des cas, de voir la fistule se cicatriser (5 fois sur 6 fistules).

Si l'infection secondaire se produit, on aura chez certains malades une fièvre à grande oscillation, avec état général grave. Il est indispensable d'agir et d'aller drainer cette arthrite.

Dans certains cas à suppuration tenace, chez lesquels la radiographie montre des séquestres du côté de la partie déshabitée du cotyle un curettage pourra être indiqué.

Enfin dans certaines formes graves on a proposé en désespoir de cause, la désarticulation de la hanche, complété même par une résection cunéiforme de l'os iliaque en cas d'ostéomyélite secondaire de celui-ci. Inutile d'insister sur la gravité opératoire de pareilles interventions et sur les mutilations que présentent les malades qui guérissent enfin.

Les positions vicieuses. — La positions vicieuses du début, flexion, abduction, rotation externe, ne demande parfois que la correction de la flexion et de la rotation externe parfois très accentuée ; l'abduction doit être conservée. L'extension continue permettra d'obtenir rapidement un résultat.

Mais c'est contre la position vicieuse d'adduction que tous les efforts de notre thérapeutique ont porté. Le traitement dont nous avons donné les grandes lignes permet de l'éviter. Mais si nous avons à traiter un malade qui nous arrive la présentant déjà, deux méthodes sont à notre disposition.

L'extension continue, en particulier dans notre appareil, permettra de faire cesser progressivement la contracture, si la lésion n'est pas trop ancienne.

La réduction sous anesthésie générale ou rachi-anesthésie permettra également de réduire les positions vicieuses et de placer le plâtre en bonne position.

Mais si ces tentatives restent infructueuses, il ne faut pas chercher à forcer ce foyer en pleine évolution, on immobilisera dans la position vicieuse, que l'on traitera après consolidation.

III. A la période de convalescence, lorsque le malade peut être considéré comme consolidé, la question de la reprise de la marche se pose.

Il est bon avant de parler de lever, de faire mobiliser progressivement et prudemment le genou, de masser le quadriceps et les muscles de la jambe, se gardant bien naturellement de mobiliser la hanche s'il y a ankylose ou pseudarthrose. On pourra ainsi pallier dans la mesure du possible au déficit fonctionnel du genou.

Pour faire lever le malade on placera à ce moment un petit plâtre, c'est-à-dire un plâtre qui ne descendra que jusqu'au genou libre de se fléchir et c'est avec cet appareil, véritable appareil de marche, que le malade fera ses premiers pas.

Dans les cas favorables, à mobilité conservée, cet appareil pourra être remplacé ultérieurement par un appareil en cuir armé ou en celluloïd, articulé à la hanche, pour les mouvements de flexion, mais empêchant l'abduction, appareil qu'il ne quittera qu'au bout de plusieurs mois, quand tout réveil aura le maximum de chance d'être écarté.

S'il y a ankylose osseuse en bonne position, un appareil orthopédique bloqué à la hanche, articulé au genou, permettra au malade de reprendre progressivement la marche et pourra être abandonné au bout de quelques mois.

IV. Traitement des séquelles. — Les deux cas défavorables que nous devons envisager sont l'ankylose en mauvaise position et la pseudarthrose.

L'ankylose en mauvaise position, adduction, est justiciable de l'ostéotomie sous-trochantérienne qui permettra de remettre le membre en position favorable : elle devra être faite lorsque les lésions seront complètement éteintes.

La pseudarthrose gêne considérablement la marche si elle est lâche, et même très serrée expose aux réveils infectieux,

S'il y a pseudarthrose lâche, intra-cotyloïdienne, ou pseudarthrose serrée en bonne position, deux méthodes peuvent être employées :

une méthode chirurgicale qui, pratiquant une arthrodèse intra ou extra-articulaire recherche la soudure du fémur au bassin, réalisant ainsi l'ankylose qui a fait défaut ;

une méthode orthopédique qui, par le port d'appareils orthopédiques à hanche fixe, app reils portés des années, cherche à pallier au défaut d'ankylose.

S'il y a pseurdarthrose serrée en mauvaise position, la question se complique, l'appareil orthopédique n'est plus possible, l'arthrodèse fixerait la position vicieuse, et l'ostéotomie faite sur une hanche mobile ne donne pas les excellents résultats qu'elle obtient dans les ankyloses.

En cas de pseudarthrose extra-cotyloïdienne la thérapeutique est encore plus délicate, et c'est à l'appareillage des hanches ballantes que l'on aura le plus souvent recours.

Il nous est impossible de discuter plus avant la question assez complexe du traitement de ces séquelles. Nous n'avons cherché qu'à en donner les grandes lignes, renvoyant pour l'étude complète au rapport de Mathieu et aux discussions qui l'ont suivi au Congrès d'orthopédie de 1926.

FAITS CLINIQUES

Malformation utérine et gestation

Par E. IMPARATO.

Nous avons eu l'occasion d'étudier avec M. H. VIGNES (1) un cas de gestation évoluant dans un utérus double qui nous a semblé mériter diverses considérations anatomiques et cliniques.

Voici d'abord l'observation de notre malade :

Madame L..., âgée de 40 ans (Obs. 1152, VIGNES). Vient consulter l'un de nous, le 27 août 1927 sur le conseil de Roux-Berger qui soupçonne l'existence d'une gestation extra-utérine.

Antécédents physiologiques. — Madame L... a été réglée à 15 ans. Depuis longtemps les règles ont été très irrégulières, avec des retards, et durant seulement trois jours, sans aucun phénomène douloureux. Elle s'est mariée à 26 ans, a eu plusieurs gestations et depuis la dernière qui a eu lieu il y a trois ans, elle est réglée tous les trente jours, assez régulièrement.

Antécédents obstétricaux. — Première gestation, avortement spontané au deuxième mois, qui est suivi d'un traitement à Luxeuil. Deuxième gestation, avortement spontané au cours du deuxième mois.

Elle est traitée ultérieurement pour une masse juxta-utérine diagnostiquée salpingite. Troisième gestation à 30 ans. Accouchement à terme, présentation du siège. Quatrième gestation à 35 ans. Accouchement à terme, présentation du siège. Cinquième gestation, 37 ans, présentation du siège ; enfant mort au cours du travail. Pyélonéphrite au cours de la gestation ; curettage après l'accouchement.

Maladie actuelle. — Madame L... est actuellement enceinte pour la sixième fois. Ses dernières règles, qui remontent au 25 mai, étaient normales. Elle n'a pas de signes subjectifs de gestation.

Le 11 juillet (quarante-huit jours après les dernières règles), elle perd du sang et une « peau ». La perte dure jusqu'au 21 juillet. Un médecin qu'elle consulte parle de placenta praevia. Du 11 au 16 août, puis tous les jours à partir du 19 août, elle perd un peu de sang.

Examen le 27 août (quatre-vingt-quinze jours après les dernières règles). Femme obèse avec un gros utérus, mais beaucoup trop petit pour une gestation de trois mois. Derrière cet utérus, à droite, on sent « quelque chose » dont le pôle inférieur est facile à atteindre et le volume difficile à apprécier du fait de l'obésité. Ce « quelque chose » est dur et n'est pas douloureux. Il y a de nombreux tubercules de Montgomery, mais pas de gonflement ni de sensibilité des seins, à la différence des autres gestations. Madame L... a des sourcils très peu fournis, son corps thyroïde est gros, elle est frileuse.

Le surlendemain de cette consultation, Madame L... ayant eu quelques douleurs dans l'abdomen est opérée par Roux-Berger. Nous constatons une cloison (antéro-postérieure médiane), infiltrée de graisse, et deux demi-utérus ayant chacun un ovaire et une trompe, le tout aboutissant à un col commun. L'utérus droit est plus gros et plus rouge que le gauche.

Le 22 septembre, Madame L... me fait appeler chez elle ; elle perd du sang, l'utérus droit (celui que nous avions vu rouge et congestionné) est devenu médian et je suppose qu'il y a une grosеesse dans cette corne.

Madame L... prétend que lors de ses trois gestations à terme son ventre aurait été anormalement développé vers le côté gauche, ce qu'elle attribue rétrospectivement à un développement dans le demi-utérus gauche ; elle suppose que ses deux fausses couches auraient évolué dans le demi-utérus droit. Antérieurement, lors d'une de ses fausses couches, on avait déjà pensé à une extra-utérine.

D'autre part, en pratiquant le toucher, j'ai été frappé de trouver dans le vagin un grand lambeau flottant, vestige probable d'une ancienne cloison vaginale. Toujours est-il que quelques heures plus tard, Madame L... fait une fausse couche.

Examen macroscopique. — L'œuf complet présente la dimension d'une noix et pèse une dizaine de grammes. Les membranes sont épaisses en certains points, amincies en d'autres, jusqu'à être transparentes.

L'embryon est fixé solidement près du placenta. Celui ci est réduit à un mince gâteau d'un demi-centimètre d'épaisseur. La cavité de l'œuf ne présente rien d'anormal un fragment sagittal a été prélevé comportant l'embryon entouré de ses membranes.

Examen microscopique. — Très peu de villosités et état atrophique de celles-ci ; cellules volumineuses de la caduque, vacuolisées surtout à la périphérie.

Conclusion. — Si nous nous en rapportons aux dires de Madame L.... nous pouvons supposer que les gestations qui ont été à terme se sont développées dans le demi-utérus gauche et que les gestations terminées par avortement se sont développées dans le second utérus droit. Or le jour de l'opération, les demi-utérus, le gravide et le non gravide, avaient à peu près le même volume. Donc, très probablement, le demi-utérus à fausse couche est plus petit que l'autre, moins développé. Ce moindre développement exerce sans doute ses effets sur tout l'utérus, y compris la muqueuse. Là est sans doute la cause de ces avortements, soit que le myomètre mal étoffé expulse prématurément l'œuf, soit que, plus probablement, cette muqueuse « pauvre » ne soit défavorable à nidation.

* *

Telles sont les réflexions que nous a suggérées le cas de Madame L... Nous l'avons publié comme une nouvelle contribution à l'étude anatomique et pathogénique des avortements, à laquelle notre collaborateur M. H. VIGNES a déjà apporté un certain nombre de documents. Mais il nous semble d'autre part que cette observation mérite d'autres réflexions, celles-ci se rapportant au diagnostic si important de la gestation ectopique.

* *

Y a-t-il un moyen qui permette de poser avec certitude le diagnostic pendant la grossesse ?

Jusqu'à présent, aucun auteur ne l'a signalé. En effet, tous ceux qui ont publié des cas de malformations utérines déclarent avoir fait le diagnostic de tumeur, de kyste, de grossesse extra-utérine, de grossesse angulaire et parfois même d'annexite tuberculaire. Ça démontre avec toute évidence que le diagnostic est presque impossible ou au moins très difficile.

BRINDEAU et BÉCLÈRE ont rapporté un cas de grossesse normale dans un utérus double avec deux cols utérins. La présence d'un col biloculaire ou de deux vagins facilite le diagnostic, mais dans la plupart des cas il s'agit d'un col et d'un vagin unique.

Le fait sur lequel doit être fixée l'attention c'est l'âge de la puberté de la femme. Il paraît en effet que les femmes avec malformations utérines sont réglées plus tard que d'habitude et les règles, parfois douloureuses, sont très irrégulières.

En France l'âge moyen de la puberté est la douzième année : or la dame en question a été réglée à 15 ans et a toujours vu ses règles avec des retards.

Les affections plus fréquentes avec lesquelles on confond facilement la malformation utérine sont : 1° grossesse utérine avec fibrome ou tumeur annexielle ; 2° grossesse extra-utérine.

En tous les deux cas, ce qui peut aider le médecin est l'histoire de la femme mais il faut dire que ça a toujours une valeur relative, parce que la malformation se présente parfois avec la symptomatologie identique de la grossesse extra-utérine : absence de règles depuis quelques semaines, brusque apparition de douleurs, pertes sanguine, état de schok.

Si la femme est maigre et se laisse toucher docilement on peut avoir la chance d'atteindre les ovaires et les trompes normales ; alors la fréquente position latérale de l'utérus, la présence d'une masse qui fait partie intimement

(1) VIGNES et IMPARATO. — Gestation dans un cas de malformation utérine. (*Annales d'Anatomie pathologique*, mars 1928, p. 359.)

de l'organe, peut faire exclure la grossesse extra-utérine et faire penser à une malformation.

Dans une récente communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynégologie de Paris*, Desnoyers a illustré un cas où l'on avait diagnostiqué une grossesse angulaire et à l'opération on avait trouvé une malformation utérine.

Il y a des cas où se pose nettement la question : s'agit-il d'une grossesse extra-utérine, d'une tumeur annexielle, d'un fibrome ou d'une corne rudimentaire ? La réponse est très difficile. Il faut examiner la femme avec la plus grande attention et même sous anesthésie, s'il est nécessaire. Vider la vessie et étudier les rapports entre la masse, qu'on palpe dans l'abdomen et l'utérus : voir si cette masse appartient au corps ou au col.

Une masse mobile, douloureuse, qui suit les mouvements de l'utérus et qui est presque en rapport de continuité avec le corps est une grossesse extra utérine. En ce cas la recherche de la douleur dans le Douglas et de la douleur intercostale ou intrascapulaire, que décrit Laffont, peut avoir son importance. En outre, les signes d'une hémorrhagie interne confirment le diagnostic de grossesse extra utérine rompue, parce que une corne utérine ne se rompt jamais, même si elle est rudimentaire.

Si la masse est dure, peu ou point douloureuse et strictement adhérente au corps, c'est un fibrome ; si elle est peu dure ou à consistance pâteuse, c'est une tumeur annexielle.

Si, par contre, elle appartient au col, dont elle suit les mouvements et si l'utérus est en position latérale, c'est une corne utérine rudimentaire.

Mais souvent ou à cause de la douleur ou d'un excès de graisse de la paroi abdominale, on ne peut pas examiner ces caractères décrits.

Plus difficile est le diagnostic quand la grossesse arrive aux derniers mois : la corne rudimentaire alors se présente comme une petite masse adhérente à l'utérus et naturellement fait penser à un fibrome ; mais ce cas est plus favorable parce qu'on n'intervient pas, l'accouchement se fait normalement et après on peut étudier bien la femme en profitant de la souplesse des parois abdominales.

Une aide précieuse on peut la trouver dans le lipiodol si l'utérus n'est pas gravide ; en effet après l'injection, on voit qu'il pénètre dans la cavité utérine et dans la masse qu'on avait palpée auparavant.

En ce cas, naturellement, l'image radiographique élimine toute difficulté pour diagnostiquer la malformation ; mais il est prudent de se tenir prêt à l'opération pour quelque accident qui pourrait suivre l'injection.

A l'opération, ce qui frappe est la position latérale ou antéro-postérieure de l'utérus ; à côté, on voit une petite masse, qui est une corne utérine rudimentaire et que l'on ne reconnaît à l'insertion du ligament rond. Ce dernier en effet, au lieu de s'insérer sur le corps de l'utérus, symétriquement à celui du côté opposé, s'insère sur la corne rudimentaire.

Quatre enfants atteints de sclérose cérébrale dans une même famille, tous d'un même père alcoolique,

Par le Dr **Mathilde DE LARMINAT**,
Médecin de l'Œuvre Furtado-Heine.

Malgré ce sujet bien connu, de l'action néfaste de l'hérédité alcoolique sur la descendance, nous tenons à apporter une observation typique qui montrera le danger de cette hérédité, danger que la Société a le devoir de surveiller de très près dans sa lutte contre la dénatalisation ou dégénérescence de la race. Voici cette observation dans laquelle, après des recherches multiples, nous n'avons trouvé à incriminer que l'alcoolisme :

Premier mariage : Une fillette à terme, très bien portante, intelligence normale.

Deuxième mariage : A.H. Père bien portant, malgré sa maigreur, coléreux, brutal, *boit beaucoup*. Wassermann, Vernes plusieurs fois négatifs.

Mère excellente santé. Wassermann négatif. Cinq grossesses du deuxième mari.

Premier à terme, n'a marché que vers 2 ans et mal. Mort à 2 ans 1/2 de coqueluche.

Les quatre suivants furent tous atteints de la même affection.

A) Gustave, né le 2 juillet 1912 à terme (hémorrhagie de la délivrance).

Poids naissance : 3 kgr. 500, nourri au sein.

Première dent à trois mois, n'a jamais marché, fut cependant propre assez tôt. Strabisme congénital, aucune maladie en dehors d'une bronchite. Interné à Lille et voici les renseignements donnés par le docteur traitant : Imbécillité, dit son nom et gazouille « ya, ya » ; dit aussi quelques noms d'objets usuels, paraît susceptible d'amélioration. Oreilles élobulées.

Strabisme convergent. Asymétrie faciale. Appareil oculaire : pupilles égales. Bonnes réactions.

Rotuléens exagérés et plantaires normaux.

Pieds contracturés en équinisme. Impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Le petit malade devint gâteux vers l'année 1922. Actuellement il gâte très rarement et essaye de faire quelques pas si on le soutient. La paralysie paraît en régression.

B) Le deuxième, Pierre, né aussi à terme. Poids naissance : 3 kgr. 500, nourri au sein.

Première dent à quatre mois. A eu des convulsions, n'a jamais marché ni ne s'est jamais tenu assis. N'a jamais été propre. Aucune intelligence, ne parle pas. Aucune maladie autre que de l'impétigo. Interné à Lille : Idiotie, facies adipeux, oreilles malformées, dents crénelées, mal implantées.

Appareil oculaire : *strabisme convergent*, pupilles égales, régulières, bonnes réactions.

Rotuléens exagérés. Babinski des deux côtés.

Les pieds sont immobilisés en équin prononcé.

Atrophie musculaire considérable des membres inférieurs Impotence fonctionnelle, gâtisme, Est mort en 1927.

C) La petite Marthe que nous avons suivie au dispensaire, à terme ; poids naissance : 3 kgr. 050. Nourrie au biberon.

Première dent à quatre mois. Elle avait 21 mois quand nous la vîmes pour la première fois ; n'est pas propre, ne se tient pas assise. Quelques mots : papa, mama ; paraît comprendre, facies ouvert mais *strabisme convergent* assez prononcé. Essaye de sautiller quand on la met debout. Tient bien la tête. Bronchopneumo en février 1922.

Wass. négatif dans le sang et liquide céphalo-rachidien Tension liquide assez forte. Pas d'albumine, ni rien d'anormal. Vernes négatif.

Rotuléens paraissent exagérés. Pas de Babinski.

Examen oculaire : inégalité pupillaire.

Pupille droite plus grande que la gauche.

Pupille droite en mydriase sans aucune réaction ;

Pupille gauche légèrement dilatée, réagissant très faiblement à la lumière.

Strabisme convergent : OD —

Les papilles sont grises, mais pourtant légèrement rosés (gris-rosé). L'enfant voit. Les papilles sont entourées d'un large anneau de pigments choroïdiens. Examen fait par le Dr Marchal

Nous mettons l'enfant au sulfarsénol (10 piqûres à 2 cgr. pour commencer).

Après cette série l'enfant paraît (à titre d'essai), mieux se tenir. La mère dit l'état général meilleur.

L'examen électrique fut fait par le Dr Chaufour le 31 janvier 1922 : pas de troubles perceptibles dans les réactions électriques des muscles des jambes, des bras ni de la région lombaire.

Deuxième série de sulfarsénol. La mère disparaît pendant un an. Elle l'a fait soigner par du sérum Quinton sans aucun résultat.

W. toujours négatif (2 ans 1/2).

L'enfant a près de 3 ans, paraît comprendre, ne cause pas, se tient à peine assise, se sert de ses mains mais ne mange pas seule. Strasbisme très marqué.

Vers fin décembre l'enfant a eu *une crise* : yeux révulsés, trismus mâchoire, bave sans convulsions, anorexie forte avec constipation. Pieds froids et dents cariées (3 an).

Le pied droit se raidit plus que le gauche.

Babinski des deux côtés.

Se tient un peu debout en se soutenant.

Morte en 1923 de convulsions.

D) Suzanne, née à 8 mois ? Très petite à la naissance (La mère a eu des hémorrhagies pendant la grossesse). Fut élevée en couveuse et piqûres ??

Pas de diarrhée. Nourrie au sein pendant trois mois.

Deux dents à dix mois.

Très belle enfant, février 1923, donc à dix mois. Tient bien la tête, s'asseoit quelques secondes et bombe hernie ombilicale. *Très fort strabisme.*

L'enfant se sert de ses mains.

Exagération réflexes papillaires, rotuléens. Babinski des deux côtés.

L'enfant paraît éveillée et comprend.

W. — enfant, mère.

Série de sulfarsénol 26 cgr. en dix piqûres (à titre d'essai), examen oculaire après atropine par le Dr Marchal.

OD : amas de pigment choroïdien noir localisé zone externe. Papille rose sale.

OG : anneau de pigment choroïdien noir ; papille rose sale, strabisme convergent marqué.

Nous avons vu le père : homme maigre, très nerveux, paraît en bonne santé. W. —.

21 mars 1923 : rougeole, poids 6 kgr. 720, pâle, gros ventre. W. toujours néagtif. Vernes négatif.

Deuxième série : sulfarsénol, ponction lombaire ; légère hypertension, pas d'albumine. W. — dans le liquide, rien autre.

Examen électrique par le Dr Chaufour : Pas de troubles appréciables dans les réactions électriques des muscles des bras, jambes et région lombaire.

Le 12 juillet 1923 : reprise de sulfarsénol.

Le 4 septembre 1923 : raideur marquée des membres inférieurs. Huit dents à 16 mois.

La mère revient en janvier 1927, après une absence de trois ans. Nous dit avoir placé l'enfant à la Fondation Vallée.

Ne parle pas, ne marche pas, est gâteuse, raideur des membres inférieurs, se sert de ses mains, mais ne mange pas seule (5 ans). Equinisme marqué.

Nous avons demandé de ses nouvelles au Dr Roubinovsky, qui nous a confirmé le diagnostic : sclérose cérébrale avec idiotie. Pronostic sévère.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Comme quoi il n'était pas commode d'apprendre l'anatomie à Paris il y a cinquante ans.

Silhouettes de professeurs et de précieux amis.

Trêve aux souvenirs de la Bohème. *Paulo majora canamus,* en style virgilien. Muse austère de l'Anatomie, prends ta lyre et, sur la corde d'airain des revendications vengeresses, stigmatise le tohu-bohu qui régnait dans l'enseignement de la Science qui t'est chère sous le Décanat de l'atomistique et bouillant chimiste Wurtz, comme sous celui du souriant physiologiste et élégant compositeur d'Eloges historiques dont le nom fut Jules Béclard, mais toujours sous l'égide particulière du doux vieillard Philippe Sappey.

Je revois ce Maître, long et mince, dans sa redingote noire strictement boutonnée, son visage aux traits réguliers et fins encadré de cheveux blancs longs et soyeux, debout dans le grand amphithéâtre, tantôt promenant ses regards bienveillants sur ses auditeurs clairsemés, tantôt désignant de sa longue baguette les planches agrandies de *son* Traité d'anatomie descriptive. Trois fois par semaine, pendant un semestre, il discourait en phrases lentes et châtiées, décrivant très minutieusement tous les organes avec le soin principal de mettre en lumière les quelques différences qui existaient entre son livre récent et celui du grand Cruveilhier, toujours en faveur parmi les étudiants. Il insistait notamment sur les subdivisions qu'il avait décrites dans nombre de faisceaux musculaires et tendineux, nécessitant des dénominations plus longues que celles de son prédécesseur. Au rythme de son enseignement il eût fallu aux étudiants une dizaine d'années pour parcourir le cycle anatomique.

Ce charmant vieillard passait, dit-on, ses soirées à jouer aux dominos dans le vieux petit café *Tabourey*, proche de l'Odéon, où fréquentaient aussi des poètes, Barbey d'Aurevilly, Richepin ; ce lieu de repos devait tenir une bonne place dans son subconscient, s'il est vrai, comme on l'a raconté au Quartier latin, que plus tard, aphasique après un ictus, il ne prononçait plus que ce mot : Tabourey.

Si l'enseignement était théorique et soporifique, le professeur paraissait s'être complètement désintéressé des travaux pratiques de dissection, pour lesquels il y avait un chef dont j'ai oublié le nom et qui n'apparaissait guère dans les pavillons. L'Ecole Pratique n'occupait alors qu'une faible partie du terrain qu'elle couvre aujourd'hui. C'était l'Hôpital des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale de la Faculté qui, sur un perron de plusieurs marches, se dressait de l'autre côté de la place de l'Ecole de Médecine. Les pavillons de dissection se trouvaient resserrés entre le bâtiment du Musée Dupuytren et l'Hôpital.

Les étudiants du XXe siècle, accueillis dès leur arrivée dans les salles hautes et claires et propres de l'Ecole actuelle par une phalange de moniteurs, d'aides d'anatomie, sous la direction effective d'un chef des travaux conscient de ses devoirs, conduits près de cadavres soigneusement injectés de solutions antiseptiques, recevant d'abondantes explications et des conseils fraternels, interrogés périodiquement pour que leurs progrès soient assurés, sont d'heureux jeunes gens, — qui n'apprécient peut-être pas leur bonheur autant qu'ils le devraient. Mes enfants, si vous aviez connu les petits caveaux mal éclairés, empestés, de 1872, où, au milieu de la fumée des pipes indispensable pour combattre les relents de la pourriture cadavérique, nous nous escrimions, maladroitement pour la plupart faute de bons conseils, nous faisant souvent de graves piqûres anatomiques, sur les chairs successivement rougeâtres, violacées, puis vertes ou grisâtres, suivant le degré de la putréfaction et que les plus acharnés n'abandonnaient que quand ils n'avaient plus sous leur scalpel que « ce je ne sais quoi qui n'a de nom dans aucune langue », suivant l'Aigle de Meaux !

Par suite de je ne sais quelles conventions, les pavillons étaient partagés entre l'enseignement officiel et celui des professeurs libres, qui, sous l'Empire, à la suite de longues et acrimonieuses polémiques de Presse, accusant déjà l'insuffisance et l'exclusivisme de la Faculté, avaient obtenu le droit à une partie des cadavres non réclamés des hôpitaux, outre la portion dévolue à l'Ecole dite de Clamart, rue du Fer-à-Moulin, réservée aux seuls externes et internes.

Parmi les professeurs libres de mon temps on se montrait avec curiosité le vieux Dr Dupré, trogne de Silène, émergeant d'une redingote comme celle du philosophe Gustave Colline de la *Vie de Bohême*, mais dont les poches étaient bourrées d'opuscules anatomiques où le maître avait formulé en vers macaroniques des rubriques mnémotechniques à l'usage des mémoires paresseuses, rappelant l'antique *Jardin des racines grecques*. C'était le plus

(1) Voir le nº du 30 juin.

THÉRAPEUTIQUE SPECIALISEE

Contribution à l'étude de la diacétyldioxyphénylisatine. (Dr P. ANDRÉA, Thèse de Lyon, 1926-1927). — Les meilleurs laxatifs ont des inconvénients parfois graves : les sels donnent des coliques, le séné est emménagogue, l'huile de ricin est toujours mal acceptée, la rhubarbe donnent souvent des nausées et de la céphalalgie, l'aloès congestionne fortement le rectum et les organes abdominaux et tous les drastiques sont particulièrement irritants ; la phénolphtaléine elle-même a une action inconstante et offensante pour les reins, elle est capable de créer des lésions rénales. M. Andréa, dans sa thèse a étudié la diacétyldioxyphénylisatine ou isacène à laquelle, d'autre part, M. le Prof. Pouchet a consacré un travail excessivement important. La dioxyphénylisatine se présente sous la forme d'une poudre blanche cristalline, insipide, inodore, insoluble dans l'eau et les acides dilués, ce qui lui permet de traverser l'estomac sans subir de modification. En raison de sa composition chimique, l'isacène fait partie du groupe des laxatifs cathartiques dont l'action se produit d'une façon élective sur le côlon ; pour bien comprendre le mécanisme de toute action purgative, il faut d'ailleurs se référer à la magistrale étude du Prof. Pouchet. Ce produit ne présentant ni saveur, ni odeur, son utilisation par voie buccale s'imposait en quelque sorte : la pratique a prouvé que le dosage optimum était celui de granules contenant cinq milligrammes de substance active. Il est dès lors facile de faire ingérer graduellement le nombre de granules suffisant pour réaliser l'action laxative. La dose nécessaire varie évidemment selon les cas ou les sujets, chez les enfants, les vieillards, les femmes enceintes, les malades alités ou les adultes bien portants vaquant à leurs occupations. Comme avec tous les médicaments, il faut étudier la susceptibilité individuelle, mais il ne faut pas oublier que la toxicité de l'isacène doit être considérée comme nulle dans les limites de son action thérapeutique (Pouchet). L'isacène ne développe son action péristaltique que lorsqu'il est mis en contact avec la réaction alcaline du côlon où il se décompose en acide acétique et en dioxyphénylisatine ; ce dernier corps n'agit que sur le côlon, il ne lèse en rien la muqueuse, il n'est pas résorbé à ce niveau, il ne passe pas par conséquent dans la circulation sanguine et il est éliminé en totalité avec les fèces, ce qui explique son utilisation favorable chez les rénaux, l'innocuité de son emploi même chez les enfants, les femmes enceintes et les intoxiqués et la constance de son action même après des doses répétées.

Contribution à l'étude du traitement des infections septicémiques. (Docteur Madeleine UHRIG. Thèse Strasbourg 1927-1928.) — Dans un travail très documenté, l'auteur passe en revue les différentes méthodes thérapeutiques dirigées contre les diverses septicémies.

Il passe ici sous silence le traitement local qui est du ressort du chirurgien, du gynécologue, de l'accoucheur ou du médecin, et ne s'occupe que des moyens thérapeutiques internes mis en œuvre pour prévenir l'infection sanguine ou lutter contre la septicémie en pleine évolution.

Dans une première partie, Mlle Madeleine Uhrig groupe les *traitements spécifiques*, les chocs, les transfusions, les abcès de fixation. Dans une seconde partie, elle étudie la chimiothérapie, et c'est là surtout, la partie essentielle de ce travail.

La sérothérapie s'adresse à un très petit nombre de septicémies ; les *vaccins* donnent des résultats dans les infections à staphylocoques at à colibacilles. Ils agissent souvent par leur effet *choc*. L'*abcès de fixation* donne souvent d'heureux résultats, la transfusion, l'autohémothérapie, ont donné des succès.

Le traitement *chimiothérapique* des septicémies est l'objet d'une étude consciencieuse et approfondie. Mlle Uhrig étudie successivement le mercurochrome, la trypaflavine, la septicémine, l'optochine, l'yatren.

Le *mercurochrome*, venu d'Amérique, est le sel de sodium du dibromoxymercury-fluorescéine, qui contient 25 % de mercure. Il est employé sous forme de solution au 1/100e à raison de 5 millig. par kilog. du poids du corps. Il est administré par injections intraveineuses et paraît assez discuté comme efficacité.

La *trypaflavine*, venue d'Allemagne, s'emploie en injections intraveineuses solution à 2 %, à doses croissantes tous les trois jours : on commence à 30 ou 40 cc. pour atteindre 60 cc. L'injection est suivie de constriction de la gorge, congestion de la face, chaleur périnéale, souvent palpitations, angoisses, vertiges, quelquefois vomissements. Parfois, on voit quarante-six heures après l'administration du colorant « le coup de soleil acridinique » photosensibilisation aux rayons de soleil. S'administre par doses de 5 cc. intraveineux d'une solution d'abord à 1 % puis à 2 %. Ne pas prolonger plus de huit jours pour éviter l'intoxication hépatique avec subictère.

L'*optochine*, produit allemand, appliqué au traitement de la pneumonie, a donné lieu à des accidents graves du côté de l'œil, allant jusqu'à la cécité, et du côté des oreilles.

La *septicémine*, produit français, ou diformine-iodo-benzométhylée, est un corps individualisé résultant de la combinaison d'hexaméthylènetétramine et d'iode en présence d'un corps benzométhylé. La septicémine contient 33 % d'iode et 45 % de formine.

De toxicité pratiquement nulle, elle a une diffusion rapide et profonde dans tout l'organisme (Maloëns). « Elle se caractérise donc particulièrement, dit Mlle Uhrig, par son innocuité absolue vis-à-vis du malade. Elle exerce une influence heureuse sur la température qui baisse généralement en lysis jusqu'à la normale et s'y maintient si les injections sont faites en nombre suffisant et pendant assez longtemps. »

Elle s'injecte par voie ou intra-veineuse ou intra-musculaire, à la dose de 4 à 16 cc. par vingt-quatre heures, mais dans les cas graves on peut aller jusqu'à 20 et 24 cc.

L'auteur rappelle les résultats remarquables obtenus par le Professeur Schickele (de Strasbourg) avec la septicémine, dans le traitement des infections puerpérales, résultats qui concordent d'ailleurs avec ceux publiés par le Professeur Guéniot (de Paris) et son élève Aurel (thèse Paris, 1928.

La septicémine trouve d'ailleurs ses indications dans toutes les infections généralisées, dans toutes les septicémies et dans les pyemies.

L'*yatren* est l'acide sulfonique de l'iodoxyquinoline auquel on ajoute du bicarbonate de soude. Jusqu'alors il n'a été employé qu'en Allemagne.

Ce très important travail se termine par une partie clinique relatant une série de cas dans lesquels ces différents antiseptiques ont été employés.

Le bismuth colloïdal dans le traitement de la syphilis. (DEKEYSER, *Bruxelles Médical*, n° 27, 6 mai 1928.) — L'auteur a voulu se rendre compte de l'efficacité des sels de bismuth aux différentes périodes de l'infection syphilitique. Il a employé, à cet effet, le bismuthion, dont il a fait analyser quelques ampoules pour doser la quantité de Bi qui y fut reconnue uniforme et exacte. Ses essais se rapportent à 66 cas dont il donne les observations en détail, et qu'il divise en :

1° Malades n'ayant pas subi de traitement antérieur (22 cas) ;
2° Malades ayant subi antérieurement un traitement (39 cas) ;
3° Hérédosyphilis.

Les 66 observations renseignent l'allure clinique et sérique de l'infection et les différentes thérapeutiques qui furent employées.

Des résultats obtenus, l'auteur conclut :

1° Que le bismuth colloïdal a une action curative sur la syphilis à toutes ses périodes ;

2° Que cette action curative est lente pour la syphilis primaire et secondaire ;

3° Que, par contre, dans les lésions tertiaires, l'action du bismuthion est puissante sur les accidents nerveux (tabès, douleurs ostéocopes, névrite optique, guérie après deux séries par exemple) :

4° Que dans 50 % des cas la réaction sanguine est influencée favorablement, la réaction B.-W. tombe à zéro et persiste ;

5° Que l'innocuité absolue du traitement en fait une médication de choix, dont l'action bactéricide énergique semble due à la forme sous laquelle le Bi y est présenté.

souvent à une table de brasserie que, dans les dernières années de sa carrière ; l'anatomiste mnémotechnicien donnait des leçons à des disciples de plus en plus rares et comme lui amis des apéritifs. Ce pauvre « père Dupré » avait failli avoir à rendre des comptes à la justice militaire ; car la Commune, en remplacement de Wurtz destitué, l'avait proclamé doyen de la Faculté, à défaut de l'agrégé Naquet défaillant.

Mais le type du professeur libre, le seul qui fît recette, était Fort, anatomiste et chirurgien ; pour des raisons que j'ai oubliées il n'avait pu entrer dans les cadres officiels, mais était l'auteur de manuels assez bien faits, que nous avions presque tous entre les mains. Il avait de nombreux élèves payants, qui disséquaient sous sa direction, mais la bourse de bien des étudiants n'était pas assez garnie pour qu'ils pussent ajouter ces frais au droit des inscriptions et au droit spécial pour les travaux pratiques.

De mon temps, l'étudiant « moyen », (comme dit le grand maître actuel de l'Université), celui qui précisément n'avait pas les moyens de prendre des leçons particulières, se voyait délivrer un morceau de carton, sur la présentation duquel il avait droit, de temps en temps, à une fraction (1/5e) de « machabée » — membres, tête ou tronc — le jour où la distribution en était faite dans un coin sombre et étroit de l'Ecole par des garçons brutaux et alcooliques, mais accessibles aux pourboires.

On disait, et c'était vraisemblable, que le professeur libre, grâce à des gratifications données aux distributeurs de cadavres, réussissait à accaparer le plus grand nombre de ceux-ci. On a même accusé certain secrétaire de la Faculté d'avoir trempé dans des combinaisons louches à ce sujet. Ce qui est certain, c'est que les étudiants de la Faculté n'obtenaient qu'à de rares intervalles leur pâture anatomique (si j'ose m'exprimer en ce style de carabin anthropophage). Je me souviens de n'avoir « touché » qu'un bras en un trimestre.

Le Dr Fort, rival heureux de la Faculté, avait d'ailleurs un remarquable talent d'enseignement ; comme il était tenu de faire un certain nombre de leçons théoriques gratuites, j'assistai à quelques-unes dans une des petites salles noires, aux murs crasseux et suintants, abandonnées à l'enseignement libre, où moi-même, quinze ans plus tard, j'ai fait un cours ! Quand Fort faisait sa leçon, ce minuscule amphithéâtre était bondé d'auditeurs. Le professeur, d'un pinceau agile trempé tour à tour dans des pots de couleurs diverses, tout en parlant avec volubilité, mais clarté, traçait avec une précision saisissante sur le tableau noir l'organe ou la région qu'il décrivait : muscles, aponévroses, vaisseaux et nerfs étaient mis en place et sur le schéma les régions les plus compliquées apparaissaient d'une simplicité rassurante. J'ai vu et entendu plus tard Tillaux, puis Farabeuf procéder à peu près de même, le premier avec une bonhomie chaleureuse, le second avec un enthousiasme tantôt concentré, tantôt expansif et une autorité impressionnante, mais guère mieux, à ce qu'il me semblait, que l'étrange Fort, qui, après avoir joui de tant de réputation et gagné probablement beaucoup d'argent dépensé sans mesure, quitta Paris pour exercer la chirurgie dans l'Amérique du Sud et finit je ne sais comment.

Mais, si claires que soient des démonstrations théoriques, elles ne suffisent pas et je crois bien que je n'aurais jamais réussi à savoir le minimum d'anatomie nécessaire pour le premier examen de doctorat d'alors et le concours de l'Internat sans le bienveillant patronage d'Edouard Quénu, alors interne, qui donnait des leçons à Clamart avant d'y devenir prosecteur.

Quand je le vois aujourd'hui, ce grand chirurgien émérite, membre de l'Institut, siéger comme vice-président de l'Académie de médecine, et quand je songe au bien qu'il m'a fait, à tant de services qu'il m'a rendus au cours de nos deux existences, je sens mon vieux cœur déborder de reconnaissance et d'affection pour lui.

Je lui avais été présenté par un de ces Monod, qui ont aussi marqué souvent dans ma vie. Etait-ce Charles, notre aîné, déjà parvenu aux échelons supérieurs de la hiérarchie hospitalière et universitaire, que j'ai vénéré comme un juste, ou son cousin Eugène, qui au cours de l'internat partit comme chirurgien volontaire pour assister au siège de Plewna et devint ensuite chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, ou Frédéric, son frère, qui renonça à l'internat pour un mariage d'inclination et fut praticien à Pau ? Autant de braves gens, intelligents, ardents au travail, amis dévoués et indulgents aux faiblesses d'autrui ; deux ont disparu, laissant des fils à leur image, que j'ai eu la joie de compter parmi mes élèves au début de leurs études, Robert et Raoul, chirurgiens des hôpitaux.

Quand j'évoque le souvenir d'Eugène et de Frédéric Monod, je revois le petit logement qu'ils occupaient rue de Seine au dernier étage de la maison la plus bourgeoise, bien qu'un bohème comme moi y fréquentât souvent et aussi le cher, bon et grand Adolphe Jalaguier, travailleur régulier lui, qui, pendant son internat, s'accordait toutefois un après-midi hebdomadaire, de distraction. On le voyait arriver ponctuellement, s'étendre sur un lit, trop court pour sa haute taille, et réclamer *le* Roman commencé ; c'était invariablement « Monsieur, Madame et Bébé », de Gustave Droz, le succès étourdissant d'alors, à peu près oublié. Jalaguier lisait quelques pages de cet aimable et reposant petit volume, puis T... s'endormait profondément jusqu'à l'heure où il convenait d'aller faire sa contre-visite à l'hôpital ; il recommençait la semaine suivante et n'allait guère plus loin ce jour-là ! Quand le propriétaire du livre, eut fini ses études et l'emporta jauni et disloqué, je crois qu'Adolphe ne l'avait pas lu en entier. Et cependant il avait le respect de la littérature même la plus ancienne ! Pauvre ami, quelques jours avant sa brusque mort, il nous avait émerveillés, Barth et moi, en récitant imperturbablement *en grec* les dix premiers vers de l'Iliade. C'est un trait de sa vie que J.-L. Faure a ignoré dans la belle notice bibliographique lue à l'Académie.

Mais je m'écarte de mon sujet, l'enseignement de l'anatomie, tel que l'Alma Mater le dispensait alors à la majorité de ces nourrissons.

L'anatomie micrographique, l'histologie, était officiellement enseignée par Charles Robin, alors coryphée en France de ces études dans lesquelles il ne tarda pas à avoir Ranvier pour rival. Les cours théoriques de Robin n'étaient guère plus suivis que ceux de Sappey ; ils étaient vraiment trop rébarbatifs. Cet homme si savant, ce dignitaire de l'Ecole positiviste, avait malheureusement adopté le style du fondateur Auguste Comte et non celui de son collaborateur Littré. On arrivait à comprendre ses phrases écrites, quand on les lisait attentivement, mais sa langue parlée était vraiment un maquis trop fourré dans lequel on s'emberlificotait.

S'il avait pourtant quelques auditeurs, c'était parmi les étudiants qui étaient sur le point de subir leur examen d'histologie ; car, soit en se plaçant au premier rang de l'amphithéâtre dans l'espoir d'être reconnus par le professeur comme des auditeurs fidèles, soit en recueillant quelques bribes de la manne répandue par lui, ils se flattaient d'adoucir l'examinateur sévère, d'aspect réfri-

gérant, « qui collait » impitoyablement la plupart des candidats sur son Traité des humeurs.

Quant aux travaux pratiques d'histologie, je crois bien que la Faculté ne possédait qu'un nombre dérisoire de microscopes que bien peu d'élèves pouvaient s'exercer à leur maniement dans ce laboratoire, qui fut plus tard dirigé par Gaucher, Variot et Launois.

A cette époque, il existait dans la défunte rue du Jardinet, sur l'emplacement de laquelle se trouve, je crois, la librairie Masson, un laboratoire d'histologie zoologique, sous la haute direction de Ch. Robin, avec Georges Pouchet, professeur au Muséum, comme sous-directeur. C'est dans cette vieille bâtisse qu'un jour m'entraîna Ernest Gaucher, futur professeur de dermatologie et syphiligraphie, en sortant du restaurant où nous avions noué d'amicales relations. Il n'y était encore qu'apprenti, mais il me présenta et d'abord m'apprit à couper au rasoir et à main levée (le microtome n'était pas en usage) des fragments... de truffes ; la consistance de leur tissu en était idoine et les coupes permettaient déjà de prendre une idée des cellules végétales.

Dix ans après, interne de l'aliéniste Legrand du Saulle, qui, grand collectionneur d'anecdotes, aimait à faire bavarder ses élèves, je lui contais mes débuts comme micrographe ; ouï ce rapprochement entre le laboratoire de Ch. Robin et les truffes, mon chef s'esclaffa d'un rire homérique proportionné à sa massive structure et me dit : « Mais ces truffes, c'était Mme Goujon qui les payait probablement ! Ch. Robin, dînant tous les soirs en ville, avait son couvert mis une fois par semaine chez son ami le Dr Goujon et les familiers entendaient souvent la maîtresse de maison recommander à la cuisinière de ne pas oublier les truffes pour M. Robin. Grand amateur de ce tubercule succulent, il lui en fallait toujours une demi-livre sous serviette à portée de sa main. Peut-être en mettait-il dans sa poche pour alléger par cette prestation en nature les frais du laboratoire, dont les crédits étaient bien maigres. »

Et puisque j'en suis à parler de Gaucher, qui entreprit de me déniaiser en micrographie, je saisis l'occasion de dire que par une fréquentation quotidienne j'appris surtout à découvrir les solides qualités que cet homme peu banal, bourru à l'instar de Ch. Robin son maître, dissimulait comme à plaisir sous une écorce rugueuse et épineuse.

Il s'était fait bien des ennemis par sa causticité ; il aimait passionnément la contradiction et cultivait avec dilection le paradoxe, quoiqu'il fût au fond plein de bon sens. Quelques années après notre fréquentation du Jardinet aux truffes, étant interne provisoire à l'hôpital Cochin avec Albert Cayla, je retrouvai Ernest (tout le monde l'appelait ainsi en vertu du succès d'une chanson de l'époque : « Ernest a mauvais caractère... »). Comme interne de 4e année dans le service de Bucquoy, il présidait la minuscule salle de garde du vieil hôpital (amas de grises pierres séculaires alors, aujourd'hui vaste palais de briques.) Lorsque Cayla et moi, nous vînmes prendre place à la table du déjeuner, avec la déférence de garçons dont la calotte n'était pas définitivement conquise, Ernest réédita d'un ton péremptoire à peu près le premier vers de Ruy Blas, quand don Salluste s'adresse à son domestique : « Provisoires ! fermez la porte, ouvrez cette fenêtre ». Estomaqués, nous nous redressons, nous gardant bien d'« obtempérer », comme on disait à la caserne au temps du volontariat. Alors Ernest se tordit de rire, et aussi Tuffier, et Ricard et Paul Gallois, internes du silencieux chirurgien Théophile Anger et même Dieterlen, mélancolique interne du service d'accouchements attristé probablement d'y avoir pour chef un chirurgien peu antiseptique.

Cher Gaucher, j'ai cherché à te peindre tel que je t'ai connu, ô père de la formule fameuse : « Le bouillon de viande est une décoction de poisons » ; notre maître commun, Bouchard, t'estimait pour ta franchise et t'aimait pour ton esprit net, quoique subtil et primesautier. Mais jamais justice ne t'a été aussi bien rendue que par ton élève Emile Sergent, dont, après ton agonie abominable, stoïquement supportée, je n'ai pu lire la notice nécrologique sans avoir les yeux pleins de larmes.

(*A suivre.*)

Paul LE GENDRE.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Physico-chimie.

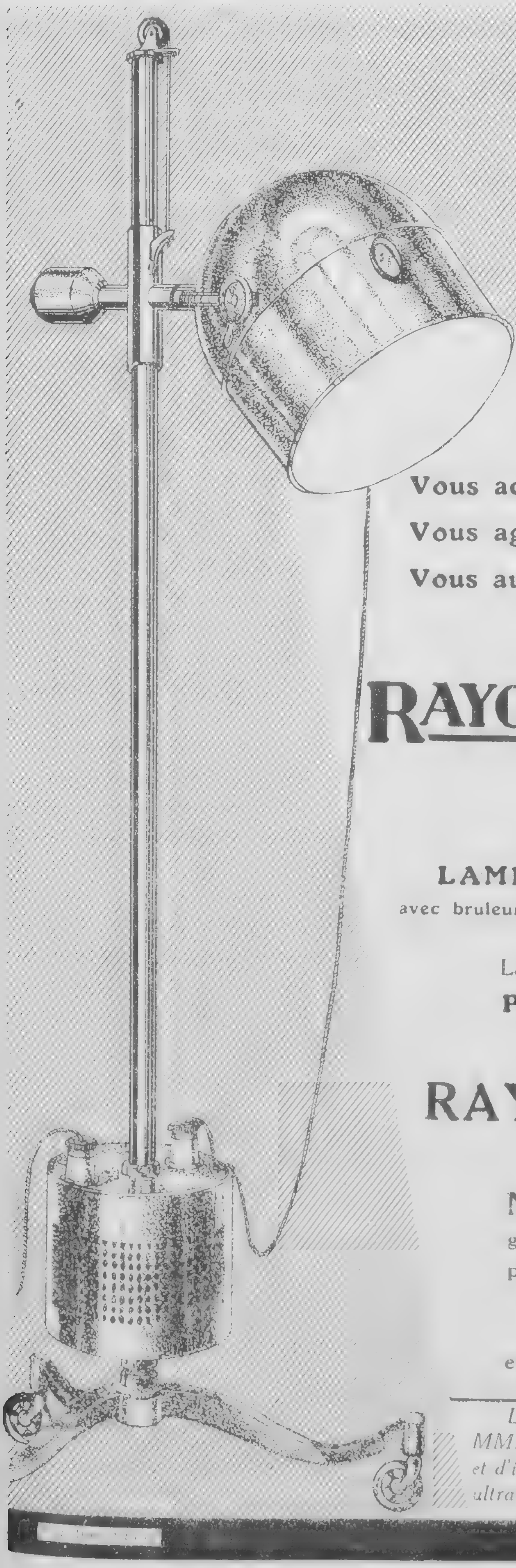
Les théories modernes sur la constitution de la matière (atomisme moderne) sont le résultat de l'application des rayons X à l'étude de la chimie ; les progrès obtenus semblent *assez définitifs* pour servir de base à l'interprétation de nombreux problèmes médicaux. L'étude scientifique et philosophique d'Albert Morel, parue dans l'excellente revue technique qu'est le *Journal de Médecine de Lyon* (5 mars 1928) est destinée à établir les quatre bases scientifiques actuelles sur lesquelles repose la chimie : 1° démonstration de la réalité de la discontinuité de la matière et de l'existence des atomes ; 2° définition nouvelle et expérimentalement vérifiable de l'élément chimique avec une classification périodique des 92 éléments ; 3° conception de l'unité de la matière, basée sur la pénétration dans la constitution intime des atomes ; 4° théorie électronique de la valence, qui permet de comprendre, d'interpréter, voire même de prévoir, le mécanisme des principaux types de réactions chimiques.

Chirurgie.

En présence d'un syndrome d'occlusion, il est indispensable d'être fixé sur la conduite à tenir (M. Chaton, *Revue médicale de la Franche-Comté*, 15 mai 1928). Ce qu'il ne faut pas faire : 1° aggraver les accidents par un purgatif intempestif et redoutable ; 2° rechercher le calme trompeur de la morphine qui retarde le diagnostic. Ce que l'on peut faire (à condition de ne pas s'y attarder) ; 1° calmer le spasme par l'ingestion de belladone ou l'injection d'atropine ; 2° hydrater l'organisme avec du sérum salé ou hypersalé ; 3° tenter de désobstruer par lavement sous faible pression. Ce que l'on doit faire : intervenir : deux actes opératoires sont possibles ; l'un palliatif, indirect, l'anus artificiel, l'autre direct, sur l'obstacle ; dans le cas de doute, il y a moins de danger à pratiquer une laparotomie blanche qu'à laisser passer l'heure chirurgicale favorable.

Tuberculose.

La destination à donner aux tuberculeux varie suivant les formes cliniques et peut se schématiser ainsi (Maurice Perrin, *Revue Médicale de l'Est*, 15 décembre 1927) : 1° Formes cicatrisées : toutes les destinations voire même exceptionnellement les cures hydrominérales ; 2° formes torpides : climats stimulants (altitudes élevées : mer avec des nuances, mais surtout Côte d'azur et certaines stations de l'Océan) ; 3° formes peu actives, à poussées évolutives assez espacées : altitudes moins élevées de l'arrière-pays



de la Riviera, de la forêt d'Arcachon, parfois des stations abritées du littoral (Menton, Beaulieu) ou cure de repos en haute mer ; 4° formes à poussées plus graves : stations de moyenne altitude, sanatoria de la plaine ; 6° formes très graves, très évolutives : climats de plaine, climat sédatif de Pau, hôpitaux-sanatoria de la région du malade salles d'isolement des hôpitaux généraux, et souvent aussi domicile des malades.

Syphilis.

Les cures intermittentes à rythme discontinu doivent céder la place aux *cures continues prolongées.* E. Gaujoux et M. Bourret s'élèvent contre l'anarchie syphilithérapique actuelle (*Marseille médical,* 15 mars 1928), envisagent une *révision* de nos méthodes d'application médicamenteuse et formulent de la manière suivante leurs préceptes de cure en dehors de toute préférence pour le mercure, l'arsenic ou le bismuth : 1° Le diagnostic de syphilis indiscutablement établi, il y a lieu de procéder à un traitement d'attaque intensif et prolongé pendant six mois au moins, un an au plus, et cela sans arrêt, malgré les données sérologiques les plus favorables, sans limite autre que celle imposée par une saturation médicamenteuse qu'il y a lieu de maintenir longtemps, mais qu'il ne faut pas dépasser sous peine de devoir interrompre une médication dont la valeur se double par la durée, à condition de surveiller régulièrement le parfait fonctionnement des organes éliminateurs et en sachant doser, comme alterner suivant les circonstances, les divers agents de l'arsenal anti-syphilitique ; il est preque toujours possible d'assurer sans inconvénients cette continuité thérapeutique particulièrement désirable. Le traitement d'attaque une fois réalisé ainsi, sans arrêt, pendant au moins six mois, ou bien le malade n'a plus fait d'accidents, tandis que sa sérologie (sanguine et céphalo-rachidienne) reste effectivement ou partiellement positive et on continue le traitement comme précédemment ou bien il n'a plus d'accidents depuis les deux premiers mois du traitement d'attaque et sa sérologie (sanguine et céphalo-rachidienne) reste négative ; on suspend alors toute médication, mais sans négliger par la suite de soumettre le malade à un véritable conseil de révision tous les six mois ; de toutes façons, ou fait tous les ans une cure de consolidation thérapeutique d'au moins quatre mois de durée effective et sans arrêt, pendant trois ans. 3° Tout document sérologique sérieusement établi, toute récidive clinique toute manifestation secondo-tertiaire authentique prouvent l'insuffisance du traitement qui n'a pas arrêté l'évolution de l'infection ; il faut donc agir comme s'il s'agissait d'établir une offensive thérapeutique initiale et traiter sans arrêt jusqu'à guérison clinique et sérologique confirmée.

Les ictères de la syphilis secondaire sont aussi variés que fréquents (J. Gaté et P. Barral. *Journal de médecine de Lyon,* 20 mai 1928) ; il y a donc lieu d'en bien connaître les différentes formes. 1° Les ictères syphilitiques secondaires comprennent l'ictère préroséolique assez rare et disparaissant rapidement sous l'influence du traitement spécifique, l'ictère simple, précoce et bénin et l'ictère grave tardif et plus rare ; les ictères hémolytiques et hémolysiniques sont exceptionnels. 2° Les ictères arsénobenzoliques apparaissent au cours ou en dehors du traitement ; ils peuvent être considérés soit comme toxiques soit comme syphilitiques (réaction d'Herxheimer hépatique, ictère par conflit thérapeutique, hépato-récidive), bien qu'il soit le plus souvent impossible de faire le départ entre ces deux variétés ; ils commandent toujours la suppression de l'arsénobenzène. 3° Les ictères de coïncidence surviennent chez des sujets en pleine syphilis secondaire sans être pour cela de nature syphilitique ; il n'est pas certain toutefois que le traitement n'ait pas joué un rôle dans leur déclanchement.

Toute syphilis nerveuse est justiciable du traitement spécifique, avec des résultats variables suivant la forme et la localisation des lésions (L. Rimbaud, *Sud médical et chirurgical,* 15 avril 1928). Dans les syphilis jeunes du système nerveux, comme la méningite syphilitique secondaire, dans les cas de gommes cérébrales ou médullaires, le traitement sera à peu près à coup sûr remarquablement actif. Dans le tabes, les médications mercurielles, arsenicales et bismuthiques donnent le plus souvent des résultats favorables et paraissent « fixer » la maladie. Dans la paralysie générale, le traitement antisyphilitique est justifié ; il est souvent mal toléré et expose parfois à des poussées évolutives graves ; des procédés thérapeutiques mis à l'étude (malariathérapie, pyrétothérapie) le rendront peut-être un peu plus sûr, plus actif et moins dangereux. Dans l'artérite des centres nerveux, artérite cérébrale surtout, le traitement spécifique ne peut pas être refusé au malade ; en présence d'accidents déclarés, de lésions établies, les résultats sont incertains : un hémiplégique syphilitique en contracture ne retirera vraisemblablement aucun bénéfice de la thérapeutique : le traitement appliqué ne peut agir que pour prévenir de nouvelles manifestations artérielles menaçantes ; mais il risque, à une certaine période d'application, de réactiver un processus artériel latent.

Pathologie exotique

La proportion des syphilitiques et des pianiques est considérable en Indochine, 60 % environ, soit douze millions sur une population indigène de vingt millions ; les ressources budgétaires étant insuffisantes pour couvrir les frais du traitement, Lenoir propose dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale d'Indochine,* (octobre- novembre 1927) une médication bismuthque à la fois efficace et économique répondant à la formule suivante :

Gaïacol	1 gramme.
Salicylate de bismuth	10 grammes.
Huile d'olive	100 centicubes.

La suspension est tyndallisée par chauffage au bain-marie. Les doses sont de 3 cc. pour l'adulte, le nombre de piqûres de huit, l'intervalle de trois jours, le repos entre deux séries d'un ou deux mois. La stabilité de la solution permet des dosages exacts ; la simplicité et la facilité de la préparation, le coût modéré de la matière première, l'inutilité des ampoules donnent à l'assistance la possibilité de mener à bien la prophylaxie par le traitement, dont la dose revient seulement à un cent de piastre.

Devant une recrudescence des cas de peste sur les Hauts-Plateaux et notamment dans la province de Tananarive, il était indispensable de faire intervenir la pratique de la vaccination antipesteuse (*Bulletin sanitaire de l'Algérie,* février 1928). Bien que l'obligation de cette mesure prophylactique n'ait pas été imposée, les indigènes des régions contaminées se sont présentés en nombre considérable ; à la fin de 1927 plus de 20.000 personnes avaient été vaccinées avec le vaccin provenant de l'Institut Pasteur de Paris. Depuis l'application en masse de ces mesures dans la ville et la province de Tananarive, les cas de peste ont notablement diminué.

Varia

Un certain nombre de dyspeptiques, d'entéro-colitiques, de faux appendiculaires sont d'authentiques tuberculeux, (F. Masselot, de Tunis).

La guérison de la tuberculose est une affaire de volonté et de discipline (G. Roux, du sanatorium de Mardor).

A vrai dire, le pouvoir antitoxique d'un sérum antidiphtérique ne traduit pas exactement sa valeur thérapeutique : le sérum dont le titre est le plus élevé n'est pas toujours celui qui guérit le mieux. D'autres qualités sont à envisager : le pouvoir préventif par exemple. (V. Bilouet, de Lille).

On m'excusera de revenir sur la question du traitement du tétanos et de l'importance qu'il y a à enlever la plaie d'entrée *même lorsqu'elle est cicatrisée.* C'est là la notion, non

pas utile certes, car on peut facilement la déduire de tout ce qui a été dit sur le traitement du tétanos, mais utile à rappeler à tous, même aux chirurgiens (Leclerc, de Dijon)

La thérapeutique symptomatique, celle qui se contenterait d'opposer un médicament à un symptôme, en pathologiqe digestive plus qu'en toute autre, exposerait à des déceptions. Ici, comme toujours, le médecin doit s'appliquer à être un étiologiste. (G. Coupu, de Rennes).

J. LAFONT.

CHRONIQUE

Psychanalyse. — HERZBERG a parlé récemment à la *Société de Médecine de Berlin* des bénéfices thérapeutiques de la psychanalyse. La psychanalyse n'agit pas seulement de façon spécifique en décelant les complexes du subconscient, mais aussi par des mécanismes non spécifiques : faire diversion, donner le sentiment de la discipline, donner l'impression que quelqu'un comprend le malade et s'intéresse à lui etc.

L'élimination de l'iode, au cours des psychoses, a été étudiée par HOFF et STRANSKY (*Wiener Klin. Woch.*, 24 févr 1927, p. 248): on a dosé l'iode dans les urines après ingestion d'un demi-gramme d'iodure de sodium. L'excrétion est plus lente dans les états mélancoliques et plus rapide dans les phases maniaques. Dans la schizophrénie, pas de résultats constants.

Les effets thérapeutiques du calcium ont été étudiés par BLUM et CARLIER (*Presse médicale*, 25 février 1928) en ce qui concerne le traitement de l'ascite cirrhotique. Ces auteurs ont employé le chlorure de calcium à haute dose ; jusqu'à 360 gr. de sel *sec* en douze jours et au moins de 10 grammes par jour. Il convient de prescrire en même temps une sévère suppression du chlorure de sodium. Dans ces conditions, on obtient une notable action diurétique et un assèchement des tissus.

L'Influence de la gestation sur les dents vient d'être étudiée par TOVERUD. (*Norsk Mage. f. Lægev.*, mars 1927, p. 169). Les caries seraient fréquentes et liées à l hypocalcémie qui, elle-même, témoignerait d'une modification du métabolisme calcique. Il convient de signaler ici une importante contribution à ce sujet, dont la conclusion est que la gestation n'a aucune influence sur la production de la carie. Elle est due à ZISKIN. (The incidence of dental caries in pregnans wosnen. *Amer. Journ. of Obst.* nov. 1926, p. 710.)

Dans le même ordre d'idées, signalons un travail de BOCK sur le métabolisme du calcium chez la femme enceinte. (*Arch für Gyn.*, 1927, tome 131, p. 28) : il a déterminé la calcémie avant et après ingestion de calcium sans trouver de différences entre les femmes enceintes et les témoins.

Calcémie. — La calcémie est augmentée dans toutes les suppurations et le pus est riche en calcium. (SCHULZE et SCHELLER. Taux calcique du sang et du pus. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1925, **136**, 763.)

Dans l'urémie, on observe une augmentation du potassium et une diminution du calcium. (HARTWICH et HEESEL. Potassium, calcium et chlorure de sodium dans les diverses formes d'urémies expérimentales. *Klinische Wochenschrift*. 8 janvier 1928.)

Phosphatémie. — Le phosphore minéral et le phosphore des lipoïdes est augmenté dans les néphrites subaiguës. (F.-B. BYRON et H.-D. KAY. Le phosphore du sang. *British Journ. of exp. patho*, déc. 1927, p. 429). MOREL et AALAM (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1928, t. XCVIII, p. 1344) ont constaté que le phosphore organique augmente par rapport au phosphore minéral au cours de la tuberculose pulmonaire.

Dans le plus grand nombre des cas, il y a balancement dans le sang entre le phosphore minéral et le phosphore organique (lipoïdique, protéinique, éthérifié). (FLORENCE, *Bull. de la Soc. de chimie biol.*, déc. 1927).

Il y a chute de la phosphatémie après insuline, en même temps que s'installe l'hypoglycémie. (FLORENCE, *loc. cit.* et KUBOKAWA, Zur Frage der Insulin-hypophosphatämie. *Tohoku J. of exper. Med.* t. V. 1925, p. 438.)

Phosphatémie et calcémie. — HENRY et EBELING on noté que la teneur du sang en phosphore et calcium est normale dans la démence précoce, diminuée chez les déprimés, augmentée chez les maniaques. (*Archives of Neurology and Psychiatry*, juillet 1926, p. 48.)

Glycémie. — La glycémie, étudiée par H. J. JOHN chez 22.808 échantillons provenant de sujets non diabétiques, a varié de 0.8 à 1.8 dans le plus grand nombre des cas. Mais, dans 1.791 cas, il y a eu des chiffres bas, variant de 0,3 à 0,75. (Studies of 22.808 Blood Sugar estimations. *Annals of intern. med.*, janvier 1928, p. 470.

Cholestérol. — L'excitation du sympathique par l'adrénaline augmente la cholestérolémie. (GLASER. Rapports entre le système nerveux végétatif, etc. *Klin. Woch.*, 10 décembre. 1927, p. 2377). Inversement, le cholestérol provoque au niveau du cœur perfusé un état sympathicotonique, tandis que la lécithine provoque un état vagotonique.

GRIGAUT a établi qu'il y a dans le sang un peu moins de cholestérine que de lécithine, le rapport des deux substances étant de 89 % environ.

TAMCHÈS, en employant la méthode de GRIGAUT, a étudié le rapport L/C. Le rapport baisse dans la néphrite hypertensive, dans le xanthélasma, dans la cirrhose par ce qu'il y a hypercholestérolémie. Il était élevé dans un cas de diabète insipide et dans un cas de vomissements gravidiques.

Dans le diabète, le rapport a varié de 0,61 à 1.02 avec maximum de fréquence entre 0,80 à 0,85, ceci par hypercholestérinémie. Dans les cas graves, le rapport est souvent inversé 1.1, 1.3, 1.5 et jusqu'à 2.3 par excès de lécithine. L'insuline ramène alors le rapport dans des limites normales.

MARMEAUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1928.

Forme suppurative du cancer hilaire du poumon. — **MM. P. Harvier** et **A. Lichtwitz** présentent l'observation et les pièces d'un cancer hilaire à point de départ bronchique qui pendant près de quatre mois a évolué sous le masque d'une suppuration broncho-pulmonaire (fièvre à grandes oscillations, expectoration purulente abondante, signes cavitaires de la partie moyenne du poumon gauche), sans qu'on ait pu reconnaître, à aucun moment de l'évolution, les signes habituels du cancer.

La suppuration était en rapport avec une caverne néoplasique circonscrite développée aux dépens de la bronche souche du côté gauche, sans aucune autre localisation suppurative des bronches extra-hilaires ou du parenchyme pulmonaire. Une image radiologique d'un type assez spéciale, observée avant et après lipiodol, correspondait exactement au siège de la néoformation.

Pigmentation cutanéo-muqueuse avec insuffisance pluriglandulaire et modifications de la thiémie. — **MM. Rouillard** et **Barreau** présentent une femme de 34 ans, qui est atteinte depuis deux ans d'une pigmentation cutanéo-muqueuse très accentuée, avec hypotension artérielle, mais sans épuisement rapide de la force musculaire. On note les signes d'une insuffisance pluriglandulaire, aménorrhée depuis 13 ans, hypothyroïdie ; le soufre du sang est augmenté, et particulièrement le soufre non oxydé, ce qui, d'après Loeper, s'observe dans les insuffisances surrénales et dans certaines affections hépatiques. La pigmentation de cette malade paraît donc en rapport avec une insuffisance pluriglandulaire qui est probablement d'origine hérédo-syphilitique. Le traitement spécifique est resté sans action, de même que les injections d'hormovarine.

M. Lortat Jacob, à ce propos, signale que ces malades supportent mal le traitement novarsénobenzolique. Il considère d'ailleurs que les bienfaits du traitement sont difficiles à apprécier et rapporte à ce propos un cas dans lequel la sérothérapie tuberculeuse à propos d'une insuffisance surrénale a semblé améliorer le malade sans qu'on puisse l'affirmer.

Sur un cas d'asystolie utérine. — *MM. A. Lemierre, R. Garcin* et *J. Lacave-Laplache* rapportent l'observation d'une femme de 51 ans qui, depuis cinq ans, présentait des métrorragies continuelles. Le col de l'utérus était gros et déchiré. La malade était atteinte d'un rétrécissement mitral, avec tachycardie sans arythmie. Un traitement digitalique ralentit le pouls et arrêta les métrorragies qui ne se reproduisent plus à condition que la malade fasse des cures périodiques de digitale.

Les métrorragies ont constitué chez cetre femme le seul indice de défaillance cardiaque. Il n'existait aucun autre symptôme fonctionnel ou physique d'asystolie. On peut donc parler ici d'asystolie utérine (Dalché), terme que justifient l'aspect clinique des accidents et le succès de la cure digitalique.

Autre point particulier : les métrorragies avaient entraîné une anémie considérable et d'autre part le reflexe cutané plantaire se faisait en extension. Il est vraisemblable que l'état ischémique de la moelle se trouvait à la base de cette anomalie du réflexe de Babinski.

Modification des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien après la malariothérapie. — *M. D. Paulian* a vu disparaître par cette méthode les signes céphalo-rachidien notamment la lymphocytose. De plus les réactions de déviation sont devenues négatives.

Bronchographie par la méthode de Singer. — *M. L. Snappes* apporte des radiographies très intéressantes obtenues par la méthode de Singer qui consiste dans une modification du procédé de Mendel.

Syndrome cholèro-typhoïde ; orchiépididymite et vaginalite suppurée à coli-bacilles. — *M. Delamare.*

Un cas d'aortite abdominale. — *MM. Hatzieganu* et *Anca* insistent sur le signe de météorisme abdominal et d'occlusion intestinale.

Septicémie pneumobacillaire avec réaction méningée atypique. — *MM. Faure-Beaulieu* et *Desbuquois* relatent l'observation anatomo-clinique d'une pneumobacillose à allure septico-pyohémique suraiguë. Le diagnostic, d'abord égaré par la présence d'un herpès péribuccal qui évoquait plutôt l'idée d'une septicémie d'autre nature, fut fait grâce à l'hémoculture. Peu de temps avant la mort, un syndrome méningé discret (délire hallucinatoire, raideur de la nuque), noyé en partie dans l'atteinte très grave de l'état général, incita à faire une ponction lombaire, qui donna issue à un liquide hémopurulent fourmillant de pneumobacilles. Dans ces conditions, on devait s'attendre à trouver à l'autopsie une méningite suppurée flagrante. Or, à part un peu de congestion de la pie-mère spinale dans la région dorsale, les méninges étaient intactes : sur les coupes histologiques, même dans les régions où l'on saisit au passage l'exode des microbes dans les espaces arachnoïdiens, il n'y a nulle part d'amas leucocytaires. Sans prétendre en fournir l'explication, les auteurs font remarquer le caractère paradoxal de cette dissociation physiopathologique, qu'on ne peut faire rentrer dans le cadre d'aucune des modalites connues de réaction méningée pneumo-bacillaire.

Séance du 2[illegible] juin 1928.

Sur un nouveau cas d'asystolie utérine. — *MM. Etienne Bernard* et *Desbucquois* relatent l'observation d'une femme de 22 ans entrée à l'hôpital avec une métrorragie importante. Toute cause d'ordre chirurgical ou obstétrical étant éliminée, on eut recours à des médications hémostatiques multiples, qui n'eurent d'ailleurs aucun effet. Cette femme atteinte d'une maladie mitrale, présente quinze jours après son entrée des crises de tachycardie paroxystique. Contre ces crises on institua un traitement tonicardiaque (digitaline). Celui-ci jugula en quarante-huit heures les hémorragies utérines qui duraient depuis vingt-trois jours.

Cette observation cadre avec la description de l'asystolie utérine de Dalché. La perte de sang est survenue peu de temps après les règles ; comme si la congestion cataméniale était un appel pour la congestion pathologique. La lésion était — comme l'est d'habitude une lésion mitrale et qui — plus est, une lésion jusque-là bien compensée. Enfin et surtout, comme dans l'observation récente du professeur Lemierre, la métrorragie resta insensible à toute médication jusqu'au jour où fut donnée la digitale.

De telles hémorragies sont utiles à connaître.

Diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire. — *M. Lemierre,* à propos d'un cas, insiste sur la difficulté de diagnostic de cancer pleuro-pulmonaire. Le malade était soigné pour une gangrène pulmonaire chronique avec abcès, alors qu'il existait un cancer du côté droit. Une métastase dans le rein gauche a déterminé une pleurésie putride du même côté.

Urticaire solaire. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier, J. Stéhelin* et *J. Saidman* présentent une femme de 43 ans atteinte d'urticaire solaire depuis vingt années. L'urticaire apparaît chaque fois qu'elle s'expose aux rayons solaires. L'urticaire ne frappe que les régions découvertes : face, cou et mains.

Il faut, pour déclencher l'urticaire, une exposition de quelques minutes soit en plein soleil, soit même à la lumière solaire diffuse tamisée par les nuages, quand cette lumière est un peu vive. Si le temps est couvert ou si l'appartement dans lequel elle se trouve est obscur, jamais il ne survient d'urticaire.

Les nombreux essais qui ont été faits pour déterminer la portion spectrale responsable des accidents ont montré que l'urticaire était provoquée par des radiations lumineuses s'échelonnant depuis le violet jusqu'au rouge.

Les auteurs ont essayé sur divers territoires cutanés l'application de faibles doses de radiations irritantes souvent répétées, dans le but d'atténuer la sensibilité à la lumière solaire. De cette façon, la dose nécessaire de radiations pour provoquer l'urticaire est devenue de 5 à 10 fois plus élevée.

Les auteurs montrent que cette variété d'urticaire, dont ils ont déjà rapporté un cas il y a deux ans, est très différente des urticaires d'autres causes.

Un cas d'ostéopsathyrose. — *MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Stéholin* et *J. Mawas* présentent une femme de 36 ans qui a eu dans son enfance des fractures et des entorses multiples après des traumatismes insignifiants ; qui, d'autre part, a des sclérotiques bleu ardoisé et de la diminution de l'acuité auditive. Il s'agit d'un cas typique d'ostéopsathyrose. Les radiographies montrent seulement une gracilité du péroné et des os de l'avant-bras. Le chiffre de la calcémie est voisin de la normale. Contrairement à la plupart des observations, le syndrome chez cette malade n'a pas le caractère familial et héréditaire.

Traitement des anémies graves par les extraits de foie. — *M. Arnault Tzanck.* — L'auteur rapporte plusieurs observations d'anémies en apparence pernicieuses, où la méthode de Wipple instituée au moyen des extraits a donné lieu à des résultats très favorables.

La plupart des malades avaient été au préalable soignés à l'aide de transfusions sanguines combinées à l'ingestion de foie frais. Le traitement par les extraits a permis de maintenir l'état général, le poids et la formule sanguine normale.

Dans deux cas l'extrait hépatique administré dès le début de la maladie a donné des résultats comparables à ceux qui sont obtenus à l'aide du foie frais.

De plus, l'auteur signale l'influence fâcheuse des rayons ultra-violets dans trois de ses observations, et, dans l'une d'entre elles l'apparition d'accidents anaphylactiques à la suite de transfusions sanguines répétées.

Enfin, dans toutes ses observations, malgré les améliorations cliniques et hématologiques l'auteur insiste sur la persistance des modifications.

M. P.-E. Weil signale que la guérison est exceptionnelle par les simples transfusions et que l'association de la méthode de Whipple et des tranfusions permet plus facilement de faire remonter le taux des hématies à un chiffre normal.

Il a d'ailleurs pu se rendre compte que dans certains cas, les seules transfusions peuvent au bout d'un certain temps être mal supportées, et dans un cas l'association du traitement insulinique, aux transfusions et à la méthode de Whipple lui a donné des résultats remarquable.

M. Hayem persiste à penser que dans les cas rapportés par les auteurs, il ne s'agit pas d'anémie pernicieuse progressive protopathique. Dans ce cas, les transfusions sont sans résultat.

Un cas de mégacôlon consécutif à une compression du rectum par sarcome pelvien. — ***MM. Macaigne*** et ***Fleury*** présentent une tumeur para-rectale de nature sarcomateuse ayant déterminé par compression de la partie haute du rectum une dilatation énorme de l'anse sigmoïde : celle-ci remplissait tout l'abdomen jusqu'au diaphragme et s'exprimait par un tympanisme diffus avec circulation collatérale qui avait simulé un début de cirrhose hépatique.

Le traitement iodé dans la maladie de Basedow. — ***M. Labbé*** insiste à nouveau sur les bons effets du traitement iodé dans la maladie de Basedow. Par l'étude du métabolisme basal, on peut se rendre compte des heureux effets de l'iode ; toutefois dès qu'on cesse la thérapeutique iodée, les signes réapparaissent et quelquefois même le métabolisme basal atteint des chiffres plus élevés qu'avant le traitement. Il faut pour guérir le Basedow associer le traitement iodé soit à la radiothérapie, soit à la thyroïdectomie. Il a pu se rendre compte que l'exophtalmie n'est pas influencée par le traitement iodé, et aussi que la résection du sympathique cervical n'exerce aucune action sur le métabolisme basal.

Gliome kystique du cervelet s'étant traduit par un syndrome d'hypertension intracranienne avec déséquilibration statique et latéropulsion, Intervention chirurgicale. Guérison clinique. — ***MM. Coyon-Alajouanine*** et ***Petit-Dutaillis*** présentent un homme de 50 ans chez lequel s'est développé en quelques semaines un syndrome d'hypertension intracranienne avec céphalée occipitale, vertiges, bourdonnements d'oreilles, déséquilibration statique avec latéropulsion droite, hypotonie du côté gauche, stase papillaire, après deux mois d'évolution. L'intervention en deux temps, d'abord décompressive occipitale, puis exploratrice cérébelleuse, a permis de constater l'existence d'un kyste développé dans le lobe cérébelleux droit et de l'évacuer après fixation au liquide de Zenker. Les suites opératoires ont été parfaites, la stase papillaire a disparu et la marche est maintenant normale : c'est une guérison clinique.

Les auteurs rappellent les caractères des gliomes kystiques soulignent ici les particularités d'évolution rapide, de topographie clinique de la lésion et insistent sur l'heureux résultat des interventions dans ce type de tumeur cérébrale.

Eloge de M. Enriquez. — ***M. Tessier.***

René GIROUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1928.

Le traitement du diabète compliqué de tuberculose pulmonaire. — M. ***Marcel Labbé.*** — On connait la gravité et la fréquence de la tuberculose chez les diabétiques. Toutes les formes de tuberculose, aiguë ou chronique, surtout caséeuses, peuvent être observées. L'évolution de la tuberculose est généralement fatale ; cependant la guérison peut être obtenue si le traitement a été bien institué, d'où l'intérêt de reconnaitre les bases du traitement. Il doit viser :

1° Le terrain diabétique, où l'accumulation du glycose est le fait dangereux.

2° La tuberculose.

Le traitement du terrain consiste à supprimer l'hyperglycistie. M Labbé a montré en 1908, par de nombreuses observations, le danger de la suralimentation, et les résultats remarquables que l'on obtient déjà au moyen d'un régime convenable qui supprime la glycosurie ; il est obligé d'y revenir, car ce fait n'est pas assez connu des médecins.

Aujourd'hui, l'insuline apporte un moyen curatif nouveau ; elle combat l'hyperglycémie et permet d'améliorer le régime du malade et de le rendre plus réconfortant.

Dès le début, les auteurs ont espéré beaucoup de l'insuline. Cependant Blum avait inspiré des doutes en raison de deux cas malheureux. Des observations de divers auteurs ont montré que l'insuline n'offre pas de danger chez les diabétiques tuberculeux, qu'elle ne provoque pas de poussée évolutive, qu'elle améliore l'état général et rend le sujet plus résistant à la tuberculose : on a même été jusqu'à employer l'insuline chez les tuberculeux non diabétiques, pour leur permettre de reprendre du poids.

Le traitement de la tuberculose, dans les formes bénignes, peut se suffire de la cure d'air et de repos habituelle. Cette évolution heureuse est rare.

Il est des formes très graves, à évolution aiguë, où aucun traitement ne saurait avoir d'effet. Cependant, dans la plupart des formes graves, qui, livrées à elles-mêmes, évoluent fatalement vers la mort, une thérapeutique active peut donner des résultats efficaces. M. Labbé en rapporte plusieurs observations, et surtout celle d'un jeune homme de 25 ans atteint de diabète grave avec acidose et de tuberculose pulmonaire avec infiltration et caverne du poumon droit et atteinte modérée du poumon gauche, qui fut traité d'abord par le régime et l'insuline, ensuite par le pneumothorax et la phrénicectomie; voilà un an que le traitement a été institué et le malade a gagné 11 kilogrammes de poids, sa température est tombée de 38°-39° à la normale, l'expectoration est très réduite, l'état général est considérablement amélioré et le sujet paraît en voie de guérison.

M. Labbé constate que la tuberculose chez les diabétiques est fort grave, mais non fatale ; que le médecin ne doit pas désespérer, mais agir, que le traitement est double ; il combat le diabète par le régime et l'insuline ; il combat la tuberculose par la cure d'air et le repos, et par le pneumothorax artificiel.

L'action immédiate d'une vitamine sur l'organisme animal. — M. ***N. Bezssonoff.*** — De même que M. A. Lumière l'a établi pour la vitamine B, l'absence de vitamine C, en diminuant l'appétit, provoque l'inanition. Cet effet semble dû à une intoxication, car l'expérience montre que la vitamine C en même temps qu'elle exerce ses effets inactifs, favorise l'excrétion urinaire de substances toxiques comme le phénol et les paracrésol. La vitamine C doit pouvoir exercer ses effets non seulement dans les avitaminoses où la déficience entre en cause, mais sans doute dans d'autres états pathologiques, de même que dans les états physiologiques comme la vieillesse dont les tares résultent, d'après Mitschukoff, d'une intoxication chronique dont les phénols sont les principaux agents.

Cas de lèpre autochtone en France. — M. ***Jeanselme*** communique à l'Académie deux observations de lèpre du plus haut intérêt.

La première appartient à M. Giacardy, de Tarbes. Une jeune fille, originaire d'une localité de la Charente-Intérieure, vit chez ses parents jusqu'à l'âge de 15 ans ; elle entre au service d'une dame ayant vécu à la Guyane française. La servante mange à sa table et couche dans sa chambre, puis se rend à Bordeaux et se marie à un homme vigoureux n'ayant jamais quitté la France. Sept ans se passent sans qu'aucune manifestation se produise. L'examen clinique et bactériologique révèlent la lèpre chez cette jeune femme (6e cas de lèpre autochtone en France).

La deuxième observation appartient à M. Spillmann (de Nancy). Portugais en France atteint d'une lèpre passée inaperçue à divers examens. Se rendant dans son pays natal, passe la frontière sans être inquiété. Trop de médecins en France ignorent les symptômes de la lèpre.

Deux suggestions de M. Spillmann :

1° Construire des pavillons affectés aux lépreux près des grands centres dermatologiques. Un pavillon vient d'être créé à l'hôpital Saint-Louis.

2° Confier à la Commission de la lèpre la rédaction d'une note sommaire sur la lèpre et ses symptômes, et la conduite à tenir en face d'un cas de lèpre.

Une théorie énergétique du cancer. — ***M. O. Laurent*** (de Ni-

ce). — Exaltation dynamobiologique, le cancer est une réaction électronique, intensive et locale, une surcellule de haute tension résultant de l'activité des oxydations et de l'excès des intégrations, énergétisées par la catalase vitale, sous l'influence de l'irritation prolongée. C'est la cellule embryoïde à surnucléine.

Involution embryoïde pouvant affecter toute espèce cellulaire quelconque, et déterminée par l'irritant le plus divers, cette cellule est une surnucléose simplement végétative, incontrôlée, afonctionnelle, maintenue isolée et activée par l'excitant et la réaction ; et de polarité opposée à celle de la cellule primordiale, de la cellule-mère de toutes les espèces cellulaires. Son débordement végétatif, dévitalisant, est uniquement l'effet de son dynamisme supérieur, de sa résistance et de sa mobilité. Le quid movens unique, le déclencheur véritable n'existe pas en dehors de l'irritant désentraveur, en dehors d'une lésion quelconque reliquat infectieux, ulcère, adénome, embryome, «radiome » ; le départ est dans la jeune cellule précancéreuse, embryoïde, exaltée à point. La destruction de ce foyer prévient sûrement le cancer. Prolifique, résistante et mobile, elle parvient à se coloniser partout. Provenant d'une cellule quelconque physiologiquement désentravée de l'influx neuro-sympathique, d'un groupe se libérant tout en accentuant ses absorptions nutritives, sélectionnées, et dont elle conserve souvent la marque, elle n'est donc pas de constitution absolument spécifique ; elle est au fond aseptique et non réellement virulente, et d'un métabolisme en rapport avec sa variété. Phenomène de simplification chimique, uniquement végétatif, le cancer est le corollaire de l'attribut universel de la mutabilité cellulaire et du dynamisme des échanges électroniques ; développé sans parthénogénèse ni symbiose réelles. D'où les variétés innombrables de précancers et de cancers, et les gammes nuancées des mutations où les réactifs peuvent ne se caractériser que dans les groupements cellulaires. Non réellement virulent, non contagieux, il ne se reproduit que par greffe.

Expression la plus condensée de l'énergie vitale, la cellule cancéreuse doit être étudiée autant à l'Institut du cancer qu'à l'Institut biologique. Il y a dix ans nous avons préconisé la création de l'Institut de l'énergétique vitale. Il est certain que le laboratoire réalisera le cancer expérimental de toute espèce cellulaire quelconque. Tout médecin et tout infirmier de tout pays devraient posséder le « Manuel pratique de diagnostic et de traitement du précancer et du cancer naissant », distribué gratuitement par la Société anti-cancéreuse du pays.

Une maladie nouvelle des os : hyperostose d'un membre « en coulée » ou « melorheostose ». — ***MM. André Léri*** et ***J.-A. Lièvre*** apportent sept observations d'une maladie nouvelle qui consiste en une hyperostose compacte « coulant », pour ainsi dire, sur la longueur d'un membre depuis sa racine scapulaire ou pelvienne jusqu'à l'extrémité des phalanges de certains doigts ou orteils. Ces sept observations ont été recueillies d'abord par eux-mêmes, puis par des auteurs de différents pays.

Cette hyperostose, comparable à une « coulée » de bougie ou de métal, ne touche ni tous les os d'un membres ni toutes les parties de chacun d'eux ; elle reste d'ordinaire limitée, « en traînée linéaire », aux os ou aux portions d'os qui occupent soit le côté externe, soit le côté interne du membre. Elle envahit souvent les cartilages de conjugaison ou les cartilages articulaires.

La maladie débute dans le jeune âge, seconde enfance ou adolescence ; elle évolue avec une grande lenteur, mais elle est grave pour les fonctions du membre qu'elle déforme et qu'elle ankylose.

Le processus paraît ne progresser que *par contiguïté* : ce sont les os ou les parties d'os voisins les uns des autres qui sont successivement hyperostosés. Une fois pourtant il semble y avoir eu un début de dissémination sous la forme d'un nodule osseux hétéropique, intra-musculaire. Ces caractères font penser qu'il s'agit d'une *maladie parasitaire* ; mais le parasite n'a pu encore être trouvé.

Le nom de « *Méléorheostose* » (μέλος, membre ; ῥέω, je coule) résume les particularités cliniques de l'affection (hyperosthose d'un membre en coulée) sans impliquer aucune idée anatomique ou étiologique prématurée.

L'Académie émet le vœu que l'on profite de l'âge de la conscription pour offrir aux sujets éliminés au Conseil de revision pour tuberculose ou ajournés pour suspicion de tuberculose, les moyens d'être soignés dans des établisssements déjà existants ou à créer à cet effet. Elle regrette que soient fermés certains sanatoriums, alors que les hôpitaux des grandes villes sont encombrés par les tuberculeux.

Elections. — MM. Barbary (de Nice) et Cestan, de Toulouse) sont élus membres correspondants nationaux dans la 1re division (médecine et spécialités médicales).

Séance du 3 juillet 1928.

Sur la recrudescence actuelle de la syphilis dans la région parisienne. — ***M Jeanselme***. — La syphilis, qui était en retrait de 1919 à 1924, a remonté rapidement et a dépassé le chiffre de 1919. L'importation étrangère est une cause négligeable. Les syphilitiques récents ont contracté la maladie en France. L'abandon du traitement par les arsénobenzènes est une cause mais pas la principale. Le chancre mou a augmenté aussi.

Les femmes se traitent moins que les hommes 611 cas chez l'homme, 282 chez la femme.

L'abandon du traitement par les malades est causé par le temps trop long qu'ils perdent à faire les piqûres ; 33 % seulement se soignent régulièrement.

Les étudiants en médecine doivent faire un stage dans un service de syphilitiques.

Cause prévalente : accroissement de la prostitution clandestine.

Fièvre jaune. — ***M. Marchoux.*** — L'épidémie de fièvre jaune qui, l'année dernière, a sévi au Sénégal, a donné 190 cas confirmés avec 155 décès, non compris 30 cas suspects dont 20 décès.

L'amélioration a été obtenue assez rapidement dès qu'ont pu être appliquées avec rigueur et sur une grande échelle les mesures de dépistage précoce, protection vis-à-vis des stégomyias et démoustication nécessaires. Dès le milieu de novembre, les cas étaient de plus en plus espacés, et en décembre tout était terminé, bien que la chaleur se soit exceptionnellement prolongée.

Fin avril, une conférence présidée par l'inspecteur général Lasnet, a réuni à Dakar les délégués sanitaires de toutes les colonies franco-britanniques de la Côte Occidentale d'Afrique, qui ont à souffrir de la fièvre jaune, ainsi que les représentants de la mission que l'Institut Rockefeller entretient à Lagos.

Cette conférence a permis d'effectuer une mise au point très complète ; elle a mis en relief la sensibilité au virus amaril du « macacus rhesus » ; a établi différentes particularités d'ordres clinique ou thérapeutique de la plus haute importance ; elle a arrêté enfin le principe de relations étroites entre les services sanitaires de la Côte Occidentale ainsi que d'une véritable collaboration entre les divers laboratoires ou instituts qui étudient le virus amaril.

Action de l'extrait testiculaire sur les échanges respiratoires. — ***MM. Pouchet, Guy-Laroche, Faillie*** et ***A. Camus*** montrent que l'extrait préparé avec des testicules de taureaux pris par ingestion ou par injections intra-musculaires augmente les échanges respiratoires chez la femme aussi bien que chez l'homme. Cette modification des échanges respiratoires, toujours plus faible que celle obtenue avec les extraits thyroïdiens, prouve que l'extrait testiculaire a une influence sur les combustions internes qui sont activées et relevées.

Ces auteurs signalent aussi que les sujets traités accusèrent pour la plupart, une perte de poids en rapport avec l'augmentation de leur échanges respiratoires, ainsi qu'une résistance à la fatigue beaucoup plus grande persistant longtemps après le traitement.

La valeur de la constatation radioscopique de la limitation unilatérale des mouvements du diaphragme pour le diagnostic de certaines affections rénales. — ***M. Maurice Chevassu***, après avoir, avec l'aide de M. Moret, pratiqué plus de 200 examens radioscopiques du diaphragme chez des malades urinaires pour la

plupart, est persuadé que cet examen simple permet, chez de nombreux sujets, d'affirmer immédiatement l'existence de lésions situées sous le diaphragme et en particulier au niveau de l'atmosphère périnéale supérieure et postérieure et à point de départ rénal.

Lorsqu'une lésion du rein s'accompagne d'une réaction de l'atmosphère péri-rénale atteignant la zone juxta-rénale du diaphragme, les mouvements de la moitié correspondante du diaphragme sont limités dans leur amplitude ; il arrive même que cet hémi-diaphragme soit complètement immobile.

La plupart des maladies chirurgicales du rein peuvent donner naissance à ce symptôme radioscopique. Il est l'indice d'un rein adhérent dont la néphrectomie pourra être difficile. On conçoit que le simple examen radioscopique puisse ainsi faciliter le diagnostic du côté malade avant tout cathétérisme de l'uretère.

Mais c'est dans les phlegmons périnéphrétique et dans les abcès corticaux du rein qui en sont l'origine que la limitation des mouvements de l'hémidiaphragme s'observe le plus régulièrement.

Lorsqu'on sait de quelle façon sournoise peuvent se développer ces dernières lésions qui, laissant souvent les urines limpides et la vessie indolore, n'attirent pas *a priori*, l'attention du côté de l'appareil urinaire : quand on sait que le point de côté qui les accompagne parfois risque d'attirer l'attention plutôt du côté du thorax que du côté du rein, on conçoit combien peut être précieux un moyen de diagnostic qui précise immédiatement la situation des lésions.

MM. ***A. Chevallier*** et ***A. Delacroix***. — Sur la radioactivité des sources de Bourbonne-les-Bains.

M. ***Marinesco***. — Sur le mécanisme du sommeil.

Election. — MM. Bérard (de Lyon) et Girard, médecin-inspecteur général de la marine, sont élus membres associés nationaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1928.

Appendicite chronique avec poussée aiguë. Broncho-pneumonie et épiploïde grippale. Guérison post-opératoire. — M. ***Maurice Péraire*** relate l'observation d'une enfant de 7 ans et demi opérée par lui d'appendicite aiguë et atteinte après guérison opératoire d'une broncho-pneumonie double et d'une épiploïte grippale. Guérison malgré ces complications.

M. ***Lavenant*** s'élève contre l'interprétation des complications et pense qu'il s'agit tout simplement de petites embolies pulmonaires et de complications infectieuses dans l'épiploon. C'est dit-il, la première fois qu'on parle d'épiploïte grippale ; il est un peu osé, sans autre criterium que la coexistence d'une épidémie, d'attribuer à la grippe ce qui n'appartient qu'à des phénomènes infectieux.

M. ***Sédillot***, sur la présentation de son livre : **Rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis**, prouve, chiffre en mains, que la syphilis présente partout une inquiétante recrudescence, tant pour le nombre des cas nouveaux que pour la fréquence des accidents graves. Il esquisse une critique serrée de l'immense effort actuellement tenté contre le péril vénérien, à cause des agents thérapeutiques employés et de l'organisation adoptée (dispensaires).

A propos de la sénilité précoce. — M. ***Sédillot***. — L'arthritisme, diathèse de nutrition sclérosante et sénilisante, vient au premier plan du problème de la sénilité précoce. M. ***Sédillot*** essaye de prouver que pour chacune des grandes fonctions physiologiques, les glandes endocrines se groupent en un cartel différent ; qu'en tête du cartel endocrinien de la nutrition, nous devons placer le foie, parce que par deux de ses quatre fonctions endocrines (glucose, urée, fibrinogène, antithrombine) il se trouve être en tête du métabolisme du carbone et en tête du métabolisme de l'azote.

Troubles du sommeil et traitement des névralgies. — M. ***Léopold-Lévi*** rapporte une série d'exemples démonstratifs de *somnolence, narcolepsie, insomnie, cauchemars, somnambulisme*, etc., combattus avec succès par les traitements opothérapiques appliqués suivant l'état du sujet, *thyroïdien, ovarien surrénalien hypophysaire* ou *pluri-glandulaire*.

A propos de la coagulation hémorroïdes. — M ***Pierre Lumière***. — On ne peut pas comparer un traitement indirect, tel que les méthodes sclérosantes avec un traitement radical, tel que la coagulation des hémorroïdes qui est à l'abri de tous les inconvénients que l'on reproche à l'intervention sanglante, si l'on emploie la technique de l'électro-coagulation en nappe.

De la diathermie dans les salpingites. — M. ***Foveau de Courmelle***. — Le grand nombre des moyens médicaux et chirurgicaux préconisés; souvent avec succès, dans le traitement des salpingites, prouve la difficulté de leur thérapeutique. Tous les moyens physiques, courants, lumières, rayons X ou radifères, donnent des succès, seuls ou combinés à la diathermie.

Cinquante-trois cas traités exclusivement par cette forme pénétrante des courants de d'Arsonval ont été guéris par l'auteur ; aussi, croit-il que la dilatation profonde des tissus ainsi produits est le meilleur et le plus inoffensif des procédés actuels de traitement. Les adhérences se distendent, l'écoulement et les douleurs cessent rapidement.

Dr LAVENANT.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 juin 1928.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'ultra-virus tuberculeux. — MM. ***A. Calmette***, ***J. Valtis*** et ***A. Lacomme***, continuant leurs recherches sur le rôle de l'infection dans la mortinatalité et dans la mortalité des nouveau-nés de mères tuberculeuses, sont conduits par leurs constatations à établir désormais une distinction entre l'*hérédité bacillaire* proprement dite, résultant de la transmission directe du bacille de Koch, qui est rare et presque fatalement et rapidement mortelle pour le nouveau-né et l'*infection transplacentaire par l'ultra-virus*, qui paraît au contraire très fréquente, et qui, lorsqu'elle ne fait pas mourir rapidement le fœtus ou celle du nouveau-né par *dénutrition progressive*, ne paraît pas avoir de conséquences graves pour les nourrissons, à condition que ceux-ci ne soient pas exposés à des réinfections dans leur milieu familial.

Il importe donc de réaliser la vaccination préventive pour tous les enfants issus de mères tuberculeuses, et de séparer, toutes les fois qu'il se peut, dès après leur naissance, les nouveau-nés des mères phtisiques.

L'ultra-virus tuberculeux peut exister dans le lait d'une mamelle tuberculeuse. — ***P. Rossi***, en filtrant à la bougie Chamberland L du lait issu de la mamelle d'une vache présentant non seulement des lésions mammaires, mais encore d'autres lésions tuberculeuses aux poumons, au foie et à la rate, a obtenu au filtrat qui, inoculé au cobaye, a déterminé une tuberculose expérimentale, rappelant en tous points celle observée après l'inoculation du virus filtrant.

M. PHISALIX.

BIBLIOGRAPHIE

Nicolas Poussin, premier peintre du Roi. Documents inédits. Dix planches hors texte, par Emile MAGNE. Un volume in-18. Prix : 12 fr. Editions Emile-Paul frères, 14, rue de l'Abbaye, Paris (6e).

Comme la plupart des grands hommes du temps passé, Nicolas Poussin a été l'objet de nombreuses biographies. Ses historiens ont malheureusement trop souvent accordé leur confiance à des anecdotiers sans scrupules et, de la sorte, entouré son existence d'une foule de légendes et de faits controuvés.

M. Emile Magne, dans l'ouvrage qu'il nous présente aujourd'hui, nous restitue, avec ses qualités habituelles de style et son souci de ne rien affirmer qui ne soit contrôlé, la physionomie véritable du grand artiste, chef de l'Ecole française. Une documentation empruntée aux sources internationales, enrichie de nombreuses pièces inédites, fait de cette biographie la plus complète et la plus attrayante.

On y verra quelles douloureuses tribulations subit l'un de nos plus magnifiques génies, sorti de l'ambiance rustique, pour former sa personnalité et gagner, par stades successifs, la gloire. M. Emile Magne, habile à reconstituer le passé, replace son héros dans les décors normands, parisiens et romains où il vécut successivement, évoque avec sûreté les milieux artistiques d'autrefois, montre comment, par sa volonté unie à son intelligence, Poussin parvint à doter l'art de son temps, incertain de ses destinées, d'une technique et d'une doctrine, l'une basée à la fois sur la science et sur l'observation, l'autre fondée sur la philosophie, toutes deux tendant à la délectation de l'esprit.

Dans le livre nourri de faits, vivant et pittoresque de M. Emile Magne, le maître du Pincio apparaît tel qu'il était, fort contre les épreuves, austère, généreux, désintéressé, doué d'une admirable conscience et l'on s'explique pourquoi sa pensée, cristallisée dans son œuvre, domine [illegible] de la raison.

Mémoires d'Armand-Louis de Gontaut, duc de Lauzun, fastueux et galant seigneur des cours de Louis XV et Louis XVI, puis sous la Convention **Général Biron** (1747-1793) suivis de lettres adressées à l'auteur par sa femme, Amélie de Boufflers : Aimée de Coigny, duchesse de Fleury (la « Jeune Captive » d'André Chénier), enfin la parente de celle-ci, la marquise de Coigny. Le tout accompagné de notes, précédé d'une préface par Edmond PILON, et illustré de huit phototypies hors texte. Un volume in-16 soleil (15 × 20). Prix : 18 fr., de la collection : *Jadis et Naguère*. Les Hommes, les faits et les mœurs. Collection sous la direction d'Edmond PILON. Les Editions Henri Jonquières et Cie, 21, rue Visconti, Paris.

Les Editions H. Jonquières publient une nouvelle collection où sera fera la part large aux textes historiques choisis dans les domaines les plus divers.

Un écrivain plus particulièrement qualifié par des travaux de ce genre, M. Edmond Pilon dirigera en ce sens cette collection nouvelle.

Chacun des volumes choisis par lui sera publié dans le meilleur texte, accompagné d'une introduction, de références et de notes signées de plusieurs éminents spécialistes.

Parfaitement imprimés, ces ouvrages, du format in-16 soleil (15 × 20) comporteront une édition de bibliothèque numérotée dont le tirage ne dépassera pas 600 exemplaires, sur vélin teinté du Marais au prix de 35 francs. Dans le but de répondre à la demande d'un plus grand nombre de lecteurs, ils seront établis également dans une édition courante très soignée sur vergé antique teinté, au prix de 18 fr.

Ces ouvrages comprendront huit portraits ou illustrations tirés en phototypie d'après des documents souvent ignorés.

Les 4 volumes à paraître sont : Lettres d'amour et de guerre de Henri-IV, préface d'André LAMANDE. — La vie de famille au XVIIIe siècle, par Edmond PILON. Préface de G. LENOTRE. — Mémoires de Charles de Batz de Castelmore, Comte d'Artagnan. Préface de GÉRARD-GAILLY. — Discours sur les duels, par BRANTOME. Préface de Pierre CHAMPION.

Talleyrand (1754-1799), par G. LACOUR-GAYET. Un volume in-8 de la Bibliothèque Historique. Prix : 40 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'homme d'Etat que Gœthe appelait « le premier diplomate de son temps » va avoir enfin une biographie digne de lui

Talleyrand est un être d'exception. Faire le tour d'un personnage qui a été mêlé d'une manière active à soixante-cinq ans d'histoire, quand les mobiles de ses actions, privées ou publiques, ont paru des énigmes, c'est la tâche difficile et neuve, poursuivie par l'auteur depuis de nombreuses années et dont ce volume offre une réussite complète.

On peut suivre Talleyrand presque au jour le jour, au collège d'Harcourt, au séminaire de Saint-Sulpice, dans sa maison de Bellechasse, à l'évêché d'Autun, à l'Assemblée constituante, en Angleterre, en Amérique, à Hambourg, au ministère des Relations extérieures. Le volume se termine le soir du 19 brumaire, quand Talleyrand va souper chez l'actrice à la mode, mademoiselle Lange, pour fêter à sa manière le Coup d'Etat.

Cette vie de Talleyrand, dit l'auteur, « n'est en aucune manière une œuvre de parti pris ; ni admiration conventionnelle, ni dénigrement systématique : si possible, la vérité pure et entière. Dire tout ce que l'on croit être le vrai sans rien dissimuler ; le dire sans donner aucune place à la fantaisie ; le dire enfin avec toute la précision possible, de manière à permettre au lecteur de tout contrôler : voilà ce qui n'a jamais été perdu de vue au cours de ces pages. »

Celui que Madame de Staël déclarait « le plus impénétrable et le plus indéchiffrable des hommes » a trouvé son historien.

L'Ancien Régime et la Révolution russes, par Boris Nolde. Un volume in-16. Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris, 5e. Broché. Prix : 9 fr.

L'histoire des origines et de la marche de la Révolution russe n'a fait, jusqu'ici, l'objet d'aucun ouvrage d'ensemble entrepris dans un esprit vraiment scientifique. Le livre de M. Nolde, juriste et historien russe éminent, comble cette lacune.

Quoique témoin et acteur du drame, il a su se placer sur un terrain purement objectif, et c'est avec une grande impartialité qu'il trace le tableau des événements tragiques dont la Russie fut et est encore le théâtre.

Ce qu'il faut connaître de l'Histoire d'Allemagne, par Pierre Davaud. Un volume in-8° couronne sur papier d'alfa. Broché. Prix : 7 fr. Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.

Condenser en cent soixante pages une histoire aussi touffue, diverse et éparpillée que celle des « Allemagnes », donner une vue d'ensemble du développement de cette nation qui fut pendant des siècles comme une poussière de peuples et de petits États que seul rattachait entre eux le lien linguistique ; montrer comment surgit la Prusse, comment autour de cet État à poigne, résolu à grandir, logiquement [illegible], l'Allemagne moderne a fini par se cristalliser : voici la tâche que M. Pierre Davaud a réussi à mener à bien.

Le Théâtre français contemporain, par Edmond Sée. Un vol. in-16 (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris). Broché. Prix : 9 fr.

M. Edmond Sée, le grand écrivain de théâtre dont les œuvres sont aujourd'hui classiques et qui, en même temps que romancier et conteur de fine marque, est un critique dramatique dont l'opinion fait autorité, passe en revue dans ce livre tout le mouvement dramatique de notre pays, depuis la création du Théâtre libre jusqu'à nos jours. S'efforçant de déterminer, pour chaque écrivain, aussi impartialement que possible et sans se laisser impressionner par la gloire acquise, la place que lui assignera la postérité, il discute les tendances diverses et ne craint pas de faire le procès de certaines Écoles.

La compétence de M. Edmond Sée étant indiscutable, les opinions qu'il exprime s'appuyant sur une documentation de tout premier ordre, son ouvrage deviendra indispensable à tous ceux qui s'intéressent au Théâtre et à l'art dramatique français.

Images hippocratiques du docteur Honoré Broutelle, présentées par le docteur Paul Rabier. Éditions de « L'Art Médical ». — Des Images ? Eh oui, des images. Notre vie ultra-rapide le veut ainsi. Un coup d'œil suffit et au lieu de parcourir un long commentaire, on tire soi-même la philosophie ou l'enseignement qui en découle. Des Images hippocratiques, cela va nous rappeler sans doute le temps d'Hippocrate ? Non, simplement le nôtre, la vie journalière du praticien, la vôtre, vécue, traduite par ce bel artiste qu'est le Dr Broutelle, cela dans une série de bois gravés qu'a édités, puis collectés pour notre délectation, l'intéressante Revue « *L'Art médical* » que dirige avec une aimable compétence le Dr Rabier. Cette douzaine de petites scènes tantôt comiques, tantôt dramatiques, comme la vie, sont rendues dans toute la sincérité de leur réalité, d'un burin habile, en des compositions prises encore une fois sur le vif par le Dr Broutelle, et commentées par le Dr Paul Rabier, dont chacun apprécie la plume alerte au service d'un bon sens légèrement pyrrhonien. Tel quel cet album album sera conservé comme un testimonium de la vie du médecin, et en le feuilletant, nul doute, que chacune de ses estampes ne rappelle quelque souvenir à nos confrères. Or, a-t-on dit, le souvenir est encore plus un poète qu'un historien.

Devant la proue des navires, par le médecin-colonel S. Abbatucci. Librairie L. Fournier, 264, boulevard Saint-Germain, Paris (7e).

Uno avulso, non deficit alter. Après Loti le divin, Claude Farrère, et avec Claude Farrère le colonel docteur Abbatucci. Je n'établis d'ailleurs nulle comparaison entre ces écrivains distincts, mais dont les œuvres ont un trait commun : elles se sont épanouies au souffle du large, dans les Frances d'outre-mer, et leurs auteurs, tous trois officiers de mérite, furent à la fois hommes de rêve, d'action et d'épée.

Devant la proue des navires a succédé *Parfum de la longue route* pour lequel le Maréchal Lyautey écrivit une lettre-préface.

Je n'ai pas la prétention d'analyser les deux ouvrages du docteur Abbatucci. Je note seulement en m'en tenant plus particulièrement au dernier publié (*Devant la proue des navires*) : un ensemble de souvenirs vécus comme seul pouvait en rassembler un médecin d'expérience consommée ayant longtemps pratiqué et observé

dans nos possessions coloniales : donc une mine de données psychologiques d'importance nationale et sociale de premier plan. On se rendra compte de ce que je veux exprimer si l'on évoque ce mot prêté à LYAUTEY : *aux colonies quatre médecins valent mieux pour la pacification que deux compagnies d'infanterie* :

des récits coloniaux de l'ancien temps, récits de très bonne coupe historique et qui évoquent de façon impressionnante mœurs et procédés des âges passés ;

des documents historiques : lettres inédites du « citoyen » Louis Bonaparte, de Victor Napoléon, de Trousseau et toute une correspondance inédite de Napoléon III à J.-P. Abbatucci, son ministre de la Justice.

Une étude fouillée sur la Corse avec un plan d'organisation rationnelle de l'île.

Les ouvrages du docteur Abbatucci sont écrits dans une langue pure ; ils sont très clairs et dénotent un souci d'art constant ; le style enchantera plus d'un lecteur.

Disons pour terminer que les deux ouvrages sont présentés très joliment dans une forme qui fait grand honneur à leur éditeur, L. Fournier.

E. DE M.

Les plus belles citations de la littérature latine, par Emile GENEST. 1 vol. relié : 13 fr. — **Les plus belles citations de la littérature grecque**, par Emile GENEST. 1 vol. relié : 12 fr.25. Fernand Nathan, éditeur, 16, rue des Fossés Saint-Jacques. Paris.

Qui n'a plus ou moins lu les anciens ? Mais ces lectures sont déjà loin. Rafraîchissez votre mémoire en compulsant les citations, que M. Genest a collationnées à votre intention.

Saint-André, par Henry MARTIN. Un volume in-8° (18 × 12,5), 37 illustrations. Broche : 5 francs. Librairie H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Nul plus que Saint-André qui inspira tant d'artististes ne méritait de figurer dans cette collection.

L'auteur montre comment les artistes de toutes les époques ont représenté la vie glorieuse de ce grand disciple, qu'il s'agisse de vocation, de ses nombreux miracles, et surtout de son martyre. Tour à tour, en des illustrations fort bien venues, apparaissent les œuvres des sculpteurs du moyen-âge, des miniatures, de Lucca della Robbia, de Ghirlandajo, du Dominiquin, du Guide, de Carlo Dolci, de Cranach, de Murillo et de beaucoup d'autres.

La Sélection du Vrai, par le Dr G. TONTOLINI. 1 vol. Prix : 20 francs. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris (VIe).

On trouve dans la « Sélection du Vrai » non pas des hypothèses mais une théorie absolument neuve, une démonstration extraordinairement lumineuses des lois qui régissent le monde matériel et l'univers pensant.

Fondé sur une explication et une interprétation entièrement nouvelle des phénomènes métapsychiques, le système métaphysique du docteur Tontolini, exposé en un langage clair à la portée du lecteur moyen, s'enrichit d'applications et de révélations telles, que la philosophie, la médecine (particulièrement la psychiatrie) et la religion s'en trouveront bouleversées. A lui seul, le fait d'apporter une solution à la question du libre arbitre, du déterminisme et de la grâce, si aprement controversée depuis des siècles, imposerait cet ouvrage à l'attention du penseur.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le numéro : 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 juin 1928 : **E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'inteligence (XIII). — A. Jolivet : Les drames de Strindberg(VII) : La femme de Sire Bengt. — A. Mathiez : La réaction thermidorienne (IV) : Le procès de Carrier et la fermeture des Jacobins.** — G. Renard : **Influence des chemins de fer sur la vie intellectuelle.** — G. Cohen : Crestiien de Troies sa vie et son œuvre (XIX) : Persival le Gallois ou le roman du Graal. — G Bloch ! Le théâtre de François Curel. (suite et fin)

Sommaire du numéro du 30 juin 1928 : F. Baldensperger : Les années 1827-1828 en France et au dehors (VI) : Walter Scott et le pittoresque des mœurs. — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (XIV) ; Le progrès humain. — J. Pommier : Les dernirères années du philosophie Jouffroy. — G. Cohen : Crestiien de Troies ; sa vie et son œuvre (XX) : Perceval, le Gallois ou le Romain du Graal. — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (IX)



Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

…DÉ EN 1873. — N° 29 LE NUMÉRO: 50 Centimes 21 JUILLET 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
…, Rue des Écoles, PARIS (V°)
…P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
…le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
…abonnts partent du 1er de chaque mois.
…nce et Colonies........... 40 fr.
…diants........................ 30 fr.
…gique......................... 45 fr.
…nger { 1re zone.......... 70 fr.
{ 2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses*. — 12 juillet. — M. Chambon. L'endocardite maligne primitive à évolution lente. — M. Ferhan. Travaux récents sur le bacille tuberculeux. Revue générale. — M. Guilloux. Traitement par la collapsothérapie des lobites tuberculeuses de l'enfant. — M. Lami Abdul Nafi. — Les applications de la T. S. F. en hygiène maritime. — Mme Baude-Lacascade. Un chapitre de radiothérapie endocriniennes. Rayons X et surrénales. — M. Feldman. De quelques applications en clinique de l'opothérapie hypophysaire. — M. Lafourcade-Cortina. Le diabète par syphilis acquise. — M. Preux. La polyarthrite chronique déformante syphilitique. — M. Masnier. Les images radiographiques en bec de perroquet dans le mal de Pott. — M. Baudouin. A propos de sclérose en plaques à début oculaire.

Thèses vétérinaires. — M. Saliou. Le téniasis du cheval.

Faculté de médecine de Paris. — Paris. — M. Lereboullet, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur d'hygiène et clinique de la première enfance (chaire vacante : M. Marfan, dernier titulaire).

M. Gougerot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (chaire vacante : M. Jeanselme, dernier titulaire).

M. Tanon, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur d'hygiène et médecine préventive, à ladite Faculté (chaire vacante : M. Léon Bernard, dernier titulaire).

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de commandeur*. — (Active), M. le médecin général inspecteur Lanne.

Réserve. — M. le médecin colonel René Le Fort.

Active. — *Au grade d'officier*. — MM. Ponsot, Egmann, Montagne, Mandoul, Taste, Bertelé, Morvan, Bory, Angue, Jodry, Chambon, Talabere, Sirot, Causeret, Colin, Laporte, Regnault et Rouyer.

Au grade de chevalier. — MM. Maliver, Ignard, Berge, Birat, Pacaud, Dhoste, Villon, Gruson, Giraud, Lortholary, Lauzeral, Keller, Fabre, Bergeret, Allègre, Despujols, Decrocq, Alquier, Hugues.

Troupes coloniales. — *A la dignité de grand officier*. — M. le médecin général inspecteur du cadre de réserve Emily.

Active. — *Au grade d'officier*. — MM. Lonjarret, Levet, Carretier, Garnier, Esserteau, Carmousse, Passa, Poux et Vielle.

Au grade de chevalier. — MM. Roussel, Guillaume, Tempon, Levet, Rannou et Clément.

Collège de France. — M. Fauré-Frémiet (Emmanuel), sous-directeur de laboratoire au Collège de France, est nommé professeur titulaire de la chaire d'embryologie comparée dudit établissement en remplacement de M. Henneguy, décédé.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à la place de chef du laboratoire des produits galéniques de la pharmacie centrale aura lieu le lundi 8 octobre 1928, à 8 h. 1/2, quai de la Tournelle, n° 47.

Se faire inscrire à l'administration (service du personnel bureau du personnel médical), depuis le lundi 10 septembre jusqu'au mercredi 19 septembre 1928 inclusivement, de 14 à 17 heures.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Paul Vigne est chargé provisoirement du service de la chaire de Clinique dermatologique à l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. le Dr Paul Blum, relevé de sa délégation dans cet emploi.

M. Arnoux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de chimie à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le professseur Moitessier a été élu au Conseil académique.

Un concours pour une place de chef des travaux de physique générale et biologique aura lieu à l'Ecole de médecine de Marseille le 22 octobre 1928.

Agrégation de médecine. — Par dérogation aux dispositions des articles 2 et 10 de l'arrêté du 14 mars 1924, modifié par l'arrêté du 5 février 1926, il ne sera pas ouvert de sessions pour la 1re et la 2e épreuve de l'examen de l'agrégation de médecine en décembre 1928 et en mars-avril 1929.

Concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 25 janvier 1929 devant la faculté de médecine de Paris pour l'emploi de professeur suppleant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale de l'école de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant ouverture du concours.

Diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon. — Les examens pour la session d'été diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon viennent de se terminer après les épreuves ordinaires : écrit, oral, pratique.

Ont été reçu : MM. Raugé, Pizzera, avec la mention *très bien* : MM. Montcenis, Vidal, Lacroix, Treppoz, Mlle Urtinette, MM. Mallard, Besson, avec la mention *bien* : MM. Guyot, Blanc, Brun, Cornu, Tricaud, Ollivier, Mlle Lambert, MM. Chabrelié, Vinay, avec la mention *assez bien*. MM. Charret, Gerbay, Kolocotronis, Mohanna.

Faculté de médecine de Lyon. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* (medecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie sociale, sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité National). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 16 octobre au 17 novembre 1928, avec le concours des Professeurs, Médecins des hôpitaux et Chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Beptoye, Boissel, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Favre, Gardère,

Gate, Collet, Mouisset, Mouriquand, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des Dispensaires préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon, jusqu'au 10 octobre 1928.

Le Comité national de Défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le Dr Paul Courmont, 61, rue Pasteur, Lyon.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après-midi) ; il comprendra : 1° Des leçons théoriques (matin et après-midi) ; 2° des exercices pratiques de clinique (le matin), et de laboratoire de radiologie, de dispensaires (l'après-midi ; 3° Des visites aux organisations antituberculeuses : Dispensaire Jules Courmont, Sanatorium (Hauteville), Préventorium, etc.

Anatomie pathologique ; Démonstration à l'amphithéâtre. — Bactériologie : Le bacille de Koch. Recherche. Inoculation. Comparaison avec les autres acido-résistants. — Les réactions humorales ; sérologie : Séro-diagnostic par l'agglutination. Réaction de fixation. Réactions de floculation. Clinique et thérapeutique. Radiologie : Diagnostic du début. Diagnostic et pronostic des formes. Tuberculose de l'enfance Pleurésie tuberculeuse. Pneumothorax spontané. Tuberculose du larynx. Tuberculose oculaire. Tuberculose osseuse. Tuberculose abdominale. Radiologie. Conférences et exercices pratiques. Méthode de Forlanini (Conférences et exercices pratiques. Méthode de Forlanini (Conférences et exercices pratiques à l'hôpital). Thoracoplastie. Thépapeutique génerale et médicamenteuse. — Hygiène : Etiologie générale : Voies d'infection de la tuberculose. Hérédité et contagion. Tuberculose d'origine bovine. Le lait. Facteurs sociaux. Prophylaxie : Désinfection des crachats, du linge. Protection de l'enfance. Isolement du tuberculeux. Hôpital. Sanatorium. Dispensaire antituberculeux. Armement antituberculeux.

Ve voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur. — Comme les années précédentes, le grand voyage annuel de la Société médicale (voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à Marseille, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le voyage commencera le 27 décembre au matin, par une visite du port. On passera la journée du 28 à Toulon, et, le 29, commencera l'étude des stations climatiques et des établissements de cure de la Côte d'Azur.

Successivement Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu, présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à Marseille, Nice et Monte-Carlo. Le trophée romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le laboratoire du Dr Voronoff, l'Observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques, des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera, au gré du voyageur, par une excursion dans les Alpes (6-7 janvier), ou par une excursion en Corse (6-10 janvier), ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, Dr M. Faure, 24, rue Verdi à Nice.

Association française d'urologie. — La 28e réunion du Congrès d'urologie aura lieu à Paris, du mardi 9 au samedi 13 octobre prochain

La question à l'ordre du jour est la suivante : *Les rétrécissements de l'uretère*, avec, comme rapporteur. M. le professeur J. Duvergey.

BIBLIOGRAPHIE

Les associations microbiennes. Leurs applications thérapeutiques par G. PAPACOSTAS et J. GATÉ. 1 vol. in-8e de 410 pages : 20 francs. Gaston Doin, éditeurs 8, place de l'Odéon. Paris (6e).

Après un chapitre de généralités sur la symbiose et le parasitisme chez les végétaux, les animaux et les bactéries, les auteurs étudient les associations microbiennes proprement dites, qu'ils classent suivant le milieu ou elles s'opèrent et suivant leur résultat final : associations microbiennes *in vitro* avec leurs deux modalités, stimulation et antibiose ; associations microbiennes *in vivo* avec leur deux types, synergie et antagonisme. Certaines questions secondaires comme l'action de certains microbes sur certaines toxines microbiennes, comme le probleme des milieux dits « vaccinés » (autoantibiose) sont également envisagées par les auteurs. Il en est de même de la question si mal précisée de la concurrence vitale entre bactéries.

Un chapitre est consacré au mécanisme des associations microbiennes.

Dans un court appendice les auteurs rapportent leur recherches expérimentales sur les associations microbiennes dans la diphtérie, recherches qui illustrent parfaitement les différentes modalités possibles de ces associations.

Enfin, dans un chapitre sur les applications pratiques des associations microbiennes les auteurs étudient les acquisitions de la bactériothérapie (action thérapeutique des ferments lactiques de la pyocyanose, des levures, etc.)

Une riche bibliographie complète l'ouvrage qui comprend, de plus, un index alphabétique des différents microbes étudiés permettant au lecteur de trouver rapidement le sujet qui l'intéresse.

The normal Diet par W. SANSUM (de Santa Barbara, Californie) : Un dollar et demi. St-Louis, 1927, The C. V. Mosby, Cy.

L'intéressant petit livre de Sansum, qu'il serait probablement intéressant de traduire en français, est consacré à l'étude du régime normal et des rapports entre médecin et patients au sujet des questions de régime. Il commence par l'énumération d'un certain nombre de menus, acceptables pour les palais américains et même pour certains palais français, avec appréciation de leur composition élémentaire, de leur valeur énergétique et de leur résidu.

La question des résidus, stimulants naturels de la motricité intestinale retient ensuite l'attention de l'auteur. Il indique que le transit digestif est beaucoup plus long qu'on ne l'enseigne : à l'état normal, 63 à 134 heures. De 14 à 62 heures il y a mauvaise utilisation de la ration. Les aliments sans résidus sont une cause de constipation : les purges et les lavements appliqués contre cette constipation installent un cercle vicieux. Bien des appendicites n'ont pas d'autre cause et bien des flux biliaires.

Le régime normal doit contenir assez d'aliments à cendres alcalines (amandes, pommes, asperges, bananes, haricots et fèves, betteraves, chou, carotte, céleri, chou-fleur, citron, laitues, lait, oranges, pêche, pomme de terre, raisin) pour équilibrer les aliments à cendres acides (pain, viande, blé, œufs, poissons, huîtres, riz) et empêcher l'acidose. Egalement pour empêcher l'acidose du type acétonique, il faut incorporer à la ration une quantité convenable de farineux et de sucre.

La ration doit être suffisante et ne pas être trop abondante. Elle doit contenir la quantité voulue de protéine, de matières minérales et de vitamines et elle doit comporter une quantité adéquate de liquides.

H. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le saturnisme dans l'industrie du caoutchouc [1]

Par MM.
F. HEIM DE BALSAC, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL.

Les ouvriers occupés aux différentes manipulations que subit le caoutchouc, pour être transformé en objets manufacturés, sont exposés à de multiples intoxications.

En ce qui concerne l'intoxication par le benzol, nous avons publié les constatations faites au cours d'une enquête dans une importante usine de province (2). Nous apportons aujourd'hui le résultat de nos recherches en vue de préciser les risques de saturnine dans la même industrie. Notre étude, poursuivie dans deux usines et à des dates différentes, offre le double intérêt de montrer, à la fois, l'existence réelle de ce danger et la possibilité de l'éviter.

***

Enquête I. — Elle a été faite en 1923, dans une usine de caoutchouc, occupant environ 2.500 ouvriers. Sur ce nombre, le danger d'intoxication saturnine existe seulement pour 7 d'entr'eux, travaillant dans un atelier spécial, dit *de mélange des poudres*. Ces poudres sont de magnésie, de baryte, d'ocre rouge, de soufre, de chaux grise et blanche, enfin de litharge : cette dernière seule nous intéresse en ce qui concerne le saturnisme.

De ces 7 ouvriers, 3 sont occupés directement à faire les pesées et les mélanges, 3 servent de manœuvres, 1 a le rôle de contre-maître : manœuvres et contre-maître séjournent dans une atmosphère de poussières, et sont exposés à l'intoxication, quoique moins directement que les premiers. On constate d'ailleurs que les uns et les autres ont les vêtements, le visage et la barbe chargés de poussières.

A ces 7 ouvriers nous devons en ajouter 2 autres, travaillant dans une pièce qui est voisine de l'atelier de vulcanisation et communique avec lui : ils sont chargés, comme les précédents, du dosage et du mélange des poudres. Exposés à respirer les vapeurs de benzol, ils sont menacés de benzolisme, comme leur contact direct avec des poudres plombifères les menace de saturnisme.

Ces 9 sujets ont présenté, au point de vue clinique et hématologique, les stigmates et symptômes saturnins que voici. Des coliques de plomb chez 2 d'entr'eux, soit 22 %. Un liseré de Burton chez 3, soit 33 %. La pression artérielle maxima, prise avec l'appareil Pachon, était chez 7 d'entr'eux de 16 à 18 : chez 2 de 19, l'un âgé de 39, l'autre de 51 ans. Enfin l'examen du sang nous a montré la présence de globules rouges à granulations basophiles, éléments si rarement rencontrés en dehors de l'imprégnation saturnine, dans 77 % des cas.

Enquête II. — Elle a été faite plus récemment, en 1927, dans une fabrique de pneumatiques occupant un personnel de 200 personnes environ, en majorité des femmes, lesquelles ne sont pas chargées des travaux exposant à l'intoxication par le plomb.

En ce qui concerne ce danger, une dizaine d'ouvriers sont susceptibles d'inhaler des poussées plombifères. Nous avons pu en examiner 6. Les trois premiers sont chargés de la pesée et de la répartition des poudres, renfermant du sulfate de zinc, du soufre, du plomb sous forme de litharge, etc. Les trois autres sont occupés dans une salle plus vaste, dans laquelle fonctionnent des appareils mélangeurs, dont ils surveillent la marche.

Ces 6 ouvriers, âgés de 22 à 44 ans, exercent leur profession depuis une durée moyenne de un an et demi environ. Or on ne relève chez eux aucun symptôme actuel ou ancien de saturnisme, ou aucun stigmate (ni liseré, ni taches buccales, ni hématies à granulations basophiles). La tension artérielle était chez tous sensiblement normale (tension maxima entre 15 et 13, avec l'appareil de Vaquez-Laubry). Les urines ne renfermaient pas d'albumine.

***

Si l'on envisage les résultats de la première enquête, et si on les compare aux constatations de nos autres enquêtes ayant porté sur diverses professions saturnines (fabrication des accumulateurs, industrie de la plomberie, fabrication des émaux céramiques, fabrication de peintures plombifères, peinture des carrosseries pour automobiles[1]), on est frappé de ce fait que la proportion des stigmates et des accidents saturnins est relativement élevée dans le groupe d'ouvriers dont nous nous occupons ici. Il y a donc là un danger qui n'est pas négligeable, et sur lequel l'attention doit être attirée.

Par contre, la comparaison entre les deux enquêtes dont nous apportons aujourd'hui les résultats, montre que si le danger existe, il peut du moins être évité. On a vu en effet que les ouvriers de la deuxième usine se sont montrés indemnes d'accidents et de stigmates, bien qu'ayant été exposés à la possibilité de l'intoxication saturnine pendant un temps suffisant pour que la menace de saturnisme ait pu se réaliser. Nous n'avons pas à rappeler, en effet, car ce sont des notions aujourd'hui classiques, que les stigmates du saturnisme, et en particulier la présence d'hématies à granulations basophiles, peuvent être d'apparition très précoce, et, comme les coliques de plomb, se montrer chez des sujets exposés depuis seulement quelques jours à l'intoxication.

Nous devons ajouter d'ailleurs que la différence entre ces deux enquêtes s'explique aisément, et ne nous a pas surpris. En effet, bien que des conditions suffisantes d'hygiène industrielle soient réalisées dans la première usine, tant en ce qui concerne la disposition des locaux que les précautions prises contre les produits toxiques, il nous a semblé que l'usine que nous avons visitée en deuxième lieu, et d'ailleurs aussi beaucoup plus récemment, était encore mieux aménagée et surveillée. Nous avons su d'autre part, — et c'est là sans doute le fait capital, — que la proportion de plomb dans les poudres des mélanges était beaucoup moindre dans cette dernière.

***

Nous pouvons donc de ces faits tirer les conclusions pratiques suivantes.

Certaines manipulations de l'industrie du caoutchouc exposent une partie des ouvriers au danger du saturnisme professionnel.

Ce danger peut être atténué par les mesures générales de prophylaxie (aération des locaux, port de gants et de masques, surveillance hygiénique des ouvriers, opération du mélangeage faite hors de l'usine, comme on le pratique en Angleterre, etc.).

---

(1) Travail de l'Institut d'hygiène industrielle (Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris).

(2) F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL. — Le benzolisme chronique professionnel dans l'industrie du caoutchouc. *La Presse médicale* n° 46, 7 juin 1924.

(1) F. HEIM de BALSAC, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL. — L'intoxication saturnine dans l'industrie de la fabrication des accumulateurs. (*Le Bulletin Médical*, 39e année, n° 37, 9 septembre 1925.) — Les risques d'intoxication saturnine dans l'industrie de la plomberie, le *Progrès Médical*, n° 18, 2 mai 1925.) — Les risques d'intoxication saturnine dans la fabrication des émaux céramiques, (*Paris Médical*, 11e année, n° 48, 29 novembre 1921.) — Résultats d'une enquête dans un atelier de fabrication de peintures plombifères. (*La Presse Médicale*, n° 72, 6 septembre 1921.) — Enquête sur les manifestations morbides présentées par les ouvriers peintres en voitures. (*Le Progrès Médical*, n° 11, 8 avril 1922.)

Mais en outre il semble que l'on peut, sans que la valeur des produits manufacturés en souffre, diminuer notablement dans les poudres plombifères utilisées, la proportion de sels toxiques. C'est donc à déterminer le minimum de plomb nécessaire que doit viser particulièrement la prophylaxie du saturnisme dans l'industrie du caoutchouc (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

La rachi-anesthésie

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

Nulle question n'a été aussi discutée que celle de la rachi-anesthésie.

Dans la pratique, les chirurgiens se divisent à son sujet en deux camps bien tranchés : Ceux qui l'emploient couramment et qui en pensent tout le bien qu'elle mérite ; et, ceux qui ne la connaissent pas ou l'emploient mal, déclarent soit *a priori*, soit après quelques échecs, et sans expérience suffisante qu'elle ne vaut rien.

Ayant une assez grande expérience de ce mode d'anesthésie et ayant, moi aussi, passé par les phases successives du mépris basé sur l'ignorance de la méthode, puis du doute basé sur une expérience insuffisante, puis de l'enthousiasme des adeptes d'une méthode qui apparaît tous les jours plus précise avec l'expérience qu'on en acquiert, je vais essayer de vous donner ici les résultats de cette expérience, d'où se dégage pour moi la notion très précise que, dans certaines conditions d'indications posées de son emploi, avec une technique bien définie, avec un peu d'habitude de sa pratique, la rachi-anesthésie doit trouver logiquement une place à côté des autres modes d'anesthésie (anesthésie locale, régionale, générale).

Elle n'est pas une panacée universelle. Son emploi judicieux doit être réservé à certaines interventions, à certains sujets, dans des circonstances bien précises.

Il ne faut pas surtout l'employer comme un pis aller pour suppléer à d'autres modes d'anesthésie considérés dans les cas particuliers comme trop dangereux. C'est cette manière paradoxale de l'utiliser qui lui fait, je crois, dans l'esprit de certains cliniciens, le plus grand tort, en grevant leurs statistiques d'accidents ou de morts qu'il ne faut pas imputer à la méthode, mais à son emploi injustifié.

J'ai pratiqué ou fait pratiquer autour de moi par mes collaborateurs ou par mes aides plusieurs milliers d'anesthésies rachidiennes et j'ai tenu ma statistique à jour jusqu'en décembre 1923.

A ce moment j'avais communiqué les résultats de 1.011 rachi-anesthésies, toutes faites par le procédé de Jonnesco légèrement modifié suivant la technique que j'ai plusieurs fois indiquée (2), dont je vous rappellerai plus loin les grandes lignes.

(1) Sans qu'il nous soit possible de donner ici une bibliographie étendue de cette question, nous devons signaler l'important article de la doctoresse A. Hamilton, sur *l'Industrie du caoutchouc*, dans *l'Encyclopédie d'Hygiène*, publiée par le Bureau International du Travail (fascicule 26, Genève, 1925.)

(2) Voir à ce sujet :

Etude sur la rachi-anesthésie par PLISSON et BROUSSE. (*Archives de Médecine militaire*, mars 1921.)

La rachi-anesthésie. (Rapport à la Société de Médecine militaire française. Séance du 6 avril 1922, page 118.)

1.011 cas de rachi-anesthésie par PLISSON et CLAVELIN. (Société de Chirurgie de Paris. Rapport de M. RICHE, 5 décembre 1925, page 1403.)

Le dépouillement d'une statistique partielle bien tenue à jour m'a montré que dans une tranche de 618 opérations, la proposition des rachis pratiquées étant la suivante :

Rachi-anesthésies................	349
Anesthésies générales à l'éther....	178
Anesthésies au chloroforme.......	26
Anesthésies au chlorure d'éthyle...	57
Anesthésies locales ou régionales..	58

Il résulte de ces chiffres que j'emploie la rachi-anesthésie dans à peu près la moitié des interventions qui se pratiquent journellement sur notre clientèle militaire, d'où sont à peu près exclues les femmes, et où la grande proportion des opérés appartient à des sujets mâles de 20 à 40 ans. Et je ne pense pas que dans l'avenir la proportion d'une rachi anesthésie sur deux opérés doive beaucoup varier en raison des indications que je crois actuellement bien précisées de l'emploi de cette méthode.

Indications. — Les indications tiennent à la *localisation anatomique* de la région à opérer, à l'*âge du sujet*, à son *état général*, à la *nature des lésions* pour lesquelles il faut intervenir.

L'opération la plus haute que j'ai pratiquée avec la rachi-anesthésie segmentaire (type Jonnesco, sans barbotage) a été l'extirpation d'un abcès froid rétro sterno-costal avec résection osseuse de la 4e et de la 5e côtes. (Piqûre au niveau du 7e espace intervertébral. Anesthésie très bonne. Aucun accident.)

1° Mais d'une façon générale, je limite de plus en plus la rachi-anesthésie à la région sous-diaphragmatique. Encore faut-il ajouter qu'elle me paraît surtout applicable à la région sous-ombilicale.

Je l'ai systématiquement employée à l'exclusion de toute autre méthode (sauf contre-indications pour les cas d'espèces), à la chirurgie des membres inférieurs :

Grandes amputations ; résections et désarticulations ; ostéosynthèse des fractures.

Sur le périnée et les organes génito-urinaires : rectum et anus ; bourses ; prostate ; vessie.

Pour la chirurgie du grêle et du cadre colique ;

Toujours avec un résultat parfait. Mais dans les interventions un peu longues (dépassant une heure) les malades *se plaignent légèrement des manœuvres intra-péritonéales* à la fin de l'intervention.

2° J'ai pratiqué des interventions à la rachi dans la portion sous-diaphragmatique haute de l'abdomen comprenant :

Foie et voies biliaires ; rate ; estomac ; reins.

La rachi donne une bonne anesthésie, mais, avec le procédé de Jonnesco, elle nécessite une piqûre assez haute (7e ou 8e espace) qui est un peu délicate et un peu impressionnante pour ceux qui n'en ont pas l'habitude.

L'anesthésie remonte en général jusqu'au dessus du mamelon ; mais, sans qu'il y ait d'accident à proprement parler, les malades sont plus gênés que dans la rachi plus basse et quelques-uns se plaignent en particulier d'une sensation pénible de constriction du thorax avec difficulté de respirer.

Je n'ai néanmoins constaté aucun accident, sauf un cas de mort pour *splénectomie* chez un malade présentant une plaie thoraco-abdominale avec hémorragies à répétition datant de plusieurs jours. J'attribue nettement cet échec à une faute dans l'indication de la rachi. Je n'aurais pas dû la faire chez un malade choqué et hémorrha-

gique. Cet accident ne doit donc pas être mis au compte de la rachi-anesthésie elle-même, mais à celui des fautes commises dans l'application de la méthode.

3° Je n'ai utilisé la rachi qu'une fois dans une opération pariétale thoracique (abcès-froid sterno-costal). Je ne l'ai jamais employée en chirurgie endo-thoracique où je préfère soit l'anesthésie locale, soit la courte anesthésie générale au chlorure d'éthyle, soit l'anesthésie générale à l'éther oxygéné ou au mélange de Schleicht, au balsoforme, etc.

4° Je ne pratique jamais de rachi-anesthésie générale, car je ne puis me défaire de cette idée que plus la masse de l'anesthésique s'approche du bulbe, plus les accidents bulbaires me paraissent possibles et graves s'ils se produisent.

C'est du reste à ce même point de vue que je me place en supprimant tout barbotage et tout prélèvement de liquide céphalo-rachidien, estimant que moins la diffusion du liquide anesthésique est grande, plus son action locale est active (segmentaire) et moins les accidents bulbaires et les accidents post-anesthésiques (céphalées, rachialgies) sont à redouter.

Contre-indications. — Je n'ai jamais pratiqué de rachi-anesthésie sur des enfants de moins de 15 ans, estimant qu'à cet âge les centres nerveux sont très sensibles et que l'état des émonctoires est tel, qu'à part de très rares contre-indications, l'anesthésie générale par inhalation est admirablement supportée.

Chez les vieillards, il n'y a pas de contre-indication due à l'âge mais à des facteurs entrant dans le cadre des contre-indications générales :

Etat de shock ; hémorrhagie ; pression sanguine basse ; lésions cérébro-médullaires.

L'hypertension n'est pas une contre-indication, au contraire, à moins de lésions nerveuses constatées.

La brièveté de l'intervention ne constitue pas une contre-indication.

Je fais toutes les hernies, appendicites, opérations sur les bourses, cures complexes de varices, etc. avec la rachi en employant un minimum d'anesthésique,

Jamais plus de 1 cmc. de liquide injecté avec 10 centigrammes d'anesthésique ; souvent la moitié seulement (hernie, varices).

Etats constitutionnels. — Je n'ai jamais constaté d'accidents spéciaux chez les diabétiques, les syphilitiques ou les hyperazotémiques

Je fais une réserve pour les syphilitiques avec réaction méningo cérébro-médullaire, chez lesquels j'évite la rachianesthésie.

J'estime, au contraire, que chez les hyperazotémiques la rachi est l'anesthésie la plus sûre et la moins toxique pour le foie et pour le rein, en raison du peu de substance anesthésique absorbée.

Etats septicémiques graves. — Ces malades présentent une variété de shock toxique qui, à mon avis, contre-indique la rachi.

Hypotension artérielle. — Elle m'apparaît comme la grosse contre-indication de la rachi, qu'il s'agisse de chocs nerveux, hémorrhagiques, toxiques ou mixtes.

Donc, pas de rachi dans les grandes hémorrhagies, chez les shockés, dans les occlusions et étranglements, avec phénomènes de collapsus.

(Au contraire, la rachi me paraît utilisable chez les sujets robustes, quand ces accidents sont très récents et n'ont pas encore retenti sur l'état général).

Pas indiquée non plus dans les infections péritonéales graves et surtout déjà anciennes avec modifications du pouls.

Je n'ai jamais constaté d'hémorrhagie cérébrale chez les artério-scléreux.

En résumé, les contre-indications de la rachi me semblent être les suivantes : états de schock ; hémorrhagies graves ; malades à tension basse ; malades présentant des lésions cérébro-médullaires en activité ou des séquelles de lésions méningo-médullo-encéphaliques (anciens otitiques, anciens méningitiques, etc.)

Technique. — J'emploie la technique de Jonnesco légèrement modifiée. Je vous la résume brièvement :

Aiguille aussi fine que possible avec biseau court et mandrin rigide.

L'aiguille dite de Tuffier est beaucoup trop grosse. J'estime que beaucoup de petits accidents (céphalées, rachialgies, ratés de l'anesthésie) sont dus à une trop grosse aiguille qui fait un ou plusieurs trous dans l'étui dural par où s'écoule ensuite le liquide céphalo-rachidien et quelquefois l'anesthésique.

J'emploie toujours *l'allocaïne Lumière* en solution à 10 p. 100 dans le sérum physiologique à 8 1/2 p. 1.000, sans addition d'aucun produit. (Solution dite du Dr Brousse, mon ancien assistant.)

Je ne dépasse jamais la dose de 1 cmc. de la solution, c'est-à-dire de 10 centigrammes d'allocaïne.

Souvent j'en ai employé 2 fois moins (4, 5, 6 centigrammes) pour les interventions de courte durée.

Autrefois, je faisais précéder la rachi d'une injection de 0,25 centigrammes de caféine, 1/2 heure avant la ponction ; actuellement je fais une injection de sédol.

Je fais en général la piqûre dans la position assise classique de Quinke, mais cela n'a à mon avis aucune importance et je l'ai faite souvent en décubitus latéral sans rien observer de spécial.

Le point où je pratique la ponction varie avec le point à opérer. Exemples :

Membres inférieurs et périnée : 2e espace lombaire.
Hernies : entre le 10e et le 11e espace dorsal.
Appendicites : entre le 9e et le 10e espace dorsal.
Région ombilicale : entre le 8e et le 9e.
Région sous-diaphragmatique : entre le 7e et le 8e dorsal.
Reins : entre le 7e et le 8e.

Jamais je ne soutire de liquide céphalo-rachidien dont il ne s'écoule que quelques gouttes, le temps d'ajuster ma seringue à l'aiguille. *Jamais de barbotage.* Je me contente de laisser repousser le piston sur un centimètre de course environ par la pression du liquide céphalo-rachidien, afin d'être bien sûr d'être dans le bon espace.

J'injecte très rapidement en poussant le piston comme pour une injection sous-cutanée de 2 cmc.

Les doses d'anesthésique doivent être basées sur la durée de l'opération :

Pour 20 minutes à 1/2 heure : 6 centigrammes d'allocaïne suffisent.

Pour 1/2 heure à 1 heure : 10 centigrammes suffisent.

Incidents et accidents. — *Les ratés me paraissent uniquement sous la dépendance des fautes de technique.* On en a de moins en moins au fur et à mesure qu'on utilise davantage la méthode.

Les raisons principales à invoquer pour expliquer les insuccès de la rachianesthésie sont les suivantes :

Anesthésique altéré ;

Insuffisance de la dose, non pas injectée, mais ayant réellement pénétré dans l'étui rachidien et dont les causes sont :

La non pénétration de l'aiguille dans le liquide céphalo-rachidien ou sa sortie au cours de l'injection ;

Un long biseau de l'aiguille qui fait que le canal de l'aiguille peut être ouvert partie dans le canal rachidien, partie en dehors ;

Une très grosse aiguille laissant s'écouler une partie appréciable du liquide céphalo-rachidien chargé d'anesthésique quand elle est retirée, en laissant un véritable trou à l'emporte-pièce dont j'ai pu m'assurer de la réalité par la présence d'une petite rondelle de ligament jaune dans l'orifice de l'aiguille bouchée, et enlevée comme à l'emporte-pièce.

En conséquence, en cas de non anesthésie, il ne faut pas hésiter à considérer que le liquide anesthésique n'est pas dans l'étui dural et on doit recommencer la ponction.

Jamais je n'ai constaté d'accident à la suite de cette manière de faire.

J'ajoute ici que les rachi-anesthésies répétées à plusieurs jours de distance sont sans danger. J'ai publié de nombreuses observations de malades ayant subi 2, 3, 4 rachi-anesthésies à intervalles plus ou moins rapprochés, sans aucun inconvénient. (Rapport à la Société de médecine militaire française, 6 avril 1922, pages 118 et suivantes.)

Accidents pendant l'opération. — Je n'ai observé qu'une seule mort de collapsus cardiaque au cours d'une splénectomie pour plaie thoraco-abdominale et que j'ai déjà rappelée plus haut.

La faute en est à l'emploi de la rachi dans un cas où existait une contre-indication formelle, en raison de l'état de shock et de l'hypotension par hémorrhagie grave intra-péritonéale.

1°) Vomissements. — Je les observe quelquefois sous forme de quelques régurgitations sans importance et, pour dire vrai, je n'ai pas de statistique exacte, mais cela ne me paraît pas dépasser 10 p. 100 des cas.

Ils se produisent en général sur la table d'opération vers la 10e minute et cessent ensuite.

J'en ai observé de plus tardifs, le 2e ou le 3e jour, avec céphalée persistante, et j'avoue que je n'ai rien trouvé comme explication satisfaisante à ces phénomènes qui varient avec les cas d'espèces.

Le seul point paraissant établi, c'est que les accidents semblent se produire en séries dues à l'utilisation de certaines boîtes d'ampoules ne paraissant cependant présenter aucune altération.

Je n'ai observé qu'un cas de lipothymie grave chez un Annamite qui, malgré nos recommandations, désirait voir son opération assez impressionnante pour un opéré (désossement de la tête fémorale dans un moignon d'amputation haute de la cuisse.

J'attribue ce fait à l'émotivité, car dans la suite le malade a subi trois nouvelles rachi-anesthésies sans aucun malaise.

2°) Hypotension. — Quand on prend la pression au Pachon, on constate toujours une baisse sensible pendant l'intervention.

Mais je n'ai jamais eu d'alertes graves nécessitant des manœuvres spéciales.

Quelquefois, un peu d'angoisse respiratoire avec pâleur de la face cédant à quelques flagellations sur la figure avec une serviette mouillée.

Dans quelques rares cas, j'ai pratiqué une injection [de] caféine et d'huile camphrée.

3°) Je n'ai jamais observé de syncope grave ni eu [à] employer l'injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Dans le cas de mort que j'ai relaté plus haut, je n[e] connaissais pas encore l'emploi de cette méthode et je n[e] l'ai par conséquent pas utilisée.

4°) Séquelles post-opératoires. — Il faut avoue[r] que la céphalée légère et fugace est assez fréquente.

La céphalée durable et tenace avec vomissements es[t] beaucoup plus rare — 2 à 3 p. 100 des cas à peu près — (je n'ai pas de statistique exacte, c'est une impression).

Je n'ai jamais observé de réactions méningées avec rai[deur] de la nuque ni Kernig ; quelquefois une légère pho[tophobie] accompagnant la céphalée.

5°) La rétention d'urine est rarissime dans nos service[s] où nous faisons cependant une proportion important[e] d'opérations sur le périnée ou les régions inguino-cru[rales].

6°) Je n'ai jamais observé de radiculite.

7°) J'ai, par contre, observé un cas de paralysie bilaté[rale] du droit externe, apparue 15 jours après le rachi e[t] guérie spontanément.

8° et 9°) Jamais je n'ai vu de paralysie des membres inférieurs ni d'escharres.

***

Conclusions.

De mon expérience personnelle, je me permets de tire[r] les conclusions suivantes :

1°) J'estime que la rachi-anesthésie doit être réservée à la chirurgie sous-diaphragmatique avec élection pour le périnée, les membres inférieurs et l'étage sous-méso-colique de l'abdomen.

2°) Elle ne doit pas être une panacée universelle et en particulier elle ne doit pas être considérée comme le mode d'anesthésie à employer *en désespoir de cause* quand tous les autres modes d'anesthésie apparaissent comme dangereux.

3°) Elle est efficace, anodine, facile à réaliser, à condi[tion] : a) d'avoir une technique simple ; b) des indications précises ; c) d'en connaître les contre-indications for[melles].

L'anesthésie segmentaire du type Jonnesco pratiquée avec un minimum de substance anesthésique (10 centi[grammes]), une aiguille fine, sans extraction du liquide céphalo-rachidien et sans barbotage, me paraît la techni[que] de choix.

Il ne faut jamais employer la cocaïne, mais un succé[dané] tel que allocaïne, syncaïne, etc.

Il faut employer un anesthésique très pur, bien stérilisé et sans addition d'aucune substance étrangère.

Il faut ponctionner à des hauteurs différentes basées sur les connaissances de l'émergence des racines inner[vant] les parties à opérer.

4°) Vous devez éviter la rachianesthésie chez tous les jeunes sujets (âgés de moins de 15 ans) ; dans les états de shock ; dans les infections et les intoxications graves avec collapsus cardiaque ; après les grandes hémorrhagies chez les hypotendus ; chez les porteurs de lésions en évolution ou des séquelles des lésions cérébro-médullo-méningées.

5°) En particulier, la rachi ne semble pas pour toutes ces raisons pouvoir être d'un emploi courant en chirurgie de guerre.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de technique sanitaire, publié sous la direction de : F. Putzeys et F. Schoofs. Tome V. **La réforme économique et technique des constructions hospitalières**, par MM. F. Putzeys, F. Schoofs, G. Vellut, G. Maukels. Un volume in-8 raisin (16 × 25) de 534 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. Broché. Prix : 80 francs. Librairie polytechnique Ch. Béranger, Paris, rue des Saint-Pères, 15.

La technique sanitaire, ayant suivi de près les progrès de l'hygiène scientifique, embrasse actuellement un domaine si vaste que, pour en exposer les diverses parties, il est devenu nécessaire de diviser le travail.

Par une conséquence immédiate, il va de soi qu'un ouvrage consacré à des matières de nature essentiellement différente ne peut avoir pour objet de départir aux lecteurs des compétences multiples qui restent le propre des spécialistes. Aussi le présent traité est-il surtout destiné à éclairer les personnes, qui, étrangères au génie sanitaire, désirent en connaître les ressources, être à même de poser certains problèmes et d'apprécier les solutions qu'on leur présente.

Il ne suffit donc pas d'exposer l'ensemble des méthodes auxquelles on recourt pour assurer la salubrité des villes et des habitations, il fallait, en outre, montrer aux intéressés comment il convient que les programmes soient dressés, les projets étudiés, leurs données vérifiées et l'exécution surveillée et contrôlée.

En d'autres termes, après avoir mis en lumière, au début de chaque section, lorsque cela a été jugé utile, les principes d'hygiène dont il importe que les administrateurs, ingénieurs, architectes, constructeurs, se pénètrent, on passe à la description des procédés les mieux appropriés aux différentes circonstances en s'attachant à faire saisir la portée des formules que les techniciens utilisent et amener progressivement le lecteur à comprendre comment s'élaborent les projets.

Les tumeurs villeuses du rectum, par André Lambling. Un volume de 170 pages avec 15 figures : 18 f. Masson et et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les tumeurs villeuses sont fréquentes. Elles sont différentes par leur aspect clinique et par leurs caractères histologiques des autres néoformations rectales, et en particulier de l'adénome et du cancer.

Etiologiquement, elles sont presque exclusivement l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse. Macroscopiquement, elles doivent leur physionomie très particulière au fin chevelu des villosités qui forment leur surface, d'où leur dénomination de « tumeur villeuse » restée classique.

Dans un premier chapitre, l'auteur aborde l'étude clinique d'ensemble de la tumeur villeuse. Il étudie ensuite les aspects histologiques de ces trois variétés de tumeurs situant leur place dans le cadre nosologique, la tumeur villeuse bénigne, surtout vis-à-vis de l'adénome et la forme dendritique à côté de l'épithélioma cylindrique d'origine glanduleuse.

Les caractères histologiques de ces tumeurs une fois précisés, il rappelle dans un chapitre d'ensemble la symptomatologie et l'évolution propres à chacune d'elles et discute leurs pronostics.

Au chapitre du diagnostic, une part importante est faite à la biopsie. Les effets de la radium et de la radiothérapie sont indiqués ainsi que la valeur de la fulguration. On trouvera enfin un exposé de l'intervention chirurgicale avec indication des meilleures techniques opératoires qui méritent d'être retenues.

Sémiologie oculaire. Statique et dynamique oculaires, par Félix Terrien. 1 volume de 224 pages avec 100 figures : 40 fr. Masson et Cie, éditeurs, boulevard Saint-Germain, Paris.

Après avoir décrit dans les trois premiers volumes de sa « Sémiologie oculaire » la « calotte cornéo-sclérale », le « diaphragme irido-ciliaire », enfin le « cristallin et son appareil suspenseur », l'auteur envisage « les troubles de la statique et de la dynamique oculaires ». Ce quatrième et dernier volume complète la série d'études anatomiques, physiologiques et thérapeutiques consacrées par le Professeur Terrien à ces régions.

Il étudie tout d'abord l'équilibre statique du globe : orthophorie et hétérophorie, avec leurs différentes variétés, puis son équilibre dynamique.

Celui-ci, à l'état normal, grâce aux mouvements réflexes de convergence et de latéralité suivant les lois d'extériorisation et de projection, permet les visions binoculaire et simultanée. Ses altérations donneront lieu aux *strabismes fonctionnels ou paralytiques*.

Le dernier chapitre est réservé aux déplacements du globe oculaire en totalité : *exophtalmie et enophtalmie*.

Mais comment comprendre les symptômes multiples et variés réultant des troubles de l'appareil moteur sans avoir présentés les notions fondamentales d'anatomie et de physiologie concernant les mouvements oculaires ?

Aussi, avant de décrire leurs altérations pathologiques : troubles fonctionnels et paralytiques, ces notions sont rappelées très rapidement.

Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale, par G. Blechmann, H. Chabanier, René-A. Gutmann, Paul Chevallier, L. Devraigne, Jean Charrier, G. Heuyer, Y. Kermorgant, Jean Madier, A. Monbrun, A. Moulonguet, Pierre Fruvost, Daniel Routier, A. Tzanck. 2 vol. in-8° formant 1.696 pages, avec 144 figures dans le texte. Reliés, 175 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Le temps est passé où, de la Science médicale, un seul pouvait tout connaître à fond.

Pour créer cette *Nouvelle pratique thérapeutique*, les éditeurs se sont adressés à des médecins connus dans leur spécialité, et toutes les maladies de la médecine ou de la chirurgie générale, des diverses spécialités, tous les cas de pratique obstétricale, de pathologie des pays chauds même, ont été envisagés.

Chaque auteur, en chaque matière et dans chaque cas, étudie le problème pratique tel qu'il se pose au médecin. Parfois la conduite est facile, le traitement simple et les auteurs ont simplement indiqué leur manière de faire, les méthodes et les médicaments qui leur ont paru les meilleurs. D'autres fois, il s'agit de maladies plus longues, plus difficiles, où il faut savoir varier les méthodes, toutes les ressources de la thérapeutique sont alors successivement invoquées.

De cette conception est né un traité moderne de thérapeutique, que l'on s'est efforcé de rendre clair, complet, dépouillé de toute inutilité ; on peut dire qu'en toute circonstance de sa pratique générale ou spéciale, le médecin de ville, de campagne, de colonie, y trouvera un guide précieux.

L'ordre adopté est l'ordre alphabétique par nom de maladie. D'innombrables renvois évitent dans les synonymies, dans les sous-variétés, le moindre doute et permettent de trouver immédiatement, sans aucune recherche, la thérapeuti que dont on a besoin.

Mais employée dans les conditions que je viens de vous exposer brièvement, et avec la technique que je vous ai indiquée, la rachianesthésie doit absorber environ la moitié des opérations de la pratique courante (1).

HISTOIRE DE LA MEDECINE

De la Physiognomonie à la Phrénologie.

Histoire et évolution des écoles et des doctrines,

Par le Dr **Paul DELAUNAY.**

I. — Des origines au XVIIIe siècle

Les premiers physionomistes : Zopyre, Hippocrate, Erasistrate ; la collection aristotélique et la physiognomonie positive : les petits occultistes grecs. — La physiognomonie verse dans la métaphysique astrologique : Barth. Coclès, Jean de Hagen, J. Cardan, Peruchio, Belot ; rapports des planètes et constellations avec la face, les parties du corps, et les inclinations ; signes fastes et néfastes ; prédictions physiognomoniques. — Réaction : pyrrhonisme de Rabelais et de Montaigne ; art réaliste de Léonard de Vinci ; physiognomonie de Porta, rationalisme de Bacon. — Retour à l'astrologie : Cureau de la Chambre. — Décadence de la physiognomonie : elle évolue vers la morphologie et l'esthétique avec Testelin et Lebrun, vers la psychologie avec La Bruyère. Anathèmes de l'abbé Thiers ; réprobation de la Faculté de médecine.

On raconte que Zopyre ayant prétendu découvrir sur le visage de Socrate la marque d'un caractère violent et d'impulsions grossières, le Sage dut confesser qu'il avait éprouvé semblables penchants, et ne s'en était pu défaire qu'à force de volonté. Le proverbe : *fronti nulla fides* n'est donc pas toujours exact. Une légende rapporte qu'à la cour d'Alexandre, roi de Macédoine, Hippocrate devina de quels feux inavoués Perdiccas, fils du monarque, se consumait pour Phila, sa belle-mère. Erasistrate, lui aussi, pressentit l'amour d'Antiochus, fils de Séleucus Nicanor, roi de Syrie, pour Stratonice. Encore ne faut-il voir là que la preuve de quelque perspicacité. En réalité c'est sous le nom d'Aristote que pour la première fois, dans le livre apocryphe des *Physiognomoniques* fut codifiée la physiognomonie.

« *Physiognomonia*, dit le Stagirite..... *est de naturalibus passionibus quæ sunt in anima et accidentibus quæcumque adveniunt, et transmutant signa physiognomizata* » (2). Les traits qu'impriment au visage certaines passions évidentes ; l'analogie observée entre le facies de certains hommes et celui d'animaux doués de propensions semblables ; l'influence du climat, « celuy qui ressemble aux hommes d'un autre climat [ayant] les mêmes inclinations qu'eux » ; enfin les analogies sexuelles, « les hommes qui ont quelques traits de la beauté des femmes [éprouvant] les mêmes inclinations qu'elles », et réciproquement ; tels sont les fondements de la doctrine aristotélicienne que complète le fameux *syllogisme physiognomonique* dont les logiciens trouveront l'exposé et le schéma dans Porta. Le pseudo-Aristote y ajoute les inductions tirées du teint, du système pileux, de la voix, de l'attitude, de la forme des membres, etc. Il se maintient, comme on voit, sur le terrain physiologique, et la description qu'il donne des différents caractères, *fortis, timidus, ingeniosus, insensatus, inverecundus, iracundus, mansuetus*, etc. n'a rien que de rationnel.

Mais la physiognomonie, dédaigneuse de ces données purement objectives, verse bientôt, comme la chiromancie, dans l'occultisme. Du temps de Ptolémée (Philadelphe ?), datent les deux petits traités de Melampus, l'un Περι παλμων μαντιχη dénombrant les significations divinatoires des tics, frémissements, battements, trémulations et horripilations, l'autre, Περι ελαιων του σωματος, celles des nœvi. Plus tard, au IIe, peut-être au IIIe siècle de notre ère, apparaissent les élucubrations du rhéteur grec Polémon ; au IVe, le sophiste Adamantius, médecin juif, dédie les siennes à l'empereur Constance.

Si, par la suite, les secrets du Grand Albert témoignent d'un retour inattendu aux conclusions objectives tirées de l'habitus extérieur, (les sourcils épais marquent un homme économe, discret, sage, curieux des belles choses, riche en apparence. Les cheveux roux indiquent un homme envieux, malin, trompeur, superbe et médisant ») les physiognomonistes s'adonnent plus volontiers aux rêveries des astrologues chaldéens, égyptiens, alexandrins, des cabalistes juifs et arabes, qui se relient d'ailleurs aux pratiques des tireurs d'horoscopes et amateurs de géomance.

Michel Scot, l'Ecossais (1210-1290) écrit son *De procreatione et hominis physionomia* que M. Wenssler imprimera vers 1480 à Bâle. L'art typographique, dès sa naissance, vulgarise ces sortes d'ouvrages, qui se multiplient au XVIe siècle, prodigieusement : *Chyromantiæ ac Physionomie anastasis* (Bologne, 1504), de Barth. della Rocca, dit Coclès, dont les presses strasbourgeoises publieront encore en 1533 et 1534 *Physiognomie et chiromantiæ compendium*. En 1522, Jean de Hagen, *ab Indagine* (qu'il ne faut pas confondre avec le Chartreux du même nom) dédie à Albert, archevêque de Mayence, sa *Chiromance et phisionomie*. Enfin le grand maître de l'occultisme, J. Cardan, codifie les observations de ses devanciers. En sa doctrine, comme en celle d'Agrippa (1), survit le panthéisme spiritualiste des pythagoriciens, alexandrins et cabalistes. Le monde matériel est régi par des forces, génies ou esprits émanés de Dieu. L'univers est hiérarchisé en trois plans de valeur décroissante : plan intellectuel ou divin, plan céleste ou astral, plan terrestre ou élémentaire, tous en mutuelle dépendance et constante interréaction. On retrouvera donc dans le microcosme humain, et particulièrement à la face, un abrégé des correspondances et influences des trois plans macrocosmiques. Chaque partie du front a son dominateur astral. De haut en bas s'étagent les lignes de Saturne, Jupiter, Mars, Phébus, Vénus, Mercure, enfin celle de la Lune superposée aux arcades sourcilières. Mais Cardan n'est pas toujours, en cela, d'accord avec ses successeurs. Peruchio affecte à Vénus la ligne susprasourcilière gauche, à Mercure la droite, à la Lune la ligne intersourcilière. Me Belot, curé de Milmonts, « maistre aux sciences divines et célestes » et grand tireur d'horoscopes, répartit de haut en bas les domaines de Saturne, Jupiter et Mars ; mais il assigne à Vénus la racine du nez, à Mercure le dos du nez, au Soleil le sourcil droit, à la Lune, le gauche. Au reste y faut-il adjoindre, avec les Hébreux, l'influence des Génies, maîtres des maisons zodiacales, en liaison avec le cours des planètes ; pour Saturne, Capriel et Aquatiel, ou Gediel et Deliel ; pour Jupiter, Sagitariel et Piscel ou Acabiel et Dagimiel, etc. (2).

En dehors du front considéré en particulier, chaque partie du visage a ses affinités planétaires et zodiacales.

Le front, d'après Belot, correspond à Mars, l'œil dextre au Soleil, l'œil senestre à Vénus, l'oreille dextre à Jupiter, la senestre à Saturne, le nez à la Lune, la bouche à Mercure. Quant aux signes du Zodiaque, *Cancer* préside au front, le zénith ; *Léo*, au sourcil droit ; *Virgo* à la joue droite ; *Libra* à l'oreille droite ; *Scorpius* au nez, ; *Sagittarius* à l'œil droit ; *Capricornus* au menton qui est le nadir ; *Aquarius* à la joue gauche ; *Pisces* au sourcil gauche ; *Aries* à l'oreille gauche ; *Taurus* au sourcil gauche ; *Gemini* à l'œil gauche. Peruchio adopte cette répartition, sauf pour la joue gauche, consacrée au Taureau, et la bouche au Verseau.

Encore ne doit-on point considérer que la tête, mais encore les accidents ou seings qui se peuvent trouver en divers points du corps et dont Philippe Phinella a amplement disserté. Comme il y a une médecine des signatures, il y a une physiognomonie des signatures. En signe de leur domination, les

(1) Cette leçon clinique a été établie d'après le plan établi par MM. Forgue et Basset dans leur questionnaire au sujet de leur rapport au Congrès de chirurgie de 1928.

(2) ARISTOTE. — *De physiognomonia*, Cap. II.

(1) Cf. A. PROST. — *Les Sciences et les Arts occultes au XVIe siècle, Corneille Agrippa, sa vie et ses œuvres* (Paris, Champion, 1881-82, 2 vol. in-8°, t. I., p. 67 et suiv.

(2) BELOT. — *Loc. cit.*, p. 266 et 277.

astres en marquent dès la naissance le corps de l'homme : « Ceux qui sont dans leur ascendant les impriment à la teste ; les autres qui se rencontrent simplement sur l'horizon les impriment sur les autres parties corporelles ; et nous jugeons que la personne participe à leur humeur quand elle porte de leurs marques (1). » Saturne confère mémoire et patience ; Jupiter, jugement et prudence ; Mars hardiesse et colère ; le Soleil, sagesse, modération, magnificence ; Vénus, convoitise et complaisance ; Mercure, imagination et mémoire. Au surplus faut-il supputer la combinaison, le nombre, la longueur, la largeur, la profondeur, la couleur, le trajet, rectiligne, tortueux, ramifié, interrompu, ascendant ou descendant, dextre ou senestre des lignes et la valeur des signes. Il y a des signes malins par nature : tels celui de Saturne, la croix de Saint-André, les petites grilles et généralement les cercles divisés ou les signes rompus, tandis que les caractères égaux ou continus, cercles, étoiles, croix, parallèles, triangles, quadrilatères, sont favorables. Les signes malins sont pires, les bons dépréciés à gauche. Les uns s'additionnent, les autres se combattent, en sorte que, malgré les quelques centaines de figures données par Cardan, il n'est pas toujours facile de pronostiquer aussi aisément que le maître que tel homme marqué au front est « bilieux et colère et perdra un bras (2) » ; que tel autre « sera submergé dans les eaux (3) » ; que celui-ci « a un bastard (4) » et que celui-là « aura trois femmes » (5) ; enfin que « celui qui est marqué d'un seing en la partie gauche du Taureau aura des différans avec sa femme, deviendra bourreau, duquel les sœurs seront garces, perdra ses biens et sera grièvement blessé (6) ». Ce n'est pas que de si admirables prévisions ne trouvent parfois des incrédules. Rabelais, en son Tiers Livre, raille la métoposcopie de Her Trippa, et Montaigne ne voit dans ces « moyens de divination ès astres, ès esprits, ès figures du corps » qu'un « notable exemple de la forcenée curiosité de nostre nature s'amusant à préoccuper les choses futures comme si elle n'avait pas assez affaire à digérer les présentes (7) . »

Mais la meilleure leçon de réalisme que méritassent tant de songe-creux perdus dans l'empyrée n'était-elle pas encore celle que leur donnait, au nom de l'observation pure, le physionomiste, doublé d'un grand anatomiste, que fut Léonard de Vinci ? Ses dessins ne nous montrent-ils pas avec quel soin il avait disséqué les muscles de la face, « comment il passait par degrés de la mécanique humaine à la révélation du sentiment intérieur ; ... comment il étudiait l'adaptation du jeu des muscles à telle ou telle pensée ou émotion, ne dédaignant pas de faire de la caricature ce qu'elle est au fond... c'est-à-dire la lecture accentuée des expressions ? (8) »

Telle est la voie qu'affranchis des spéculations astrologiques et préoccupés surtout des relations de la mimique avec la physiologie et le tempérament, suivront Guillaume Gratarolì, de Bergame, dont on imprime à Bâle en 1554 le traité *De prædictione morum naturarumque hominum cum ex inspectione partium corporis tum aliis modis* ; et le Napolitain Porta.

A la métoposcopie, art divinatoire, Porta entend substituer la physiognomonie, science d'observation. Bien que trop souvent docile aux arguments d'autorité, il se montre assez soucieux de critique, même à l'égard des anciens :

« *Hæc scientia*, dit-il, *conjecturalis est, nec semper optatum assequitur finem : cujus signa naturales tantum propensiones indicare possunt ; non autem actiones nostræ liberæ voluntatis, vel quæ ex vitioso vel studioso habitu dependent ; nam in bonis malisque actionibus, quæ in notra potestate sunt, virtus et vitium consistunt, non autem in propensionibus quæ in nostra voluntate non sunt.* »

Si Porta s'attache aux particularités individuelles, forme de la tête, expression des traits, couleur des yeux, du système pileux, timbre de la voix, galbe du tronc et des membres, c'est pour proclamer, en physiologiste, que la conformation corporelle provient du tempérament, et non des planètes (II, 8) ; et que la complexion et les mœurs dépendent du mélange des qualités élémentaires, plutôt que des influx sidéraux (Cœl. phys. III, 4), ou zodiacaux. Porta récuse encore les influences astrales attribuées, par Melampus et Hali Abenragel, aux taches, macules, signes (*nævi*) épars sur le tégument (L. V). Et il conclut que si l'on peut tirer des atrophies ou hypertrophies des parties quelque présage ou induction des habitudes, il convient de n'accorder crédit qu'aux explications puisées aux sources de la médecine et de la philosophie. L'étude physionomique n'est plus, pour lui, qu'une branche de la séméiotique.

On ne peut guère louer chez Porta que ses bonnes intentions. Il est moins bien avisé lorsqu'il essaye de ramener la physiognomonie à la morphologie comparée, et que, rapprochant certains traits du visage humain de quelques expressions animales, il conclut à la communauté des tendances. Comparer l'homme au lion, la femme à la panthère, Vitellius au hibou, Platon au chien de chasse, c'est pousser jusqu'à l'absurde le principe aristotélicien des analogies. Enfantillages que Bacon blâmera en son *De... augmentis scientiarum*, déplorant de voir compromettre par de semblables divagations, *superstitiosis et phantasticis mixturis*, (1), une science à laquelle on ne saurait dénier quelque fondement naturel.

Mais que de gens n'avaient pas lu Bacon, ou l'avaient mal lu ! Le XVIIe siècle voit encore éditer la métoposcopie de Samuel Fuchsius ; les deux livres de Georges de Raguse sur la divination métoposcopique et chiromantique ; l'*Enchiridion de la Physionomie* du théologien P. Juvernay, les ouvrages de Philippe Phinella, et tout un chapitre de Robert Fludd. En 1672, « l'ingénieux académicien Vespertin », il signor Cornelio Ghirardelli, Bolonais, met la « *Céphalogie physionomique* » en distiques latins et sonnets. Et, comme ses devanciers, Cureau de la Chambre qui fut médecin, et l'un des Quarante de l'Académie française, monte dans la Lune, tout en se targuant d'épurer la physiognomonie des « vaines chimères » (2) et de la rattacher à la fois à une saine intelligence de l'astrologie et à l'observance des sympathies physiologiques. Estimant, lui aussi, que s'il suffit « d'avoir le sens commun pour juger que s'il y a quelque influence que les parties nobles et les astres communiquent aux parties extérieures, le visage les doit recevoir bien plus pures et bien plus abondantes que quelque autre que ce soit (3) », il remanie les affectations planétaires. Il consacre à Saturne le front, au Soleil l'œil droit, à la Lune l'œil gauche, à Vénus le nez, à Jupiter les joues, à Mercure les oreilles, à Mars les lèvres, opinion confirmée par les sympathies qui relient les seings du visage à ceux des autres parties. Le front ne peut être régi que par la planète qui commande la poitrine, les parties osseuses dépendant de Saturne ; la joue, charnue et sanguine, miroir des altérations hépato-sanguines, par Jupiter, dominateur du foie. En sus, les seings des joues répondent à ceux des cuisses, « gouvernées par le signe du Sagittaire où est la maison de Jupiter » (4). Mercure a sa maison principale et son exaltation au signe des Jumeaux qui régissent les bras ; les seings des bras répondant à ceux des oreilles, celles-ci relèveront donc de Mercure. Les lèvres ne peuvent être tributaires que de Mars, dominateur du ventre, puisqu'elles s'ulcèrent au cours des fièvres tierces engendrées par la bile.

Cureau de la Chambre fut le dernier des physiognomonistes. Bien que longtemps officielle — (Peruchio dédie son livre au premier président de Bellièvre, Belot offre le sien à M. de Loménie, seigneur de la Ville aux Clercs, conseiller du Roi, et Cureau sollicite pour *L'art de connoistre les hommes* le patronage du surintendant Fouquet) — toute cette fantasmagorie scolastico-occultiste s'évanouit au vent de la Révolution cartésienne. Les destins de l'homme ne sont plus livrés au caprice des effluves astrales et des génies de l'Empyrée. Il n'y a que

(1) PERUCHIO. — *Loc. cit.*, p. 104.
(2) CARDAN. — L. II, n° 21.
(3) CARDAN. — L. II, n° 28.
(4) N° 82.
(5) N° 93.
(6) L. XIII, p. 187.
(7) *Essais* (Paris, 1793, 3 vol. in-8°, t. I, ch. XI, p. 48.
(8) C. MAUCLAIR. — *Léonard de Vinci* (Paris, éd. Nilson, s. d., format 4 × 18, p. 81.

(1) Fr. BACONIS. — *De dignitate et augmentis scientiarum libri*, IX. Paris Mettayer, 1624, in-8°, L. IV, ch. 1, p. 206).
(2) CUREAU. — *Art de connaître les hommes*, 1669, p. 396.
(3) CUREAU. — *Ibid.*, p. 394.
(4) CUREAU. — *Loc. cit.*, p. 115.

deux réalités : l'âme qui trône dans la glande pinéale, et le corps régi par les lois des mécaniques. Les passions se ramènent donc d'une part à un acte psychologique pur, jugement de bien ou de mal en rapport avec le plaisir ou la douleur éprouvés ; d'autre part, au cours des esprits et au jeu des ressorts organiques. De nos passions seules « depend tout le bien et le mal de cette vie. » Nos destins sont réglés non par la Fortune, « chimère qui ne vient que de l'erreur de nostre entendement » ; mais par quelque « fatalité ou... nécessité immuable » réglée par la Providence divine de toute éternité (1). Après la phraséologie de Cureau, lisez *Les passions de l'âme* de Descartes (1649), la *Connoissance de Dieu et de soi-même* de Bossuet, pour feuilleter enfin les *Caractères* de La Bruyère (1688) et vous mesurerez le chemin parcouru en moins d'un demi-siècle. « La physionomie, dit l'émule de Théophraste, n'est pas une règle qui nous soit donnée pour juger des hommes ; elle nous peut servir de conjecture » (2).

Telle est aussi l'opinion de l'Académie royale de peinture: si Testelin note en 1675 chez l'homme et l'animal « les parties qui marquent singulièrement certaines affections dominantes » (3) ; si Lebrun remet en parallèle, avec plus de talent que Porta, la physionomie des humains et celle des bêtes, ce n'est point, dit-il, pour « satisfaire la vaine curiosité de ceux qui trouvant des rapprochements dans la conformation de quelques hommes avec les brutes, attacheat sans aucune distinction de l'analogie entre les passions des premiers et l'instinct des autres. » Il entend seulement « signaler les traces que (les passions) laissent empreintes sur la figure de ceux qui en sont fréquemment atteints ».

La Faculté, de son côté, abjure officiellement les rêveries astrologiques et métoposcopiques. En 1667, le bachelier Cl. Berger avait, sous la présidence de Robert Raoult, résolu par la négative la thèse suivante : *Estne imperfectus qui astrologiam ignorat medicus* ? En 1707, la thèse de Le François, présidée par Littre : *Est ne aliquod lunæ in corpora humana imperium* ? enterrera définitivement la question. On ne parlera plus d'astrologie sur les bancs de l'Ecole. Et si l'on traite encore de la physiognomonie (*An vultus inder morum ? temperamenti* ? Vespérie de Gilles Adam, 1710), c'est dans un esprit bien différent.

Les théologiens emboitent le pas. Le temps est loin où Alexandre VII pensionnait le médecin astrologue Louis-Henri d'Aquin pour avoir prédit la tiare au Nonce Chigi. L'Abbé Thiers, en son *Traité des superstitions*, n'hésite point à déclarer que la physiognomonie ne saurait être approuvée et licite qu'en tant « qu'elle se renferme dans les bornes de la philosophie naturelle et qu'elle ne devine les choses que par conjecture et probablement, mais non pas avec certitude. Car il arrive souvent que la raison corrige dans les hommes les mauvaises inclinations qui leur peuvent avoir été imprimées par la nature et qu'elle donne à leurs âmes des impressions entièrement opposées à celles qui paraissent sur leurs visages, et sur les autres parties de leurs corps. La grâce fait encore davantage puisqu'elle change les loups en brebis et les persécuteurs en apostres et que de criminels elle nous rend innocents. Ainsi elle renverse toutes les règles de la physionomie qui, d'ailleurs, ne se peuvent étendre ni sur les actions particulières des hommes ni sur leur liberté ni sur les choses qui leur sont extérieures, parce que rien de tout cela ne dépend de leur tempérament ni de la disposition de leurs corps (4). »

---

(1) DESCARTES. — *Les Passions de l'âme* (Amsterdam et Paris, Th. Jolly, 1651, in-12, p. 196, 285.
(2) LA BRUYÈRE. — *Caractères, XII*, des jugements.
(3) H. JOUIN. — *Conférences de l'Académie*, p. 153-167.
(4) THIERS. — Ch. XIX, p. 191-195.

REVUE DE PRESSE ETRANGÈRE

Diagnostic.

La malaria est une affection vraiment protéiforme ; Castellani expose dans la *Medicina Italiana* (février 1928) les difficultés du diagnostic avec les maladies infectieuses ou abdominales qu'elle simule : choléra, entérite aiguë, dysenterie, cholécystite, abcès hépatique, cirrhose hépatique, pancréatite hémorragique, appendicite, péritonite, typhus, fièvre de Malte, fièvre jaune, maladie de Weill, tétanos, méningite cérébro-spinale épidémique, hydrophobie, maladie du sommeil, néphrite, etc. Dans tous les cas le diagnostic fut confirmé par la disparition des symptômes sous l'influence de la quinine.

Tube digestif.

L'angine abdominale est un syndrome douloureux qui a son siège dans la musculature gastro-intestinale (D. Danielopolu, *Acta medica latina*, mars 1928); qui est dû aux lésions des artères gastro-intestinales et du plexus solaire et s'associe parfois à l'angine de poitrine. Le mécanisme consiste dans le déséquilibre qui se produit entre le travail de la musculature gastro-intestinale et son irrigation sanguine, l'afflux de sang nécessaire à la digestion ne pouvant plus être procuré par des artères partiellement oblitérées ; l'insuffisance d'irrigation empêche l'évacuation des produits toxiques du travail musculaire, l'intoxication de la musculature excite les terminaisons sensitives et produit la douleur, altère les éléments moteurs et détermine une hypercontractilité suivie d'une véritable paralysie. il se produit en outre des réflexes végétatifs qui entretiennent et augmentent les troubles précédents. Dans certains cas, exceptionnels il est vrai, le spasme seul suffit à produire le syndrome angineux abdominal, Le traitement médical est le même que celui de l'angine de poitrine.

Tuberculose.

Les cavernes tuberculeuses se divisent en trois types ou plus exactement en trois degrés d'évolution (Jacquerod, *Bulletin météorologique et médical de Leysin*, avril 1928) : 1° La caverne du premier degré, caractérisée radiologiquement par une image à contour circulaire relativement peu marqué dont l'intérieur n'est pas complètement clair, et cliniquement par l'absence d'expectoration ; elle représente la première phase du processus d'élimination du foyer caséeux, dont le centre ne paraît pas encore entièrement détruit. 2° La caverne du deuxième degré, caractérisée par une image annulaire, à contour bien dessiné, circonscrivant un espace uniformément clair, chez un malade ayant de l'expectoration bacillifère, muco-purulente ; anatomiquement, les parois de la caverne sont constituées par du tissu pulmonaire mou, fraîchement infiltré de tuberculose. 3° La caverne du troisième degré, caractérisée par une image radiologique circulaire, généralement de grande dimension (occupant parfois tout un lobe) ou par un cercle clair au milieu d'un champ pulmonaire obscur, chez un malade chronique et ancien avec expectoration bacillifère purulente ; anatomiquement, cette caverne est constituée par une coque fibreuse organisée qui la maintient béante et qui l'isole des tissus avoisinant.

Cancer.

Une occlusion intestinale aiguë chez une jeune fille de 16 ans commande une laparotomie d'urgence ; Achille Paquet (*Bulletin médical de Québec*, mars 1928) constate que l'obstacle siège sur le côlon descendant, près de l'angle splénique, et consiste dans une tumeur de la grosseur d'une orange qui fait corps avec l'intestin ; un anus cæcal permet une évacuation satisfaisante de l'intestin. Sept semaines après,

l'exérèse du côlon gauche avec anastomose termino-terminale donne d'excellents résultats la fistule cæcale sera fermée plus tard. La pièce, examinée par Berger, est un épithélioma muqueux colloïde ; le cas est intéressant par l'âge du sujet.

Le cancer du larynx au début, strictement localisé, doit être enlevé chirurgicalement (Sluys, *Bruxelles médical*, 14 avril 1928) ; dès que les sympathiques sont envahis, le seul espoir consiste à irradier par rayons gamma les parties envahies ou suspectes d'envahissement, à l'exclusion des parties saines, afin d'éviter les accidents de radio-nécrose ; seule est logique la gammathérapie à distance, qui emploie des faisceaux étroits agissant par feux croisés et donne une répartition de l'irradiation dans le cou telle que le larynx envahi et les lymphatiques sont irradiés fortement, tandis que les organes sains ne reçoivent que des quantités négligeables de rayonnement. La roengenthérapie ne donne, par contre, que des résultats médiocres et inconstants.

Thérapeutique.

L'iodothérapie dans le goitre exophtalmique a été expérimentée par Juan Alberto Viriot qui aboutit aux conclusions suivantes (*Semana Medica*, 22 mars 1928) : 1° L'iode administré à des sujets atteints de goitre adénomateux sans hyperthyroïdisme, donne naissance à de l'hyperthyroïdisme ; 2° l'iode, prescrit comme préventif, agit sûrement, mais il est dangereux même à dose faible chez les adultes dont le corps thyroïde contient du tissu adénomateux ; 3° l'iode est formellement indiqué dans la maladie de Basedow, dont il fait disparaître les troubles nerveux et digestifs ; 4° l'iode, prescrit à dose convenable, diminue les risques opératoires, évite ou tout au moins modère la crise d'hyperthyroïdisme post-opératoire ; 5° il faut établir soigneusement le diagnostic différentiel entre le goitre exophtalmique et l'adénome thyroïdien avec l'hyperthyroïdisme, l'iode étant contre-indiqué dans cette seconde affection.

Le cyanure d'or et de potassium donne des améliorations sensibles et même des guérisons dans les diverses formes de la tuberculose pulmonaire (Raul Faria, *A Medicina contemporanea*, 1er avril 1928) ; il s'emploie uniquement en injections intraveineuses en solution à 2 % dans du sérum physiologique ; la dose est de 2 centigrammes et elle se répète tous les deux jours jusqu'à amélioration de l'état général ; on pratique ensuite de 4 à 6 injections de 4 centigrammes tous les trois jours, puis 5 injections de 6 centigrammes tous les 4 jours et enfin des injections de 8 centigrammes tous les 5 jours ; la dose de 10 centigrammes ne doit être atteinte qu'exceptionnellement. Les réactions toxiques sont minimes et assez rares ; les effets thérapeutiques sont d'autant meilleurs que le traitement est plus précoce ; les seules contre-indications sont la tuberculose rénale et la tuberculose intestinale. Bien que les résultats de l'auteur soient très encourageants nous ferons une réserve sur les doses, qui nous paraissent un peu élevées, si l'on s'en rapporte à la littérature antérieure.

Les sels d'or ont été utilisés dans le traitement de la lèpre sous les formes suivantes : aurocanthan, cyanure d'or et de potassium, crysolgan et solganal (A. Feldt *Klinische Wochenschrift*, 1928, n° 2) ; les résultats, allant de l'amélioration à la cure clinique, seraient dus à une stimulation du système réticulo-endothélial. La comparaison des résultats obtenus dans la tuberculose et dans la lèpre sont d'autant plus remarquables que l'on connaît les rappports étroits qui existent entre les germes pathogènes de ces deux affections.

Le glukhorment a été expérimenté dans le diabète par Castex et Schteingart (*Prensa Medica Argentina*, 10 avril 1928), qui sont arrivés aux conclusions suivantes. Il exerce une influence favorable dans le cas de diabète léger et bénin, où il peut être considéré comme un médicament très utile ; dans les formes graves, avec tolérance limitée des hydrates de carbone, il se montre peu efficace et incapable de remplacer l'insuline même partiellement ; l'action sur la glycémie et la glycosurie est analogue à celle de la synthaline, bien qu'il existe une différence quantitative en faveur de cette dernière.

Laryngologie

L'aide chirurgicale dans le traitement radiothérapique du cancer du larynx. Après avoir exposé les difficultés et l'inefficacité du traitement par le radium dans les cancers intérieurs du larynx — ce qui tient à ce qu'on ne peut employer de doses suffisamment fortes en raison de la sensibilité et des capacités d'absorption des tissus environnants à l'égard du radium — M. Portmann (*Acta oto-laryngologica*, vol. XII, fac. 3, mars 1928) décrit une méthode opératoire qu'il a imaginée; afin d'agir plus énergiquement sur le néoplasme au moyen d'un traitement ultérieur par le radium.

L'opération s'exécute sous anesthésie locale. Incision sur la ligne médiane. A partir de celle-ci, le cartilage thyroïde est mis à nu des deux côtés et l'on détache le périchondre externe. Dans chacune des deux lames du cartilage thyroïde on taille une fenêtre et, par cette fenêtre, on détache le périchondre interne. Les deux lames du cartilage thyroïde sont ensuite réséquées soit en partie — avec conservation de chaque côté, d'un cadre périphérique, ce qui maintient la configuration normale du larynx — soit en totalité, auquel cas on débute par une trachéotomie, car le larynx, après cette résection, s'affaisse et la lumière de son conduit disparaît.

Au bout d'une semaine on commence le traitement par le radium.

Angine agranulocytique. (M. Geschelin, *Acta oto-laryngologica*, vol. XII, fas. 3, mars 1928) donne d'abord une brève description de cette maladie. L'angine agranulocytique apparaît de préférence chez les femmes. Le début est généralement violent. Le malade se sent gravement atteint ; il éprouve une extrême lassitude ; la fièvre est du type continu. Dans la cavité buccale et la gorge, processus ulcéreux rappelant l'angine de Plaut-Vincent et qui commence généralement sur les amydales mais peut s'étendre ensuite largement sur les parties voisines ou même intéresser le larynx et l'appareil digestif, par exemple, le côlon. Fétidité prononcée de l'haleine.

Avec l'angine, l'altération du sang constitue un des symptômes cardinaux de l'affection : il y a une diminution du nombre, voire une disparition des leucocytes polynucléaires, en sorte que le chiffre des leucocytes peut tomber à quelques centaines par millimètre cube. D'autres altérations hématologiques sont rares.

Dans l'opinion de beaucoup d'auteurs, ces altérations du sang forment la maladie fondamendale, cause de la diminution de l'immunité locale et générale.

La différence entre l'affection en cause et les anémies aleucémiques consiste en l'absence d'anémies et de diathèse hémorrhagique. L'étiologie est inconnue ; on ignore s'il s'agit d'un agent pathogène spécifique ou d'une variété quelconque d'un des processus septiques connus. Le bacille de Plaut-Vincent fait souvent défaut.

En règle générale le pronostic est extrêmement grave. Sur 50 cas publiés, 2 seulement — concernant des hommes — se terminèrent par la guérison. La thérapeutique est uniquement symptomatique. Le traitement par le salvarsan a échoué.

Le présent travail se termine par la relation d'une observation nouvelle de cette maladie avec issue fatale, chez une femme de 49 ans ; les symptomes furent du type indiqué tantot. Dans les affections pharyngées de ce genre l'auteur conseille de recourir plus souvent à l'examen du sang.

Varia.

Les préjugés alimentaires viennent s'ajouter aux erreurs thérapeutiques pour affamer les enfants. (L.-F. Dubé, de Québec).

A première vue, il semblerait que l'établissement d'une phase préclinique des affections cardiaques soit un raffinement de diagnostic réservé à quelques spécialistes. L'étude clinique a montré avec une évidence suffisante qu'une lésion organique est généralement l'aboutissement de plusieurs phases successives : La myocardite chronique — qui serait mieux dénommée : insuffisance progressive du muscle cardiaque — est d'habitude le résultat final des protestations répétées du cœur, que nous avons l'habitude de traiter par l'indifférence (C. Calvin Smith, de Philadelphie).

Il a été longtemps classique de dénier à la syphilis le pouvoir d'élever la température et nous croyons que bien des médecins conservent encore cette notion qui risque d'égarer parfois leur diagnostic. Il importe de savoir en effet que la pyrexie ne permet nullement d'éliminer la syphilis et aussi que, assez fréquemment, des états fébriles, prolongés, résistant à tous les traitements antithermiques usuels, sont dus à l'infection spirochétique et guéris comme par enchantement par la thérapeutique spécifique. (M. Roch, de Genève).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1928.

Sur les propriétés antitoxiques et antimicrobiennes du salicylate de sodium. — M. *H. Vincent.* — A l'occasion des recherches, que j'ai faites sur les corps que j'ai appelés les « cryptotoxines » sur les propriétés antitoxiques énergiques que possèdent les combinaisons sodiques des acides oléique, palmitique, résinique gynocardique, etc., j'ai été conduit à rechercher si des substances non colloïdales n'auraient pas également des propriétés neutralisantes pour les toxines. Parmi celles que j'ai étudiées, le salicylate de sodium est l'une des plus intéressantes. Ses propriétés thérapeutiques s'expliquent par son pouvoir antitoxique réel sur les toxines *tétanique*, *diphtérie*, *collibacillaire* sur celle du *B. œdematiens*, du *vibrion septique* etc., il neutralise *in vitro* et à la T. de 38° un nombre appréciable de doses mortelles de ces poisons, après plusieurs jours de contact. A 45°-50° son pouvoir antitoxique est plus rapide et plus fort. On peut, à l'aide d'injections de toxine tétanique salicylée, à doses progressives, immuniser le lapin contre la toxine normale.

Tandis que la toxine tétanique a un pouvoir chimiotoxique fortement négatif la toxine, salicylée a un pouvoir chimiotoxique positif moyen.

Dans le phénomène de neutralisation des toxines microbiennes, le salicylate de soude agit par son ion salicylique. C'est ce dernier qui se fixe sur l'élément toxique.

En outre, le salicylate de sodium possède un pouvoir antiseptique réel, bien que faible, sur plusieurs microbes pathogènes qu'il tue dans la proportion moyenne de 1/5 à 1/6 en 24 heures et à 38° : b. typhique, paratyphique, collibacille, b. diphtérique, b. pyocyanique, streptocoque, staphylocoque, etc. Enfin le salicylate de soude atténue la virulence de certains germes pathogènes.

Cette action bactéricide non négligeable, jointe à son pouvoir antitoxique, met l'organisme en état de se défendre plus efficacement contre certaines infections, en affaiblissant leurs agents pathogènes et leurs principes toxiques. Il semble que cette conclusion doive inciter à étendre l'emploi du salicylate de soude à d'autres états toxi-infectieux, en tenant compte des contre-indications habituelles.

Sur la tuberculose expérimentale du cheval. — MM. *G. Petit*, *L. Panisset* et *Ph. Kfouri* qui ont entretenu à diverses reprises l'Académie de leurs recherches, ont réalisé chez le cheval qu'on sait si résistant à la tuberculose, des lésions considérables entièrement localisées au poumon et compatibles avec une longue conservation de la vie en introduisant à la sonde des bacilles humains ou bovins dans cet organe (technique Kfouri).

Les pièces anatomiques qu'ils présentent montrent nettement comment ces importantes lésions, d'abord ouvertes, ont tendance à évoluer vers la guérison spontanée.

L'homme est-il le seul semeur de germes dans le cas de la bilharziose vésicale. — M. *Brumpt*, dans une note concernant l'épidemiologie de la bilharziose vésicale résume les résultats de ses expériences. En partant des mollusques hôtes intermédiaires (Bullinus contortus) infectés de cercaires, il a réussi à donner la bilharziose à un singe sur un, un rat blanc sur huit, neuf souris blanches sur dix, et à six hérissons sur six. Chez la souris il a observé la cirrhose du foie et parfois l'hypertrophie de la rate avec présence de nombreux œufs de Schistosome.

Ces observations sont à souligner, car elles appuient l'hypothèse suivant laquelle la splénomégalie et la cirrhose hépatique égyptienne seraient d'origine bilharzienne. Les hérissons, dont l'infection a été réalisée pour la première fois, semblent présenter uniquement de la dysenterie bilharzienne; leurs selles renferment de nombreux œufs vivants à éperon terminal. Ces animaux présentent en outre une infection par fois intense du pancréas. On peut donc admettre, comme Day, que ce parasitisme peut produire un diabète bilharzien curable par l'émétine chez l'homme en Egypte.

L'auteur a de plus réussi l'infection de mollusques neufs en partant d'œufs de Schistosomes provenant d'une souris. Ce fait est tout particulièrement intéressant d'une part parce que c'est la première fois qu'il est signalé et, d'autre part, parce qu'en démontrant qu'un hôte expérimental peut émettre des œufs infectieux pour les hôtes intermédiaires, il permet de croire à l'existence d'hôtes définitifs autres que l'homme dans la nature et il doit engager les épidémiologistes à poursuivre leurs recherches de ce côté.

L'étiologie de l'encéphalite post-vaccinale. — MM. *Levaditi*, *Bijl*, *Lépine* et *Troisier*. — L'ensemble des expériences des auteurs prouve que l'encéphalite post-vaccinale est une infection du névraxe d'allure clinique et histopathologique particulière provoquée par un virus différent de celui du vaccin jennérien, et, dans la grande majorité des cas, non inoculable aux animaux de laboratoire (chimpanzé, simiens inférieurs, lapins, souris, poussins). Cette non transmissibilité de la maladie humaine permet de rapprocher l'encéphalite post-vaccinale de l'encéphalite léthargique qui, elle aussi, n'a pu être conférée expérimentalement que dans un nombre très limité de cas. Peut-être l'hypothèse de Levaditi, Schœn et Sanchès-Bayani concernant les neuro infections mortelles autostérilisables est-elle appelée à expliquer cette particularité de certaines ectodermoses neurotropes, telles que l'encéphalite léthargique, l'herpès, l'encéphalite post-vaccinale, la rage, voire même la poliomyélite.

Des fluctuations de l'appétit chez les enfants, de leur importance, de leurs causes et de leur traitement. — *M. Rousseau Saint-Philippe* (de Bordeaux). — La plupart des enfants mangent mal. Les uns mangent trop, les autres mangent trop vite. Un petit nombre ne mangent pas assez par défaut d'appétit.

Le défaut d'appétit ou anorexie peut être passager ou permanent. Il doit être envisagé chez les nourrissons et chez les enfants plus âgés, de 2 à 5 ans et plus.

Chez les nourrissons, le redressement des pratiques d'hygiène suffit en général à rétablir l'état normal. Parfois il existe une véritable atonie gastrique qui doit être traitée par des moyens appropriés.

Chez les enfants plus âgés, l'anorexie passagère est due à des désordres de diététique, à l'incubation ou aux séquelles d'une maladie aiguë (grippe).

L'anorexie permanente est due le plus souvent — en dehors des maladies constitutionnelles — à l'infection gastro-intestinale, provoquée elle-même par la constipation et la colite, avec leurs conséquences prochaines et éloignées.

De l'influence des réactions physiologiques sur les manifestations locales de l'infection et de l'immunité. — *M. Camus*.

La question des doses dans la transfusion sanguine. — ***M. A. Tzanck***.

Effets cytophylactiques des sels halogénés de magnésium (projections). — *M. Delbet*.

Pate et rachitisme. — ***MM. Rémond, Soula*** et ***Cauquil***.

Influence de l'administration de bicarbonate de soude sur le métabolisme des corps cétoniques au cours de l'acidose du jeûne chez le chien. — ***MM. Maignon Knithakis***.

Elections. — ***MM. Dhéré*** (de Fribourg) et ***Policard*** (de Lyon) sont élus membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet 1928.

Disparition de certaines crises d'asthme anaphylactique par la saignée. — MM. ***Pasteur Vallery-Radot***, ***P. Blamoutier*** et ***L. Rouquès*** ont constaté qu'une saignée pouvait amener la cessation de certaines crises d'asthme anaphylactique. Ils rapportent l'observation d'un boulanger âgé de 30 ans qui travaille dans un fournil depuis l'âge de 15 ans. A 22 ans, il eut ses premières crises d'asthme dues à l'inhalation de la farine de blé. depuis, les crises d'asthme se sont renouvelées presque quotidiennement. A maintes reprises il fut obligé d'abandonner son métier. Des essais de désensibilisation spécifique échouèrent. Ce fut un incident qui amena la disparition des crises : le 19 septembre dernier, au cours de son travail, étant en pleine crise d'asthme, il se blesse à la main ; une forte hémorragie s'ensuit. Après l'hémorragie la crise d'asthme diminue, puis cesse. Pendant quatre mois les crises ne se renouvelèrent plus : il put travailler impunément dans le fournil. Le 27 janvier, les auteurs lui font des cutiréactions à la farine de froment pour savoir s'il a conservé sa sensibilisation cutanée. Ces cutireactions sont positives. Le lendemain même, les crises d'asthme réapparaissent et ne cessent plus. Le huitième jour des crises, les auteurs font une saignée de 300 cc. 3 heures après, l'asthme disparaît complètement et pendant quatre mois ne se renouvelle plus bien que le malade manipule tous les jours la farine de blé. Puis de la gêne respiratoire réapparaît. Une avulsion dentaire provoque un saignement abondant il y a cinq semaines : depuis, il n'a plus aucune dyspnée. La disparition de ces crises d'asthme anaphylactique sous l'influence de la saignée engagea les auteurs à rechercher l'action de la saignée dans d'autres crises d'asthme anaphylactique. Chez un second boulanger sensibilisé à la farine de blé, il virent une crise d'asthme, déclenchée volontairement par l'inhalation de farine. cesser six minutes après la saignée ; pendant trois jours le malade put travailler dans le fournil sans être incommodé ; le quatrième jour les crises réapparurent. Un second essai pratiqué quelques jours plus tard fut aussi démonstratif : la saignée arrêta en 13 minutes une crise provoquee par la farine : mais l'effet fut passager : le soir même, au cours de son travail, le malade eut une crise d'asthme. Dans ce second cas la saignée eut donc une action des plus manifestes, mais cette action favorable ne se prolongea pas comme dans le cas précédent.

Chez une femme qui faisait des crises d'asthme violentes après inhalation de farine de moutarde l'effet de la saignée fut aussi manifeste que dans les deux cas précédents : une petite émission sanguine suffisait à faire avorter la crise en quelques minutes.

Par contre, chez deux malades sensibilisés au cheval, les auteurs n'obtinrent aucun effet net de la saignée sur une crise d'asthme déclenchée.

Chez d'autres malades ayant de l'asthme non anaphylacti que la saignée se montra inefficace.

Il semble donc démontré par l'étude de ces asthmatiques étudiés d'une façon quasi expérimentale que, dans certains cas d'asthme anaphylactique, les crises peuvent être jugulées sous l'influence de la saignée. Dans un des cas rapportés par les auteurs, les saignées eurent même une action durable.

Purpura hémorragique chronique. Hémophilo. Hémogénie. Splénectomie. — MM. ***Lesné, Marquézy, Stieffel*** rapportent l'observation d'une jeune fille de 23 ans atteinte de P. H. chronique, hémophilo-hemogénie de P. E. Weill et Isch Wall. Cette observation porte sur seize années.

Clinique. — Début à 7 ans, épistaxis-purpura-hémarthroses, ecchymoses très étendues. La puberté marque une aggravation très nette. Ménorragies très abondantes. Epistaxis intarissables. A plusieurs reprises, les hémorragies sont telles que la vie de la malade est en danger, Hémorragies intestinales. Hémorragie méningée. Hématome épigastrique à l'occasion d'un léger traumatisme.

Hématologie. — Prolongation considérable du temps de saignement (20 minutes à 3 heures). Diminution des hématoblastes (50.000 à 100.000). Retard de la coagulation (15' à 60') Absence de rétraction du caillot. Signe du lacet. La note hémogénique a toujours été au premier plan.

Tous les traitements des états hémorragiques ont été essayés. Devant leur inefficacité, les auteurs ont fait pratiquer en mai 1927 la *splénectomie* par R. Grégoire. Les résultats n'en sont pas définitifs. Sans doute, cliniquement, l'état général de la malade s'est transformé et on n'a pas relevé une seule fois depuis lors d'épistaxis ni d'hémorragie interne. Par contre à trois reprises on a noté, à l'occasion d'un traumatisme léger, une ecchymose très étendue, et de temps à autre on voit réapparaître dans la région cervico-thoracique des taches purpuriques spontanées.

Du point de vue hématologique, les résultats ont été temporaires. La durée du T. S. tombée à 4' le surlendemain de l'opération est à nouveau de 30' un mois après et actuellement de plus de 20'. Le nombre des P. S. qui s'était relevé à 200.000 était quatre semaines après retombé à 50.000. Il est actuellement de 85.000. Seul le signe du lacet depuis la splénectomie est resté négatif.

Aussi, malgré l'aspect clinique de la malade, considérablement améliorée, est-on encore obligé de réserver l'avenir.

Rétrécissement aortique congénital. — MM. L. ***Babonneix*** et J. ***Delarue***, à l'autopsie d'un sujet atteint de sténose aortique congénitale et présentant, en plus, un syndrome homogénique ont trouvé une anomalie portant sur le nombre des valvules sigmoïdes, réduit à deux, et sur le calibre de l'aorte dilatée en aval de la sténose. Des cas de ce genre sont connus (Blin, Gairdner) : ils n'en sont pas moins exceptionnels.

Péricardite rhumatismale. Mort rapide par hémorragie intra péricardite. — MM. ***Geraudel, R. Giroux*** et ***Karsillobros*** rapportent le cas d'un malade atteint de rhumatisme cardiaque évolutif compliqué de péricardite sèche, chez lequel la mort est survenue rapidement à la suite d'une injection intraveineuse de salicylate de soude (injection de 20 cc. d'une solution au 1/20 de salicylate de soude en sérum glucosé) par hémorragie intrapéricardique. Sept injections avaient été préalablement très bien supportées. Les auteurs discutent les causes de la mort et refusent d'attribuer au salicylate l'accident hémorragique.

Ils pensent que l'injection intraveineuse a été un facteur occasionnel comme l'aurait été un léger traumatisme ou un effort modéré, et la rupture des vaisseaux néo-formés, très friables, suffit à expliquer la mort. Il n'existait ni rupture du cœur ni lésions artérielles importantes, si bien que le siège de l'hémorragie n'a pu être précisé.

D'après les auteurs, il ne faudrait pas, à la suite de cet accident porter un discrédit sur la médication salicylée par voie endoveineuse qui a fait aujourd'hui ses preuves.

M. *Laubry* a observé un cas de mort subite chez un malade atteint d endocardite infectieuse à la suite d'une injection intra-veineuse de salicylate de soude. Il considère qu'on doit

être très prudent dans l'emploi de la voie intra-veineuse chez les cardiaques.

Les ombres périhilaires dans la tuberculose pulmonaire. Radiographie et contrôle anatomique. — *MM. Armand-Delille et Lestocquoy* discutent l'interprétation des ombres périhilaires fournies par l'examen radioscopique et radiographique dans la tuberculose pulmonaire. Ils présentent des coupes anatomiques macroscopiques frontales en série des poumons d'une enfant chez laquelle la radiographie montrait des ombres qui faisaient penser à une lésion périhilaire gauche ; en réalité on ne voit aucune lésion sur les coupes passant par les hiles, par contre, sur les coupes les plus postérieures, on voit une lésion caséeuse sous-corticale qui siégeait dans le sinus costo-vertébral à la partie supérieure du lobe inférieur gauche. Cette lésion donnait à l'ecran une ombre qui se confondait avec celle du hile. Ils pensent que dans un certain nombre de cas, les images périhilaires peuvent correspondre à des lésions parenchymateuses siégeant dans la partie moyenne et postérieure du poumon.

M. Rist considère que dans 20 à 33 % des cas d'ombres périhilaires, il est souvent prématuré de parler d'adénopathie ; il s'agit souvent de lésions parenchymateuses et il existe une disproportion entre l'état ganglionnaire et les lésions pulmonaires.

L'action curative de l'ergostérine irradiée dans le rachitisme. Présentation de malade et de radiographie. — *MM. Armand-Delille et Bertrand* présentent un enfant de 2 ans qui fut amené dans leur service avec des manifestations de rachitisme très marqué.

Cet enfant fut soumis uniquement au traitement par l'ergostérine irradiée (stérogyl français).

Au bout de deux mois, on constatait une transformation complète avec renforcement sur la radiographie des ombres osseuses déjà existantes, et apparitions de nouveaux points osseux. Au niveau des poignets, on constate entre autres l'apparition du point épiphysaire radial de l'os pyramidal, enfin de tous les points d'ossification de la tête des métacarpes, des phalanges et des phalangines. Ils concluent que la médication présentee par la vitamine D est aussi active que celle fournie par l'héliothérapie ou les rayons ultra-violets.

M. Ribadeau-Dumas pense qu'avec simplement un bon régime alimentaire, et une surveillance on peut obtenir en 2 ou 3 mois d'excellents résultats.

M. Armand-Delille pense à une action spécifique de l'ergostérine ; il ne croit pas qu'on puisse obtenir un résultat aussi rapide par le simple régime.

Disparition radiologique d'une caverne tuberculeuse pulmonaire après quatre ans de traitement par la méthode de Forlanini. — *MM. G. Caussade, André Tardieu et Le Pennetier* montrent trois radiographies des poumons d'une femme de 24 ans, atteinte d'une tuberculose ulcéro fibreuse et qu'ils ont traitée avec succès par la methode de Forlanini. Sur le premier cliché est une caverne volumineuse et rigide du lobe supérieur droit, sous-claviculaire (image claire à pourtour arrondi, à bords épais et sombres, ne se modifiant pas quelle que soit l'incidence et ne se plissant pas à l'occasion de la toux). Sur le second cliché tiré dix-sept jours après la première insufflation, l'image cavitaire se retrouve à la portion supérieure du poumon collabé réduit à l'état de moignon. Quoique de dimension restreinte et devenue ovalaire du fait de la compression, cette caverne conserve les mêmes caractères classiques. La troisième radiographie tirée à la fin du traitement, c'est-à-dire au bout de quatre ans et demi, la malade etant restée sans insufflation pendant les quatre derniers mois, fait voir que le poumon droit a repris son expansion normale, et qu'il s'est organisé une pachypleurite intense. Aucune trace de caverne ne subsiste.

Les auteurs insistent sur ces cavernes de siège intra-claviculaire, que l'on sait susceptible de s'effacer spontanément et qui, traitées par le pneumothorax, sont favorablement influencées par l'emphysème vicariant de la base du poumon du même côté et par celui du sommet du côté opposé, cet emphysème intervenant pour compléter le collapsus artificiellement provoqué.

Les vastes cavernes apicales avec bronche de drainage perméable, doivent être comprimées avec modération, afin d'éviter la formation d'une cavité close dont les conséquences toxi-infectieuses, l'hyperthermie notamment, risquent d'assombrir le pronostic.

Les laits allégés. — *M. Maurice Renaud* vante les avantages de la prescription de laits qu'il appelle des « laits allégés », dont la teneur en albumines et en graisses est considérablement réduite, et grâce auxquels il est aisé d'instituer un régime pauvre, intermédiaire à la diète hydrique et au régime lacté strict.

On réduit ainsi, à l'insu même des malades, la ration alimentaire azotée tout en gardant, grâce au lacto-sérum, les avantages du régime lacté.

Ces laits trouvent leur emploi toutes les fois qu'il convient d'assurer une faible ration alimentaire et de favoriser le jeu des émonctoires (maladies toxi-infectieuses, urémie, diète des nourrissons, cures de reduction et d'amaigrissement).

Les laits allégés dont la composition peut être variée selon les circonstances sont des aliments de choix pour la diète et les régimes.

Un cas de distomatose humaine à fasciola gigantica. (Cholécystite aiguë distomienne. — *MM. Codvelle, Grandclaude et Vanlande.* — Les auteurs rapportent l'observation d'un fonctionnaire résidant en Indochine, qui présenta un syndrome vésiculaire douloureux qui nécessita la cholécystectomie. L'examen histologique démontra dans la paroi de la vésicule des foyers nécrotiques centrés par des œufs de douve. Ceux-ci furent retrouvés dans les selles et identifiés à ceux de fasciola gigantica. C'est le troisième cas connu d'infestation par ce distome, dont le domaine est surtout africain, mais s'étend actuellement aux bovidés de l'Indochine. Outre les lésions si particulières de la vésicule, qui n'ont pas été décrites avant ce cas, les auteurs insistent sur quelques particularités cliniques et hématologiques, en particulier le taux élevé d'éosinophiles (jusqu'à 30 %). Ils pensent à une infestation de siège hépatique, probablement pauvre en parasites, en raison de la difficulté de retrouver des œufs dans les selles. Un essai thérapeutique par l'émétique a été mal supportée et le traitement de cette affection paraît jusqu'ici assez décevant.

Le Conseil d'administration de la Société des médecins des Hôpitaux proteste contre les vexations brutales et les calomnies insoutenables, dont les juges au concours de l'internat ont été l'objet de la part de certains candidats. Rien dans le choix des questions posées n'excuse pareilles manifestations. Les médecins des hôpitaux blâment ces gestes *intolérables* qui nuisent au bon renom de l'internat.

MM. Apert, Beaudouin, Debré, Donzelot, Hallé, Laubry, de Massary, Pagniez, Rist, Sainton, Sézary, P.-E. Weill.

Séance du 13 juillet 1928.

Asthme et saignée. — M. *Etienne Bernard* rapporte l'observation d'une femme de 47 ans entrée à l'hôpital en crise de dyspnée paroxystique. La polypnée, l'expectoration mousseuse, une tension relativement élevée, de l'albuminurie, firent supposer une crise d'œdème pulmonaire. Une saignée fut faite et la dyspnée cessa. Il s'était agi en réalité d'une crise d'asthme essentiel : l'examen ne devait révéler en effet ni défaillance ventriculaire gauche, ni insuffisance renale, des crises ultérieures devaient céder aux injections d'adrénaline et surtout il y avait une éosinophilie considérable dans le sang et dans les crachats. C'est surtout ce dernier symptôme qui a permis d'affirmer le caractère essentiel de cet asthme.

Le succès obtenu par la saignée fit renouveler cette thérapeutique à l'occasion de nouvelles crises dyspnéiques et le résultat fut satisfaisant.

Ce cas est à rapprocher de ceux publiés récemment par M. Pasteur Vallery-Radot et concernant des crises d'asthme anaphylactique guéries par la saignée. Mais ici la cause sensibilisante n'existait pas ou, tout au moins, ne pouvait être decelée.

L'auteur estime que ces succès concernent peut-être des sujets très particuliers. Sa malade presentait d'une part une

instabilité évidente de la tension artérielle et d'autre part une élévation exceptionnelle (106 gr.) au taux des albumines du sérum sanguin. La saignée a fait baisser brutalemeut la tension et, par le phénomène de la dilution sanguine post-saignée, a ramené les albumines du sérum à un taux normal. Ces phénomènes ont accompagné la disparition de la crise d'asthme. Ils ont peut-être contribué à cette disparition.

M. **P. Vallery-Radot** rappelle que ses malades ne présentaient ni insuffisance cardiaque, ni hypertension artérielle. Il signale, aussi que, par la saignée, il n'a pas constaté chez ses malades avant et après la saignée de modifications importantes du taux des albumines.

M. **Rist** qui avait été frappé de la faible action de la saignée sur la tension artérielle, signale avoir étudié au cours d'une transfusion par anastomose directe de veine à veine les modifications tensionnelles et avoir noté une diminution de la pression chez le donneur et une augmentation chez le receveur.

Isothermognosie d'origine mésencéphalique au cours d'une névraxite épidermique. — M. **Haguenau** et Mlle **Abricosoff** ont observé une malade qui au cours d'une forme aiguë de névraxite épidémique, présente des troubles de la sensibilité objective très particuliers. Du côté atteint, toutes les excitations sensitives chaudes ou froides sont ressenties sous forme de chaleur. C'est l'isothermognosie, bien différente de la dissociation syringomyelique, et qui a été décrite au cours des lesions médullaires provoquées ou spontanées par atteinte du faisceau antéro-latéral. Ce symptôme au cours d'une lésion mésocéphalique est le témoin de l'atteinte de fibres très spécialisées et peut être un signe localisateur au cours des affections du névraxe. René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 juillet 1928.

A propos de la rachianesthésie. — M. **Bonamy**, sur plus de 30.000 anesthésies faites depuis 1900, n'a employé que 356 fois la rachianesthésie qui ne vit que des contre-indications de l'anesthésie générale. Depuis 1926, il n'emploie que la stovaïne.

A propos de la suspension du col après hystérectomie abdominale en cas de prolapsus. — M. **Bonneau** continue à employer cette opération qu'il a decrite en 1912, mais il a abandonné la fermeture transversale du Douglas.

A propos des interventions ostéoplastiques sur la hanche. — M. **Massart** déclare que pour ces interventions qui ne sont pas graves il opère en deux temps : d'abord la réduction, puis quelques semaines plus tard la butée ostéoplastique.

Etude sur le cancer. — M. **Ch. Buizard** fait un rapport sur un travail de M. **Bainbridge** (de New-York). Si, en Amérique, les statistiques montrent une augmentation apparente des cas de mort par cancer, l'augmentation réelle est nulle ou extrêmement faible. L'auteur étudie les théories émises dans ces dernières années sur l'origine du cancer, les methodes récentes de traitement et conclut nettement à la supériorité de l'intervention chirurgicale sur le traitement par les radiations.

Adhérences abdominales. — M. **Haller** fait un rapport sur un travail de M. **Bainbridge** (de New-York). L'auteur étudie rapidement l'origine de ces adhérences, les troubles qu'elles engendrent et les moyens thérapeutiques qu'on peut leur opposer. Il communique sept observations de malades qui ont vu leurs troubles disparaître à la suite d'opérations simples, telles que ; libération de bride, section et péritonisation. Le bon résultat obtenu s'est maintenu à longue échéance.

Traitement ostéosynthétique des diaphyses. — M. **Judet** fait un rapport sur un travail de M. **Juvara** (de Bucarest). L'auteur qui se sert du fixateur externe qu'il a inventé, donne les règles de traitement qu'il a etablies dans les différents cas. Il apporte à l'appui six observations. Il conclut que toutes les fractures ne doivent pas être traitées par l'ostéosynthèse, mais applique celle-ci presque toujours aux fractures fraîches des diaphyses et toujours aux vieilles fractures non consolidées ou vicieusement consolidées.

L'incision en épaulette dans la chirurgie de l'épaule. — M. **Massart** communique l'observation d'une arthrodèse de l'épaule pour laquelle il a employé une incision en épaulette. Cette incision qui aborde l'épaule par voie supérieure nécessite la section temporaire de la voûte aromio-claviculaire ; elle donne un jour considérable et amène directement sur les surfaces articulaires sans section vasculaire ni nerveuse. La réparation anatomique se fait rapidement par ostéosynthèse, et laisse une une cicatrice esthétique et peu gênante,

Fracture moyenne de la malléole externe par abduction avec diastasis tibio péronier et luxation du pied en dehors. — M. **Muller** (de Belfort) communique cette observation dans laquelle le diastasis, qui ne put être réduit, fut compensé par une hyper-réduction de la malléole externe, le pied tordu en varus. Résultat fonctionnel excellent. L'auteur considère ce cas comme une variété de fracture de Dupuytren.

Hypertrophie congénitale du gros orteil. — M. **Trèves** communique ce cas observé chez une enfant de six ans. La radiographie montrait une deuxième phalange surnuméraire, qui fut enlevée chirurgicalement. Résultat parfait.

Lésions rares des os de l'avant-bras par retour de manivelle. — M. **Barbarin.** — Il existait une fracture compliquée du radius au point d'élection et une luxation de la tête du cubitus à travers les téguments du poignet.

Cancer du corps utérin. Perforation à la suite d'une exploration à la curette pour biopsie. — M. **Pauchet** communique ce cas rare. Le cancer bourgeonne à la surface du corps utérin au point perforé et englobe une anse d'iléon. Greffe sur le côlon sigmoïde. Un an après, l'auteur fit une hystérectomie abdominale et une entérectomie. Guérison opératoire.

Cas curieux de corps étrangers des bronches et de l'œsophage. — M. **Guisez** communique les observations d'un certain nombre de corps étrangers qu'il a enlevés récemment. Il est nécessaire d'examiner le thorax aux rayons X dans tous les cas de troubles broncho-pulmonaires à répétition surtout chez les jeunes enfants à cause de la latence de nombreux corps étrangers parce que l'accident passe souvent inaperçu. Chez les adultes les corps étrengers des bronches sont, au moins une fois sur quatre, d'origine dentaire.

Torsion de deux kystes dermoïdes ovariens chez la même malade. — M. **Péraire** communique cette observation extrêmement rare dans laquelle les deux kystes dermoïdes présentaient chacun une double torsion. Opération. Guérison.

Ulcus peptique jéjunal après gastro-entérostomie au fil de lin. Résection. — M. **Leplat** (de Cahors). — Le malade avait été opéré douze ans avant et avait recommencé à souffrir cinq à six ans après. Opération sous anesthésie splanchnique. Résection de l'ulcus peptique et gastro-entérostomie. Guérison.

L'auteur n'a pas retrouvé cependant trace de fil de lin dans la pièce anatomique.

Une mort par rachianesthésie. — M. **Leplat** (de Cahors). — Syncope cardiaque au cours d'une opération pour fibrome chez une femme grasse de 50 ans. Réviviscence du cœur après deux piqûres intra-cardiaques d'adrénaline, mais mort subite dans la nuit suivante. C'est le deuxième cas de mort observé par l'auteur sur six mille rachianesthésies.

Inondation péritonéale par rupture probable de l'iliaque externe, un an après une appendicectomie. — M. **Péraire** communique l'observation suivante : Enfant de 11 ans opéré d'appendicite aiguë avec appendice sphacélé ; drainage et tamponnement ; le douzième et le quatorzième jour après l'opération, hémorragie très abondante par la plaie ; guérison. Un an après, grosse tuméfaction abdominale fluctuante, douleurs, fièvre, pâleur. La ponction de la tumeur donne issue à du sang en jet. Mort.

BIBLIOGRAPHIE

Auguste Rodin, par RAINER MARIA RILKE. *Traduction de Maurice Betz* (Editions Emile-Paul frères). Un volume illustré de 32 héliogravures, 30 fr.

C'est en 19 2 que Rilke, revenant de Russie, faisait pour la première fois, à Paris, la connaissance d'Auguste Rodin, et cette singulière rencontre du poète de la vie intérieure et du puissant sculpteur des surfaces vivantes devait marquer pour l'un et l'autre une date.

En le jeune poète étranger, Rodin trouva un ami, un confident, le plus sensible à la fois et le plus intelligent des disciples. Durant de longs mois, Rilke sejourna à Meudon où le maître le retint avec empressement. Et c'est en rendant un jour visite à son jeune ami, qui habitait une aile de l'hôtel Biron, que Rodin, pour la première fois, devait envisager de transporter ses ateliers dans cette demeure ancienne à laquelle son nom depuis s'est attaché et qui abrite aujourd'hui l'ensemble de son œuvre.

Mais ces relations devaient être fécondes surtout pour le jeune écrivain qui, en pleine crise de mysticisme, à peine dégagé des influences slaves, allait former son style au contact du sculpteur et trouver dans son « immense exemple » une leçon d'expression, une discipline à la fois réaliste et poétique, un sens nouveau de la vie et de la nature.

Aussi le livre que Rilke a consacré à Rodin n'est-il pas seulement un portrait vivant et affectueux du maître, et, comme on l'a écrit : « la plus compréhensive, la plus sensible étude du statuaire » (Georges Grappe) ; c'est en même temps un traité d'esthétique, un examen de conscience, une confession qui, dans une langue d'un lyrisme magnifique, vient completer l'image du poète des *Cahiers de Malte Laurids Brigge*.

Le *Rodin* de Rilke, dont la traduction française parait aujourd'hui, est répandu dans les pays de langue allemande à plus de 60.000 exemplaires. Il a été notamment traduit en anglais, en danois, en hongrois, en polonais et en russe.

Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire. Etude histologique, biologique, clinique et chirurgicale, par VITTORIO PETTINARI. 1 vol. in-8° de 494 pages avec 181 figures dans le texte : 70 fr. Gaston Doin et Cie éditeurs 8, place de l'Odéon Paris (VI°).

La greffe ovarienne est celle qui a reçu parmi les greffes des glandes endocrines l'application la plus large à la thérapeutique humaine, cependant il n'existe aucun travail d'ensemble sur le sujet. Ce livre vient de combler cette lacune en étudiant l'histologie et la physiologie de l'ovaire en tant que glande endocrine.

Apres un aperçu historique, l'auteur étudie, dans la *première partie*, l'histologie normale de l'ovaire dans toutes ses phases de transformation cyclique, expose en détail la technique et les résultats de ses expériences qui ont porté sur plus de 350 animaux, examine les facteurs qui agissent sur la prise de la greffe, suit soigneusement les modifications histologiques des greffons et leur action sur le receveur.

La féminisation, l'hermaphrodisme expérimental, la greffe revitalisante, l'action du receveur et les lois de la greffe font l'objet de chapitres spéciaux.

Sur la base de sa large expérimentation et de nos connaissances les plus modernes, l'auteur aborde la question importante de l'origine des hormones ovariennes, discute la théorie de la glande interstitielle, de l'action endocrinienne des cellules de la granuleuse et du corps jaune en cherchant à déterminer le rôle de chacune de ces formations. Dans des paragraphes particuliers sont étudiés les différentes actions de l'ovaire, soit spécifiques soit aspécifiques, le déterminisme du développement mammaire et de la sécrétion lactée, la classification des caractères sexuels, du cycle sexuel, etc.

Dans la *deuxième partie*, après avoir exposé les applications humaines de la greffe et avoir cité les cas cliniques intéressants, l'auteur étudie en détail le rôle de l'ovaire glande endocrine, dans la physiologie et dans la pathologie de la femme. Les troubles de la croissance, de la puberté, de la maturité, de la gestation, de la puerpéralité, de la ménopause sont successivement envisagés. Un chapitre entier est dédié à l'étude de la vieillesse et au problème de la greffe revitalisante ; un autre à l'exposition très détaillée et à la discussion des indications et des contre-indications à l'implantation ovarienne.

Les techniques opératoires, que tout chirurgien doit connaître, sont clairement exposées ainsi que celle très détaillée de l'implantation du singe à la femme.

La lecture de ce travail permet donc au lecteur de se faire une idée exacte des cas dans lesquels la greffe est indiquée, des résultats que l'on peut en attendre et de la technique opératoire qu'il faut choisir afin d'avoir les meilleurs résultats.

Après quelques considérations sur la greffe et l'eugénique, sur les applications véterinaires, etc., ce beau livre s'achève par une série de conclusions schématiques, qui résument brièvement la vaste matière traitée, et par une bibliographie complète sur la greffe de l'ovaire.

Presque toutes les figures sont originales ; elles illustrent parfaitement l'anatomie et l'histologie de l'ovaire, les transformations successives des greffons, les modifications des animaux greffés, la technique opératoire, etc.

Les péricolites droites chroniques. Les adhérences post-opératoires péri-iléocoliques, par le docteur J. KRIEF. Un volume in-octavo, avec figures. Prix : 25 francs. Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie au point de vue anatomique, pathogénique, clinique et thérapeutique, la question complexe des formations péritonéales anormales situées exclusivement sur le cadre colique droit et sur l'iléon terminal.

Il donne une classification très simple de tous ces faits anatomiques, basée sur l'étude critique des travaux antérieurs, et sur de nombreux comptes-rendus opératoires. Cette classification fait nettement le départ entre les formations péricoliques dont la nature congénitale semble la plus vraisemblable, et les formations péricolitiques dont la nature inflammatoire ne semble faire aucun doute. D'ailleurs, cette dualité d'origine des péricolites est longuement étudiée dans le chapitre : pathogénie, auquel fait suite un chapitre sur le rôle pathogène de ces formations.

A propos de l'étude clinique, l'auteur décrit le syndrome des péricolites avec ses quatre périodes : *a)* de tolérance ; *b)* de réaction ; *c)* de défaillance ; *d)* d'asystolie cæco-colique : il insiste sur les réactions à distance des péricolites, sur les nombreuses complications auxquelles elles peuvent donner lieu et au sujet desquelles on risque de s'égarer si on ne les a pas présentes à l'esprit.

Les formes cliniques sont étudiées avec soin. Un chapitre spécial est réservé à l'étude radiologique des péricolites.

L'auteur envisage séparément les adhérences post-opératoires étendues dans la fosse iliaque droite. Il décrit leur aspect anatomique, insiste sur les causes prédisposantes et déterminantes de leur formation, et trace le tableau clinique propre aux adhérences. Leur prophylaxie est envisagée sous un jour pratique.

Tous les détails concernant le traitement médical et surtout le traitement chirurgical sont longuement étudiés, l'auteur propose au point de vue opératoire, une série de technique personnelles intéressantes. Suivent une série de 109 observations recueillies dans le service de M. le Dr G. Lardennois à l'Hospice des Ménages.

Un aperçu anatomique et physiologique de l'iléon terminal et du côlon proximal précède l'étude des péricolites ; ce chapitre facilite l'interprétation de certaines considérations cliniques et thérapeutiques à propos des péricolites droites et des adhérences post-opératoires péri-iléocoliques.

Cet ouvrage complet sera profitablement consulté par tous ceux qu'intéressent les problèmes cliniques et thérapeutiques soulevés par la pathologie de la fosse iliaque droite.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 30. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 30 JUILLET 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Professeurs sans chaire. — Peuvent recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus, sans limite de temps, d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement équivalent à celui d'un agrégé chargé d'enseignement, et remplissant depuis quinze ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr DUVERNOY, professeur suppléant, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Besançon.

M. le Dr VOLANT, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le Dr BOURGUIGNON, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine assemblé pour choisir les candidats aux chaires de : 1° Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques et 2° toxicologie et hygiène appliquée, a présenté :

1° En première ligne, à l'unanimité des voix, M. le professeur agrégé H. BONNIN,.

En seconde ligne, M. le professeur agrégé CREYX.

2° En première ligne, à l'unanimité des voix, M. le professeur LABAT.

En seconde ligne, M. le professeur agrégé GOLSE.

Congrès international de l'enfance. — Le Congrès international de protection de l'enfance, qui a eu lieu à Paris, vient de se terminer. Rarement réunion fut plus brillante et plus réussie puisqu'il y eut 2.000 congressistes présents. Ce succès est dû à l'autorité du président, M. le sénateur Strauss et à l'activité inlassable du Dr Lesage, secrétaire général.

Hôpitaux de Paris. — *A propos du concours de l'internat.* — Le Conseil d'administration du Syndicat des chirurgiens des hôpitaux, à l'unanimité, proteste contre les voies de faits et les calomnies dont les juges du concours actuel de l'internat ont été l'objet. Rien ne peut excuser de pareilles manifestations.

A l'avenir, les chirurgiens des hôpitaux considèrent que, l'administration de l'Assistance publique a le devoir de faire protéger les juges d'un concours contre toute manifestation agressive de cet ordre.

Sinon, les juges se verraient dans l'obligation d'interrompre les opérations du concours, sans préjudice des poursuites légales qui seraient exercées contre les fauteurs de désordre.

— *Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 janvier 1929 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le samedi 20 octobre 1928, à 10 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 10 septembre jusqu'au samedi 6 octobre 1928 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Gabriel Leven (de Paris), médecin consultant des maisons de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le Dr L. Masbrenier, ancien médecin de l'hôpital civil de Melun ; M. le professeur Astre, de la Faculté de pharmacie de Montpellier.

— Tableau de concours pour le grade de chevalier (réserve) :

MM. Imbert, Gaulier, Coville, Girma, Saleur, Moog, Pila. Margnat. Breton, Benabu, Lecornu. Glippet, Fouque. Maigne, Bridant, Henry, Denis. Monfort. Graz, Beauvy, Herard, Jullemier, Guiesse, Vaudet,Brun. Chaufour, Chavialle, Beyle, Sauphar, Liabot, Aton. Gardiol, Ballu. Onfray, Hollande, Olmer. Jasseron, Catrin, Richard, Canuet. Pelissard, Labougle, Yaert, Camus, Connet, Orgebin. Philip, Poiteau, Mortegoutte, Liautey, Tremblin, Thirion, Armengaud. Nordmann, Estachy, Bardin, bedrunes, Chanal, Duranton, Chenot, Varmorel, Brevet, Perdrigeat, Senlecq, Faugeron, Bourdeau, Joyeux. Luzoir, Jacobee Parrical de Chammard, Prosanval, Pansier. Gaulier, Valeton, Audibert, Manya, Bloch, Nouis, Lombes, Hamon, Delmas, Gardere, Maffei, Massina, Fiolle, Joly, Perret, Didier, Poirel, Pons. Bretegnier, Lechaux, Collomb, Ros, Krouch, Benard, Saleur, Chalon, Brun, Merle, Durand, Racadot, Bloch, Govy, Agron, Cadet. Fregier, Bentkowski, Leuret, Bernarnardbeig. Porcheron, Breitman, Malon, Barberousse, Delecour, Rochelaux, Balleydier, Verger, Polony, Lassus, Lecacheur, Cuvier, Amsler, Marchand, Algan, Duvignau, Martinetti, Lebon, Boppe, Dore, Fontaine, Robin, Helie, Angele, Barre et Ahreiner.

Avis de concours (Dispensaires de l'Orne). — Un concours sur titres sera ouvert à Alençon fin août, pour la nomination d'un médecin chargé d'assurer le service des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de l'Orne (Dispensaires d'Alençon, de Domfront, Flers et Mortagne).

Le traitement de début est fixé à 30.000 francs avec indemnités pour charges de famille et participation à une retraite.

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et justifier d'une préparation suffisante de spécialisation au point de vue tuberculose.

(Consulter le règlement intérieur type du Comité national).

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (6e).

Période de vacances 1928. (Service de M. le Dr A. MOUCHET chirurgie infantile, hôpital Saint-Louis (annexe Grancher). — Cours de M. le Dr André RICHARD, chirurgien des hôpitaux, du 1er août au 15 septembre :

Le lundi : consultation externe et visite dans les salles ; le mercredi : opérations de chirurgie infantile et exposé critique des opérations pratiquées ; le vendredi : leçon sur un sujet de pathologie chirurgicale infantile avec présentation de malades.

Le nombre des auditeurs est limité à 30. Le cours est gratuit. S'inscrire du 10 au 28 juillet auprès de la surveillante du service.

La Ligue des Droits de l'Homme ouvre une enquête sur la réglementation de la prostitution. — La Ligue des Droits de l'Homme vient de prier toutes ses sections de lui faire connaître leur avis sur la prostitution réglementée :

A cet effet, elle leur adresse le questionnaire suivant :

1° La prostitution de la femme est-elle « un mal nécessaire » ? 2° Faut-il laisser la prostitution de la femme s'exercer librement ? 3° Faut-il la réprimer, ou l'organiser et la surveiller ? 4° Faut-il autoriser les maisons de prostitution ? 5° Faut-il empêcher l'exploitation de la prostitution, la traite des femmes et réprimer le proxénétisme ? 6° Faut-il interdire la provocation à la débauche et le racolage, quel qu'en soit l'auteur ? 7° Faut-il soumettre l'homme et la femme aux mêmes règles de police et de prophylaxie ? 8° Faut-il soumettre la femme prostituée à une surveillance sanitaire et laisser l'homme malade transmettre librement et impunément son mal ? 9° Faut il instituer un régime prophylactique qui puisse atteindre les malades des deux sexes, régime fondé sur le principe de l'égalité de tous devant la loi et sur le principe de la responsabilité individuelle ?

La Ligue accueillera avec reconnaissance les avis et suggestions de toutes les personnes ou associations que la question intéresse, à quelque parti qu'elles appartiennent. Ecrire : 10, rue de l'Université, Paris-7°.

Offres de Postes. — Deux postes d'interne seront libres à dater du 1er août à l'Institut orthopédique marin de Kerpape en Plœmer (6 kil. de Lorient). Traitement de 412 fr. 50 par mois, défrayé de tous frais. Engagement de 6 mois minimum, voyage aller remboursé. Adresser les demandes avec nombre d'inscriptions au médecin-chef de l'Etablissement.

— On demande un médecin-adjoint pour l'établissement héliothérapique des pupilles de l'Ecole à Odeillo-Font-Romeu (1.800 mètres, Pyrénées-Orientales).

Demander conditions, donner titre et références au médecin-directeur, Odeillo.

Nécrologie. — Dr Hugues Clément, de Lyon, chargé de cours à la Faculté des sciences, décédé à l'âge de 46 ans. — Dr Maurice Blanche, radiologiste des hôpitaux, décédé à Paris, à l'âge de 54 ans. — Dr Gustave Rivier, décédé à La Croix (Var), à l'âge de 44 ans. — M. le docteur Giorgi, décédé à Venaco (Corse), à l'âge de 91 ans.

GLANURES

Bichat et Pasteur. — Puisque certains quotidiens, en signalant la distribution des prix du Collège de Nantua, ont annoncé que le Ministre de la Guerre y avait fait l'éloge « du grand chirurgien Broca et de l'immortel Pasteur », profitons de l'erreur pour reproduire le passage du discours où M. Painlevé a évoqué les grandes figures de Bichat et de Pasteur, qui, avec Cuvier et Charles Robin, sont les floraisons du sol jurassique dans le domaine biologique :

« Bichat, quel prestige exerce à travers le temps ce conquérant de la pensée qui, à trente ans avait osé disputer à la vie et à la mort quelques-uns de leurs plus formidables secrets ! Quelle puissance d'imagination créatrice, quel labeur acharné de ce cerveau rongé de fièvre, quelle sévère profondeur dans ses formules !

« De quelle lumière éclatante et brève brille ce pur flambeau, né au fond d'un village de votre province, abrité quelques années dans les murs de ce collège même et que le destin transporte hâtivement à Paris comme pour lui permettre d'illuminer le monde avant de se consumer.

A la pensée silencieuse, il unit ainsi la ténacité et la probité dans le travail du paysan qui, ayant su deviner le bon terrain que réclame sa vigne, le colmate et l'amende toutes les heures du jour, et, des grappes resplendissantes, fait loyalement jaillir un vin sans reproche. Ainsi, dans les manifestations les plus hautes du génie d'une race surgissent, exaltées, les mêmes vertus qui lui donnent son caractère à la fois séculaire et quotidien, qui orientent et soutiennent ses plus modestes labeurs.

Et quand on évoque le souvenir de Bichat, comment ne point songer aussi à cet autre montagnard dont l'existence fut si différente de la sienne et qui lui est si proche, pourtant, par la méthode et la démarche de son esprit, à Pasteur ? Nés dans des régions jumelles que des limites factices séparent, mais que la nature réunit, tous les deux ont écouté dans leur enfance la voix des grandes et augustes solitudes qui les a inspirés toute leur vie. C'est pourquoi, bien que l'un ait disparu au printemps de sa vie et que l'autre n'ait conçu qu'au seuil de la vieillesse ses plus profondes découvertes, il existe entre leurs œuvres une sorte de fraternité : « La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort ! » a écrit Bichat. Et de même que le grand anatomiste s'est penché sur le fourmillement cellulaire des tissus vivants, le grand fondateur de la bactériologie a discerné



le pullulement de ces parasites imperceptibles qui détruisent un organisme.

Formés tous les deux par leur petite patrie, ils en ont tous les deux débordé immensément les limites pour emplir de leur renommée et de leurs découvertes, non pas seulement leur grande patrie, mais le monde. »

Le Marquis de Sade. — Puisque les biographies sont à la mode, il est bon qu'on n'oublie pas ceux qui, étoiles de moindre grandeur, n'en ont pas moins brillé dans le ciel de la pensée humaine et qui, ayant vécu en marge de la société, ont eu leur personne et leurs idées plus ou moins dénaturées par la légende. C'est pourquoi le Dr Octave Béliard a été très bien inspiré en écrivant la vie du marquis de Sade pour cette nouvelle collection « Les Vies en Marge » (1.)

D'après le Dr Beliard, une existence anormale fit du marquis de Sade un tout autre homme que celui qu'il eût naturellement dû être.

Il était né d'une belle et pure lignée et fut un enfant un peu trop féminin, impressionnable, faible de volonté, mais intelligent, affectueux et docile.

« Toute l'existence de ce faible, ajoute notre confrère, s'accomplit sous le signe de la contrainte et de l'étouffement, sans que l'attention continue contre sa liberté trouve son entière justification dans des écarts de jeunesse que l'on a démesurément grossis et qui se fussent corrigés d'eux-mêmes. On l'empêcha, dans le choix d'une femme, de suivre son inclination naturelle et, après un mariage forcé, il ne quitta guère ces espèces de forceries que sont les prisons où la nature d'un être humain ne peut que se développer que monstrueusement.

Quand il mourut à l'âge de soixante quinze ans, il avait passé vingt-sept années dans onze prisons différentes, et, connu la vie du siècle en son âge mûr, uniquement à une période où toutes les valeurs morales étaient sens dessus dessous.

Le paradoxe de cet homme, qui eut une sorte de génie et qui fut la proie des larves, capable de vues considérables et de considérables égarements, qui pensa comme un philosophe, rêva comme un criminel et ne fut pour autant ni philosophe ni criminel dans sa vie, s'explique assez bien par cette idée que nous sommes le premier à formuler avec rigueur : c'était *un empoisonné*.

Dans quelle mesure l'intoxication servit-elle ou gâta-t-elle son génie ? Nous n'en déciderons point, parce qu'il n'est pas possible de savoir ce qu'eussent été, sans leur poison, Thomas de Quincey, Edgard Poe, Musset et Verlaine, ni Baudelaire et Maupassant sans leur syphilis, ni d'autres grands sans leurs toxiques religieux et moraux.

Mais quoi qu'il en soit, à notre point de vue, disons scientifique, nous ne pouvons regretter ni les livres épouvantables du Marquis de Sade, ni sa mauvaise réputation, ni qu'il ait été ce qu'il a été. Tout ce qui le concerne est hautement exemplaire et fait désormais partie de l'expérience humaine. Il a été, non pas tant comme le croit Duehren, l'innovateur conscient d'une science qu'ont illustrée les Kraft-Ebbing et les Havelock Ellis, qu'un merveilleux sujet d'observation, qu'un admirable *cobaye*.

A ce titre, ses livres, complétés par l'histoire de sa vie, forment un document précieux pour les musées de pathologie.

Nous ne voulons pas dire, d'ailleurs, que le Marquis de Sade soit résumé dans ce rôle de cobaye.

Il n'est pas impossible, en effet, comme l'espérait Guillaume Apollinaire, qu'on lui accorde, dans l'histoire des lettres, une importance qui lui a été jusqu'ici refusée. Notre âge est enclin à ces repêchages : il en est peut-être de moins justiciables. La valeur du Marquis comme écrivain est certaine, son érudition n'est pas à mépriser ; surtout, il a entrevu des idées et des théories littéraires, biologiques, sociologiques qu'on est surpris de reconnaître déjà dans son œuvre, qui y semblent antidatées, qui étaient alors acides et offensives, mais qui avaient tellement la vie en elles que nous avons vu des hommes s'illustrer pour les avoir définies.

C'est là un des caractères du génie ; prenons pourtant bien garde qu'il n'est pas suffisant et qu'il n'est pas le seul caractère du génie. Un génie n'est complet que moyennant la *construction* et cette « longue patience » dont Buffon a parlé. Toutes les idées qui doivent naître sont déjà dans l'air à l'état de germes ; tout un monde a coopéré à leur création et les alourdit sans cesse d'un élément nouveau. Le premier intuitif qui les aperçoit n'en doit pas conclure qu'elles lui appartiennent, mais seulement qu'il en a fait rencontre alors qu'elles étaient suffisamment proches de la maturité.

(1) Le Marquis de Sade, par le Dr Octave Béliard, 1 vol. : 10 fr. Collection « Les vies en marge », 16, rue Alphonse-Daudet, Paris.



Et le seul inventeur est celui qui leur donne une forme cohérente et définitive, qui *les réalise*.

Une terre n'appartient pas à celui qui l'aperçoit le premier, mais à celui qui, le premier, y fait flotter son pavillon. Nous avons lu dans les philosophes anciens, notamment dans Plotin, dans Marsile Finir, dans les classiques de l'Occulte, des phrases intuitives ou des arguments qui en feraient les précurseurs à longue échéance de nos savants contemporains, et, par exemple, il semble bien qu'ils aient creusé, en rêve ou par raisonnement, des formes vides que les découvertes de la bactériologie devraient remplir d'un contenu réel.

On ne dira pourtant point que leur génie inventa la bactériologie avant le temps. A plus forte raison ne peut-on pas dire que le proudhonisme que le darwinisme, que le zolaïsme se trouvent tout faits dans l'œuvre touffue et désordonnée du Marquis de Sade ; d'autant que Lamarch, qui contenait Darwin et plus encore, était son contemporain et qu'avec un peu de recul Prondhon et Zola paraîtront l'avoir été. De ce chef scientifique et littéraire, le Marquis n'exerça aucune influence sur son époque et n'y réveilla point d'idées, il en subi au contraire les influences et il n'est pas si merveilleux que son mental, à la façon d'un appareil enregistreur très sensible, ait décelé passivement les courants qui s'y formaient.

Nous retrouvons là encore sa passivité, sa *féminité*, son idéologie de rêveur. On le louera d'avoir quelquefois eu la vue plus longue que ses contemporains, d'avoir même posé les unes sur les autres quelques pierres d'attente en vue d'un édifice à venir. Mais c'est là, finalement, un assez mince génie et plutôt « que l'on appelle aujourd'hui de la médiumnité. »

La santé sort de la mer. — M. Charles Le Goffic, dans la substantielle préface qu'il vient d'écrire pour une Anthologie des Poètes de la Mer (1), fait remarquer avec raison que c'est le romantisme, qui, chez nous, a mis la mer à la mode et déterminé le mouvement accéléré qui précipite chaque année vers ses bords les trois classes de la population française. La généralisation même du « balnéisme » est de date relativement récente.

« Les amies de Mme de Sévigné, dit M. Charles Le Goffic, n'allaient à la mer que si elles avaient été mordues par un chien enragé. L'hydrothérapie marine, en ces âges lointains, passait pour souveraine contre l'hydrophobie : sous Henri III, qui en usa, c'était un spécifique contre « certaines galles » ; on ne lui connaissait que ces deux vertus.

Nous lui en avons découvert quelques autres, à la suite de la gentry anglaise que rongeait la scrofule et à qui, sous Georges II, le Dr Russel indiqua la mer comme une inconparable refaiseuse de tissus. Vous pourrez lire sur ce propos de belles pages et qui n'ont point vieilli, de l'homme qui a le plus fait chez nous après Chateaubriand, pour nous attirer vers la mer, l'historien poête Jules Michelet. Mais quoi ! Ce Michelet, sa correspondance inédite, publiée après la guerre par Paul Sirven, nous revelait que c'est seulement à cinquante-sept ans, sur la « plage » de Sainte-Adresse, qu'il prit son premier bain de mer : il avait mis du temps, lui aussi, à découvrir les vertus thérapeutiques de l'eau salée.

Son livre : *La Mer*, qui fit grand bruit, est de 1861. Mais Hugo dès le 12 août 1840, avait écrit : « La santé sort de la mer comme la beauté » et, devant même qu'Hugo eût laissé tomber cet oracle, la duchesse de Berri avait « lancé » les bains de Dieppe, les premiers du genre, créés en 1778 par le fameux Lepecq de la Cloture et fréquentés sous le premier Empire par la reine Hortense. Il n'est pas jusqu'à la Bretagne où un vieux petit chirurgien de la Flotte, Goulven Denis, fixé à Roscoff, le temps de la retraite venu, avec sa carabosse de sœur, ne se fut acquis une certaine réputation par ses cures marines.

Le prédecesseur — non seulement de Michelet — mais d'Haeckel, d'Yves Delage et de Printon, professait déjà que « tout vient de la mer », ce qui, par parenthèses, n'est pas si hérétique, puisqu'il est dit dans la Genèse « qu'au commencement l'esprit de Dieu se mouvait sur les eaux ». Je tiens d'André Baudrillard, qui lui rendit visite avec son père, qu'il passait dans le pays pour sorcier, parce que, dans son laboratoire, où il ne laissait entrer personne, il se livrait à de mystérieuses manipulations : ses visiteurs, un jour, l'en virent sortir avec un

(1) Les Poètes de la Mer, du Moyen-Age à nos jours. Anthologie par Charles Le Goffic. 1 vol. Prix : 12 fr., Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

grand plat où flottait une sorte d'humeur visqueuse. Il leur expliqua :

— C'est le plasma original.

Par lui, Roscoff, qui fut la première plage bretonne à la mode (si tant est qu'avec Roscoff on puisse parler de plage) et où fréquentaient déjà Jean-Louis Hamon, Michel Bouquet et d'autres artistes, sans compter Tristan Corbière, niché à demeure dans « ce trou de flibustiers », vit sa clientèle estivale de développer considérablement : Sylvestre de Sacy et Littré y passaient chaque année la saison ; Dumas père y débarqua un jour, avec tout un escadron de ballerines et de cuisiniers. Heureux temps néanmoins, où le *Kant* était si peu connu des Bretons que Littré, sans offusquer personne pouvait se baigner nu comme Adam sur la grève de Roc'Broum ! Et il est vrai que, plutôt d'induire à tentation les innocentes maraîchères du cru, le spectacle était fait pour les affermir dans les voies de la continence... ».

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'histologie. I. Histologie générale. 1 vol. Prix : 32 fr. — II. Histologie des organes, 1 vol. Prix : 28 fr. Bibliothèque Carnot et Fournier. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Jugeant avec raison que les étudiants en médecine n'ont à consacrer aux sciences biologiques qu'un temps très court, et qu'ils demandent à ces disciplines des notions simples mais précises, en vue de leur formation professionnelle ultérieure, M. Champy a réussi à résumer, dans ces deux volumes abondamment illustrés, ce que, dans l'état actuel de la science, on est en droit de considérer comme le bagage cytologique indispensable des élèves de nos Facultés de médecine.

Il eût été facile à M. Champy plus qu'à tout autre, d'étendre davantage les considérations que comporte l'etude de l'histologie : mais il n'a pas voulu écrire à nouveau, à propos de l'histologie, des chapitres entiers de physiologie ; pas plus qu'il n'a sacrifié aux idées nouvelles la somme des faits certains, acquis définitivement qui sont la base des connaissances médicales.

Tout ce précis porte la marque de l'originalité de l'esprit de son auteur et révèle l'étendue et la variété de ses connaissances.

S'il s'adresse surtout aux étudiants, sa lecture sera, pour ceux qui s'intéressent plus spécialement à l'histologie, l'occasion de réflexions et de méditations utiles, et pour les médecins un instrument précieux de culture générale.

L'impuissance virile, par le Dr E. Monin (Le François, éditeur, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris). Prix : 10 fr.

Avec un talent littéraire qui n'a d'égal que son savoir thérapeutique, le Dr E. Monin nous détaille les causes, symptômes et conséquences de l'apragmatisme sexuel.

La thérapeutique par les glandes (Opothérapie) par le Dr Louis Moinson. Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, in-18, 190 p. Prix : 8 fr.

Il manquait un vade-mecum donnant le dernier état de la question, facile à lire et à consulter.

Le Dr Louis Moinson vient de combler cette lacune. Connaissant bien la question pour en avoir fait depuis longtemps l'objet particulier de ses études, il a composé une sorte de résumé ou d'aide mémoire, très sûr, très exact, en même temps très intéressant et très clair.

Travaux pratiques de cuisine raisonnée, par le Dr de Pomiane Pozerski, le Dr Hemmerdinger, le Dr Henri Labbé et M. Martel. Librairie Le François, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris, 1928 (in-8, 129 pages) prix : 13 fr.

Le lecteur de ce livre pourra, de même que les élèves des cours de cuisine de l'Institut scientifique d'hygiène alimentaire, exécuter facilement, sans connaissances scientifiques approfondies et sans aucun apprentissage préalable, les 200 plats dont les recettss raisonnées et coordonnées constituent la partie principale de ce traité.

L'empirisme y est remplacé par certains principes scientifiques simples, mis à la portée de tous, principes tenant compte de l'état physique, de la composition chimique des aliments et des diverses transformations qu'on leur fait subir lors de leur préparation à la cuisine.

Le bandeau sur les lèvres. Roman, par Louis FAGERIN. Un volume in-8 couronne, avec illustrations originales de J. François, en tête et en fin des chapitres. Prix franco : France : 13 fr. 20 ; étranger : 14 fr. 40. Aubanel fils aîné, éditeur, 15, place des Etudes, Avignon.

Le Médecin de campagne de Balzac était de son temps : fort peu médecin, il faut le reconnaître.

Le médecin d'aujourd'hui, en devenant le confident de toutes les misères que sa science peut soulager échappe à l'observation des profanes.

C'est cependant sous cet aspect du secret professionnel — question d'une casuistique fort compliquée, actuellement soumise aux discussions — que l'auteur a voulu nous le montrer.

Renonçant au privilège qu'a tout romancier de connaître tous les secrets, il a, dès les premières lignes, enterré son héros, celui qui est mort sans parler, l'homme au « bandeau sur les lèvres, » le docteur Bulot.

Et du coup il s'est trouvé dans une situation vraie, il est entré en plein dans la grande tragédie humaine, dans l'obscurité où se heurtent les destinées. Ainsi s'élargit ce drame poignant dont le personnage principal est le mort.

Et c'est pourquoi, dans l'esprit du lecteur, ce personnage perd son nom personnel pour ne plus être que le médecin, l'homme pour qui le silence est un devoir, mais aussi un droit, l'homme dont la conscience — plus rigoureuse et plus sage que le code — est le seul juge qui puisse lui imposer de se taire ou de parler, l'homme que sa fonction sociale élève à un rang que devra respecter le nivellement actuel des sommets.

Les poètes de la mer du Moyen-Age à nos jours. Anthologie par Charles LE GOFFIC. Librairie Garnier frères, 6 rue des Saints-Pères, Paris (VIIe). 1 vol. 12.

Le mot même d'anthologie implique un choix, une sélection. Et c'est en effet ici un choix, une sélection, non seulement des plus beaux poèmes français qui ont été écrits sur la mer ou inspirés par elle, mais encore des plus significatifs. Car chaque siècle a son sens particulier de la mer et il est certain, par exemple, que les classiques ne la voient pas comme nous la voyons. Chez les contemporains mêmes, autant d'écoles, autant de façons de sentir et d'interpréter la mer.

On trouvera dans l'anthologie de Ch. Le Goffic, les spécimens les plus représentatifs de ces différents modes d'expression. L'auteur ne s'est pas départi un seul instant de son large éclectisme comme il est remonté aux sources de notre littérature, il en a suivi le fil jusqu'aux écoles les plus récentes. Une introduction magistrale permet au lecteur d'assister à l'évolution du sens marin, de Thomas de Bretagne à Louis Braucquier. Rien de plus neuf et de plus captivant.

Tous les amis de la mer, tous ceux qui se rendent aux beaux mois sur ses bords, tous ceux qui rèvent d'elle sans pouvoir satisfaire leur désir, voudront lire ce recueil qui deviendra vite leur livre de chevet, parce qu'il sera pour eux un initiateur sans égal, qu'il les associera aux émotions les plus hautes comme aux impressions les plus subtiles de ces êtres semi-divins que sont les poètes, qu'il donnera un verbe à leurs propres impressions jusque là un peu confuses et qui s'ordonneront d'elles-mêmes dès qu'ils l'auront ouvert.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 15 juillet 1928 : A. Jolivet : Les drames de Strindberg (VIII) : Les drames naturalistes. — E. Le Roy : Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (XV) : La crise contemporaine. — E. Estève : Un grand poète de la vie moderne : Emile Verhaeren (X) : Le théâtre. — A. Puech : L'éloquence chrétienne au IVe siècle (V) : Les « Homelies » de Saint-Basile. — J. Pommier : Les dernières années du philosophe Jouffroy (II). — L. Villard : Le théâtre contemporain en Amérique (VI) : La poésie au théâtre.

La maison de laideur et de lésine par Suzanne NORMAND. Un volume in-16 : 12 fr. Les éditions G. Crès et Cie, 11, rue de Sèvres (VIe).

Une petite fille d'une candide perversité. Une petite fille qui, comme toutes les petites filles avant Freud, confond l'émoi de son cœur et celui dont sa récente puberté lui a donné le pouvoir.

Suzanne Normand, a nourri son grave talent de la sincérité de son âme, et de sa valeur, qu'alternativement martelèrent la connaissance et la douleur. Les vertus classiques de sa forme sont à l'image de son intelligence claire et forte, maîtresse toujours d'une sensibilité aux longues vibrations.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hérédité de la tuberculose

Par C. MONCKEBERG,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Santiago
Avec la collaboration de

E. ONETTO, et **J. VERGARA,**

Chef de laboratoire à l'hôpital du Salvador. — Assistant à la clinique obstétricale.

Il y a une dizaine d'années que nous étudions les relations entre la tuberculose et les phénomènes de la génération et nous avons déjà fait plusieurs publications sur ce sujet (1).

L'étude prolongée de cet important chapitre de clinique nous a conduit dans les cinq dernières années, à faire des expériences sur une autre question aussi très intéressante et en relation avec la première. Nous voulons parler de la *transmission héréditaire de l'infection tuberculeuse* (2).

Nous avons donc à notre actif plusieurs années d'investigations expérimentales sur la matière et nos déductions, pas encore définitives, permettent, au moins, de former une base pour des travaux postérieurs.

Aujourd'hui, on le sait, presque tous les phtisiologues et les pédiatres nient dans la tuberculose l'hérédité de graine et de terrain ; et c'est sur cette négation que l'on base toute la prophylaxie de la maladie : l'infection ne s'héritant pas, il suffirait de séparer l'enfant de sa mère dès sa naissance pour lui éviter tout danger de contagion et, si, dans quelques cas très rares, le microbe passe à travers le placenta, l'enfant meurt au bout de quelques jours, donc une telle hérédité n'a pas d'importance ni clinique, ni sociale.

Nous exposerons nos investigations pour donner ensuite nos conclusions.

Nul moment n'est d'ailleurs plus opportun après la publication des travaux de MM. Léon Bernard, Debré et Lelong, Calmette, Nègre, Valtis, Lacomme, Arloing et Dufourt, Fontes, Hauduroy, Vaudremer, Bezançon, Durand et du travail de M. le professeur Couvelaire, paru dans la *Presse médicale* du 19 février 1927, travail basé sur l'ensemble des documents recueillis à la Maternité pour tuberculeuses, annexée à la clinique Baudelocque.

Selon notre statistique, nous ne pourrions affirmer, sans crainte de controverse, que la tuberculose des parents influe sur l'enfant comme facteur spécifique en ce qui concerne la prédisposition, mais nous pouvons déclarer que les enfants que nous avons vus naître de mère tuberculeuse grave sont presque tous morts dans les premiers mois et ceux qui naquirent d'une mère tuberculeuse dont l'état général était bon se développèrent mal, progressèrent difficilement en grand nombre.

Les statistiques de von WINCKEL, PANKOW, KUPFERLE et d'autres démontrent que la mortalité des fils de tuberculeuses arrive jusqu'à 60 et même 70 pour cent dans la première année, et la grosse statistique de WEINBERG démontre que seulement le 12 pour 100 des enfants issus de mères tuberculeuses arrive à 20 ans.

(1) C. MONCKEBERG. — Tuberculosis y gestacion. (Leçon inaugurale du cours de clinique obstétricale, 1921). — C. MONCKEBERG y J. VERGARA. — La influencia del embarazo sobre la tuberculosis. (Travail présenté au Congrès des Sciences médicales de Séville, 1924). — G. MONCKEBERG. — La tuberculose chez la femme enceinte. Notre expérience. (*Gynécologie et Obstétrique*, avril 1925.)

(2) MONCKEBERG et VERGARA. — La possibilité de l'hérédité de la tuberculose. (Congrès de l'enfant, 1923, Santiago. Congrès des Sciences médicales, 1924, Séville). — MONCKEBERG. — L'hérédité du germe tuberculeux est possible et n'est pas rare. (Semaine de la tuberculose, Santiago, 1926). — MONCKEBERG, ONETTO et VERGARA. — Investigations expérimentales sur l'hérédité de la tuberculose. (Congrès de la tuberculose de Cordoba, octobre, 1927.)

Comment peut-on expliquer une mortalité si élevée, si on n'accepte ni l'hérédo-prédisposition ni l'hérédo-infection ?

Léon BERNARD et son école affirment que ce fait est explicable par la contagion de la mère tuberculeuse après la naissance et, chez les enfants séparés de leurs mères dès la naissance, elle est due aux mauvaises conditions d'alimentation puisqu'ils sont tous élevés artificiellement.

Nous croyons aussi, avec M. Léon BERNARD, que les conditions d'alimentation ont une grande importance comme cause de mortalité chez ces enfants ; d'ailleurs les statistiques de M. COUVELAIRE montrent une descente de la mortalité de 33 p. cent à 7,2 p. 100 en rapport avec l'amélioration les conditions d'alimentation, M. COUVELAIRE croit pouvoir affirmer « que la cause principale de l'excessive mortalité est sans conteste la séparation organisée dans des conditions imparfaites d'hospitalisation collective, sans lait de femme » (1).

Mais, M. COUVELAIRE ajoute ensuite : « Il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre d'enfants meurent encore au cours du premier mois, qui placés dans des conditions favorables paraissaient devoir s'élever sans trop de difficultés »... « la mortalité a été numériquement plus élevée chez les enfants dont les mères avaient eu pendant la gestation des poussées évolutives sévères »... « nos enfants ont succombé après avoir présenté des symptômes d'infections banales, en particulier des broncho-pneumonies reconnues à l'autopsie, mais il en est d'autres qui se sont éteints après avoir présenté le syndrome de dénutrition progressive que j'ai décrit en 1923. »

Eh bien, nous aussi nous avons observé cette mortalité spéciale chez les enfants issus de mère tuberculeuse. Nous aussi, nous avons vu ce syndrome de dénutrition progressive, cette véritable dégringolade si magistralement décrite par l'éminent professeur de Baudelocque et nous croyons ses observations si d'accord avec ce que nous avons personnellement observé que nous faisons nôtres ses paroles et, dans l'attente d'une plus grande expérience, nous ajoutons dès à présent :

Il y a quelque chose que nous ne connaissons pas et qui ne nous permet de donner des conclusions définitives ni sur l'hérédo-prédisposition ni sur l'hérédo-infection, mais d'après ce que la clinique nous enseigne, nous pouvons dire que les fils de mère tuberculeuse ont un moindre coefficient de vitalité.

En ce qui concerne l'hérédité sous forme de dystrophie, c'est-à-dire de l'anomalie, de la monstruosité, il y a des faits que nous ne pouvons pas mettre en doute.

Plusieurs auteurs ont observé des dystrophies générales ou partielles chez les enfants de tuberculeux sans qu'il eût autre cause pour les expliquer. On cite des cas d'infantilisme, nanisme, malformations cardiaques, rétrécissement de la mitrale, épilepsie, chorée, faiblesse mentale, luxations congénitales, etc., etc.

Ce n'est pas tout. NATTAN-LARRIER, CARRIÈRE, DELAMARE ont pu reproduire ces dystrophies, démontrant ainsi le rôle de la tuberculose dans sa production.

Nous même nous avons observé, dans deux cas, de vraies monstruosités chez des enfants de tuberculeux. Un de ces enfants fut extrait par laparotomie et naquit avec une extrophie totale des organes abdominaux. L'inoculation de son sang au cobaye produisit chez l'animal un infarctus des ganglions de l'abdomen, et dans le jus de ces ganglions nous trouvâmes, un mois après, le bacille de Koch en abondance (observation n° 9).

Il y avait donc chez cet enfant l'hérédité de graine et des dystrophies, deux formes d'hérédité pathologique dont l'origine et le mécanisme sont différentes, puisque l'hérédo-infection suppose le passage du germe de la

(1) COUVELAIRE. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. (*La Presse médicale*, 19 février 1927.)

mère à l'enfant à travers le placenta et l'hérédité de la dystrophie signifie altération des cellules sexuelles des parents dans une époque antérieure à la fécondation.

Voyons maintenant ce qui a trait à l'hérédité de graine ou hérédo-infection, la plus importante au double point de vue clinique et social et celle dont il s'agit spécialement dans nos investigations expérimentales.

Dans toutes nos observations il s'agit de tuberculose maternelle parfaitement diagnostiquée par la clinique et le laboratoire.

Dans tous les cas nous avons fait des inoculations au cobaye du sang du cordon extrait au moment de la naissance (1 ou 2 centimètres cubes).

L'inoculation a été toujours faite à la face interne de la cuisse.

Les cobayes furent sacrifiés un mois après la date de l'inoculation, sauf dans deux cas (obs. nos 20 et 21) où l'autopsie eut lieu au bout de cinq mois.

développer, du moins pendant la première année, dans des conditions de santé apparente (observation n° 20).

C. *Il n'est pas nécessaire, comme on l'a dit, que la maladie soit généralisée pour que le virus passe de la mère au fœtus, puisque dans une seule de nos observations on pouvait parler de tuberculose généralisée de la mère. Chez les autres, il s'agissait de formes graves mais avec lésions limitées au poumon.*

D. On a dit que le passage du microbe de la mère à l'enfant a lieu seulement au moment de l'accouchement et grâce aux déchirures du tissu placentaire que les contractions de l'utérus produisent, ce qui a pour effet le mélange des deux sangs.

Or, dans deux de nos observations positives, l'enfant fut extrait avant l'accouchement par laparotomie, ce qui nous permet d'affirmer que l'infection du fœtus se produit pendant la grossesse et que la lésion traumatique du placenta n'est pas nécessaire pour expliquer le passage du virus.

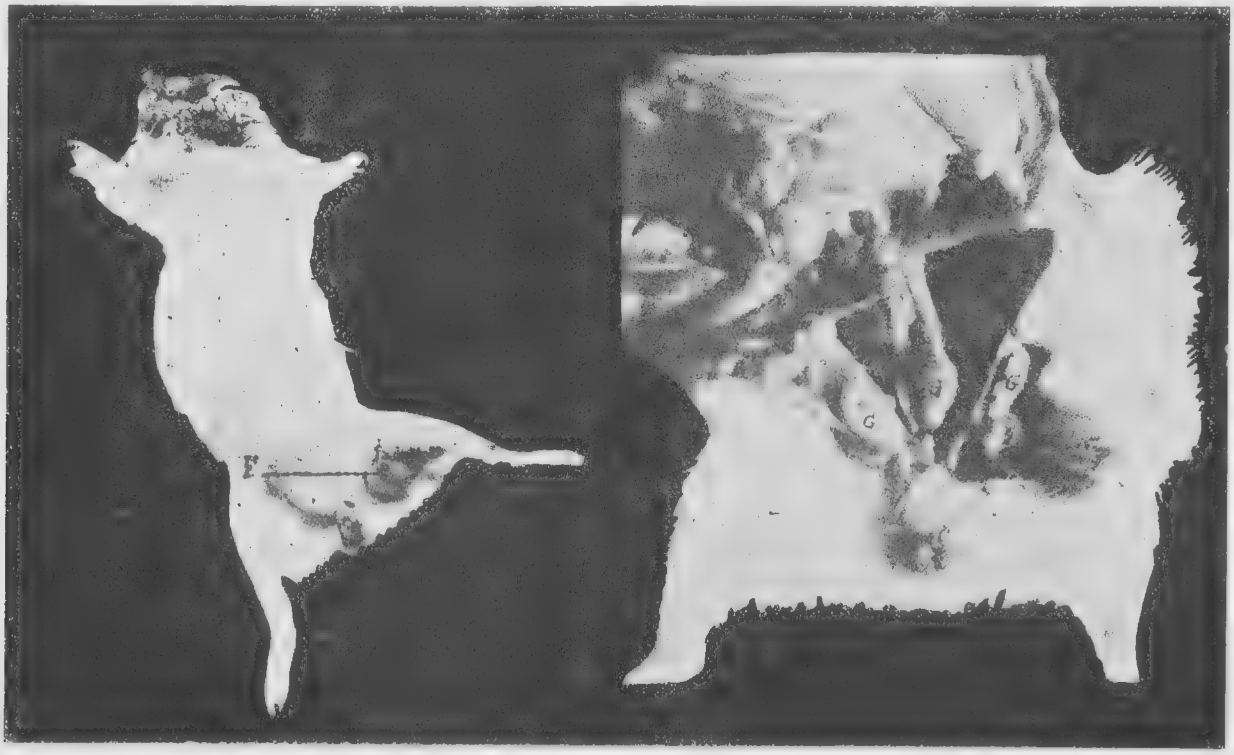


FIG. I
F — Chancre tuberculeux de la cuisse, chez le cobaye inoculé avec le sang du cordon.

FIG. II
G — Infarctus et caséification des ganglions inguinaux et lombaires, chez le cobaye inoculé.
(Autopsie un mois après la date de l'inoculation.)

Voici la synthèse des résultats obtenus :

I. *Nous n'avons jamais trouvé le bacille à l'examen direct du sang de l'enfant ni nous ne l'avons jamais vu dans ses organes ni dans le tissu du placenta, mais les inoculations du sang du cordon ont été positives dans 23 pour cent des cas.*

II. *Les cobayes inoculés avec le sang du cordon et qui furent sacrifiés un mois après ne présentaient d'autre lésion que l'infarctus des ganglions de la région et de l'abdomen dont le jus ou le pus contenait des bacilles de Koch sous leur forme typique.*

Mais dans deux cas où l'autopsie fut faite cinq mois après l'inoculation, l'animal présentait des lésions typiques de tuberculose généralisée.

De nos expériences nous croyons pouvoir déduire :

A. *Le passage du virus tuberculeux de la mère à l'enfant est possible et n'est pas rare.*

B. *L'enfant dont le sang inoculé à un animal produit chez celui-ci l'infection tuberculeuse, ne meurt pas toujours et peut se*

E. — Le fait qu'on ne trouve pas des lésions anatomo-pathologiques tuberculeuses chez l'enfant paraît démontrer *qu'il existe chez lui une septicémie tuberculeuse pure* (sans localisations) qui pourrait expliquer le syndrome de dénutrition progressive décrit par COUVELAIRE. On peut supposer que, ainsi qu'il arrive chez l'animal inoculé, l'apparition des localisations soit une question de temps sous l'influence des conditions de la défense organique de l'enfant.

F. — Quoi qu'il en soit, nos expériences nous permettent de dire que *la loi de la négation de l'hérédité de graine ne peut plus être soutenue.*

* * *

Discussion des objections à la doctrine de l'hérédité de la tuberculose.

Autant par le petit nombre de nos expériences (22) que par la grande valeur des faits cliniques qui forment jusqu'aujourd'hui la base d'un criterium opposé au nôtre

on peut nous faire des objections importantes. Nous nous avançons à les discuter en nous basant sur nos propres expériences.

I. On doute de l'hérédo-infection tuberculeuse ou on la nie parce qu'il est très difficile de trouver des lésions tuberculeuses et le microbe dans le placenta.

Et pourquoi, si la même absence de lésions spécifiques et du microbe est observée dans la syphilis, maladie dont l'hérédité infectieuse n'est contestée par personne ?

Nattan-Larrier et Brindeau ont trouvé le spirochète *exceptionnellement* après avoir examiné un grand nombre de placentas d'œufs syphilitiques. Nous ne l'avons *jamais* trouvé dans cinquante cas que nous avons étudiés avec Avilès (1) quoique nous ayons employé les procédés de coloration les plus modernes. Tous les investigateurs sont d'accord sur la grande rareté du microbe dans la syphilis placentaire.

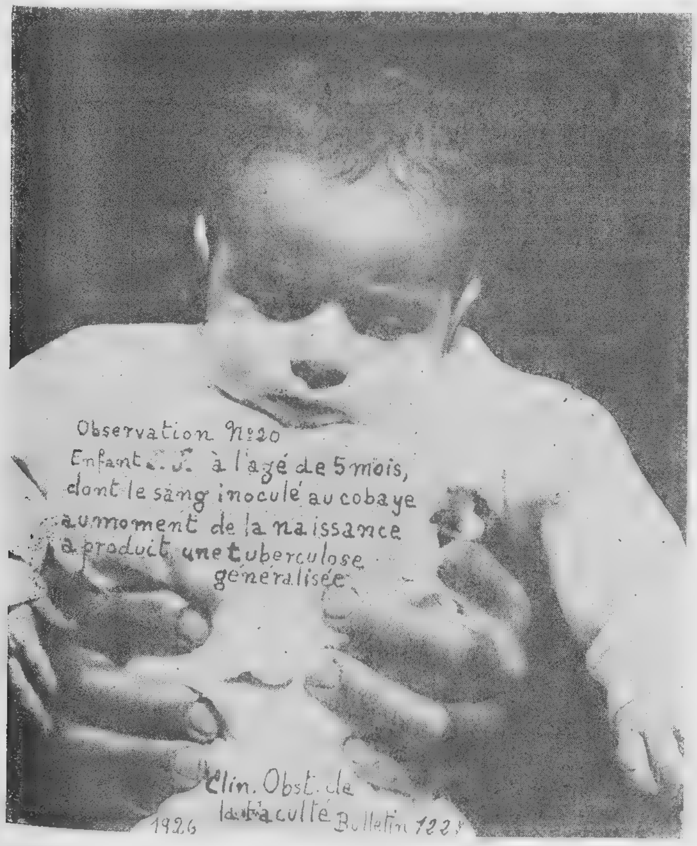


Fig. III

Enfant dont le sang inoculé au cobaye produisit la tuberculose généralisée de l'animal.

L'enfant est aujourd'hui âgé de 18 mois.

Il est très difficile, c'est vrai, de trouver des lésions typiques dans le tissu placentaire, *mais on les trouve*, et l'un de nous a pu le montrer (2).

D'ailleurs les lésions qu'on trouve dans le placenta dit syphilitique n'ont rien de spécifique : il s'agit de lésions banales résultant d'altérations vasculaires qui ne diffèrent de celles observées et décrites dans l'éclampsie ou dans quelques cas de néphrite chronique.

II. L'enfant ne présente pas des lésions tuberculeuses à la naissance.

C'est aussi vrai ; mais, combien d'enfants, fils de syphilitiques, n'ont aucune manifestation clinique au moment de la naissance ni plus tard pendant les premiers mois, voire même pendant la première année de la vie ?

(1) Monckeberg et Avilès. — Le placenta syphilitique (*Gynécologie et obstétrique*, 1924.

(2) Monckeberg. — Leçon inaugurale, 1924.

Est-ce que vous dites de ces enfants qu'ils ont une syphilis acquise ? Non.

Vous parlez de syphilis héréditaire et vous ajoutez que le microbe qui était dans l'organisme de l'enfant avant la naissance et y résidait sans produire des lésions, s'est un jour réveillé en se transformant tout à coup en véritable pathogène.

Sait-on quelles sont les causes qui maintiennent cet état latent du germe pendant si longtemps ?

Non. On les ignore, mais on accepte la transmission héréditaire de la maladie.

Et pourquoi ne dirait-on pas la même chose de la tuberculose ? Qui sait si un jour non lointain nous devrons parler de tuberculose héréditaire tardive ?



Fig. IV

Microphotographie. — B — Bacille de Koch dans le pus d'un ganglion du cobaye inoculé avec le sang de l'enfant de l'observation n° 20.

III. On ne trouve pas le microbe avec sa forme typique dans le sang de l'enfant.

Le bacille de Koch a été trouvé dans le sang et les organes du nouveau né par plusieurs investigateurs ; qu'il nous suffise de rappeler les observations de Charrin, Auché, Chambrelent, Parisot, Ribadeau-Dumas, Birch-Hirschfeld, Schmorl, Lehmann, etc., mais ce sont des cas exceptionnels.

En ce qui nous concerne, nous l'avons déjà dit : nous n'avons jamais trouvé le bacille à l'examen direct du sang de l'enfant.

Mais, est-ce une raison pour nier l'hérédo-infection tuberculeuse ? Non, puisqu'on admet l'hérédité de la syphilis, maladie dans laquelle on ne trouve non plus le microbe à l'examen direct du sang, ou, on arrive à le voir seulement après de longues, patientes et laborieuses investigations.

D'ailleurs, peu importe qu'on trouve ou non le microbe découvert par Koch, celui que nous avons cru jusqu'à présent le germe exclusif de la maladie. Il y a un fait essentiel, positif, indubitable, et c'est que *dans ce sang doit exister un virus tuberculeux*, du moment que nous avons un résultat positif de l'inoculaion dans un certain nombre de cas.

IV. La présence du bacille dans le sang de l'enfant ou chez les animaux inoculés ne nous démontre pas que ce microbe soit capable de produire plus tard une tuberculose.

C'est vrai ; mais cela ne nous démontre pas non plus le

contraire, donc, nous qui trouvons le virus dans le sang nous avons le droit d'affirmer que l'infection congénitale existe, autant que croient l'avoir ceux qui la nient.

« Les enfants de tuberculeux sont souvent tuberculeux, mais ils le sont de par la contagion de leurs parents ou de leurs frères », affirment ceux qui n'acceptent pas l'infection héréditaire.

Cela s'affirme, mais personne ne peut le démontrer, puisqu'il n'existe pas de différences cliniques ou anatomo-pathologiques entre l'infection héréditaire et l'infection acquise par contagion.

La fréquence de l'infection primitive du poumon qui paraît démontrer la contagion par la voie respiratoire est sujette à controverse. On peut, en effet, expliquer l'infection pulmonaire par un *tactisme* du microbe pour le poumon, c'est-à-dire par ce phénomène d'attraction ou élection qui fait que certains microbes se fixent de préférence sur des organes déterminés et dont nous avons en pathologie des exemples nombreux : le bacille d'Eberth avec l'intestin, le colibacille avec les organes urinaires, etc.

V. Les enfants dont le sang contient le microbe ou dont le sang inoculé donne des résultats positifs meurent tous dans les premiers jours, donc l'hérédité tuberculeuse, si elle existe, n'a pas d'importance clinique ni sociale.

Plusieurs enfants dont le sang inoculé nous donna des résultats positifs sortirent du service vivants et en bonnes conditions de santé. Nous n'avons pu les retenir, soit pour ne pas contrarier la volonté de leurs parents, soit parce que nous ne disposons pas de moyens pour les élever dans des bonnes conditions. Nous avons pu suivre seulement un de ces enfants. C'est celui de l'observation n° 20 dont nous publions la photographie.

Il est aujourd'hui âgé de 18 mois (l'accouchement ayant eu lieu le 16 juillet 1926) et se développe dans des conditions de santé apparente, quoiqu'il progresse peu. Il a été élevé en nourrice à la campagne et fut séparé de sa mère au moment même de la naissance.

L'inoculation de son sang au cobaye produisit au bout d'un mois des infarctus de ganglions de la région et de l'abdomen. L'autopsie de l'animal faite cinq mois après l'inoculation, démontra l'existence d'une véritable granulie.

Dans le sang de cet enfant, *existe donc ou doit exister* le virus tuberculeux et nous pouvons affirmer qu'il y a des enfants ayant le virus tuberculeux dans le sang qui peuvent survivre et se développer dans de bonnes conditions, au moins pendant la première année de la vie.

D'autre part, il faut tenir compte qu'ils étaient presque tous des débiles et leurs mères étaient gravement malades, ainsi on ne doit pas s'étonner de leur peu de vitalité.

Les autopsies n'ont démontré chez eux aucune lésion tuberculeuse et rien ne prouve que cette maladie fût la cause de leur mort. On peut supposer qu'ils moururent de faiblesse congénitale. Il est bien possible qu'en poursuivant nos expériences sur une plus grande échelle, comme nous le faisons, et en les effectuant avec des enfants de tuberculeux moins graves nous puissions démontrer la survie d'un plus grand nombre d'entre eux.

VI. Comment s'expliquer que les inoculations du sang soient positives si on ne trouve pas le microbe à l'examen direct de ce sang ? Comment se produit l'hérédo-contagion ? Quel est son mécanisme intime ?

Une infection peut être transmise des parents à l'enfant, par deux voies :

La voie ovulaire et la transplacentaire.

L'*infection ovulaire*, c'est l'infection de la cellule sexuelle, ovule ou spermatozoïde, avant ou au moment de la fécondation.

L'*infection transplacentaire* c'est l'infection de l'embryon ou du fœtus à travers le placenta pendant la vie intra-utérine.

L'infection ovulaire est aujourd'hui niée par la plupart et avec raison car, s'il est vrai que SITZENFREY et d'autres ont trouvé le bacille de Koch dans des ovules provenant d'ovaires tuberculeux, on doit penser que ces ovules ne peuvent pas être aptes pour la germination. Abstraction faite du rôle pathologique du germe qui doit nuire à la vitalité de l'ovule, il suffirait de la présence du *microbe élément figuré* pour troubler profondément le processus très délicat de la segmentation et de la formation de l'embryon. Les granulations du protoplasme troublent et empêchent la segmentation et c'est ainsi que dans les ovules méroblastiques, comme ceux des oiseaux, où les granulations sont accumulées dans un des pôles, la segmentation se vérifie exclusivement aux dépens de l'autre. Il est facile de comprendre que le microbe, dont la grandeur est de beaucoup supérieure à celle des granulations protoplasmatiques, doit empêcher de par sa seule présence la segmentation de l'œuf.

Nous ne pouvons rien dire de la transmission de l'infection par le père, car dans aucun de nos cas nous ne connaissions l'état de santé du mari, mais nous ne pouvons accepter que le spermatozoïde déjà malade puisse féconder ou au moins que de cette fécondation puisse résulter une segmentation complète et le développement jusqu'à terme d'un enfant tuberculeux, et voilà ce qui est important au point de vue clinique et social.

Bien plus facile à comprendre est l'infection par la voie transplacentaire.

La vieille loi de BRAUELL-DAVAINE, d'après laquelle le placenta était considéré comme une barrière infranchissable pour les microbes, n'est plus acceptée aujourd'hui. Dans de nombreuses expériences on a démontré le passage de divers microbes à travers le placenta. Qu'il nous suffise de rappeler les très intéressantes investigations avec la bactéridie charbonneuse, le bacille d'Eberth, le streptocoque, le colibacille, le tréponème de Schaudinn, etc.

D'ailleurs, l'évolution histologique que le placenta présente au cours de la gestation, loin d'empêcher, favorise le passage des microbes à son travers ; l'un de nous l'a déjà démontré. (1)

Rien ne s'oppose au passage transplacentaire des infections, sauf l'action bactériolytique du placenta. Mais si cette action était suffisamment efficace, aucune infection ne passerait de la mère au fœtus, puisque tous les microbes seraient détruits dans le tissu placentaire. Ce n'est pas cela, par malheur, ce que nous observons en clinique. Il y a des maladies infectieuses qui sont héréditaires et qui le sont toujours, exemple : la syphilis.

Serait-elle élective cette action bactériolytique du placenta ?

Certains microbes, peut être, lui résisteraient mieux que d'autres et pourraient passer ainsi de la mère à l'enfant pour produire les infections congénitales.

L'absence de microbes dans le placenta s'expliquerait peut être par cette action microbicide ?

Si c'était ainsi, la syphilis s'hériterait très rarement car, nous l'avons déjà dit, c'est exceptionnel de trouver le tréponème dans le tissu placentaire.

Ce fait nous induit à penser que l'explication d'une telle absence de germes dans le placenta doit être autre.

Le microbe de la syphilis est dans la mère. Il est aussi dans le fœtus et spécialement dans le foie, l'organe qui reçoit plus directement le sang du placenta. *Il doit donc se trouver nécessairement dans le tissu placentaire.*

Pourquoi, alors, est-il si difficile de l'y voir ?

Sera ce, comme quelques uns le supposent, par défaut de nos systèmes de coloration ?

Il n'y a pas de raison pour supposer que les moyens de coloration qui montrent en abondance le microbe dans d'autres organes soient impuissants pour le teindre dans le placenta.

(1) MONCKEBERG. — La herencia de las infecciones 1927 (travail présenté à l'Académie Royale de Médecine de Madrid).

Il est plus logique de déduire que *le microbe est là, mais nous ne le voyons pas*, parce qu'il se trouve caché sous des apparences qui échappent à nos moyens limités d'observation, c'est-à-dire parce qu'il prend d'autres formes que la classique avec laquelle il a été décrit et que nous lui connaissons exclusivement.

Or, ces formes anormales existent-elles ?

Oui. On sait que la microbiologie est aujourd'hui révolutionnée par l'apparition d'un chapitre nouveau qui de jour en jour acquiert plus d'importance : celui des virus filtrables ou infravisibles.

Il est démontré que plusieurs microbes, en changeant de génération et de milieu, changent aussi de forme et passent par des états transitoires infravisibles.

Schaudinn démontra le fait pour les trypanosomes et prophétisa que le virus de la fièvre jaune, considéré auparavant comme invisible et filtrable, devait avoir des formes visibles, fait que Noguchi ratifia plus tard.

Hauduroy a récemment isolé dans les eaux infectées des bactéries qui ont les caractères du bacille d'Eberth et qui sont dans les eaux sous la forme filtrable et invisible mais qui reprennent la forme non filtrable après avoir passé par une forme granuleuse.

En ce qui concerne le bacille de Koch, on sait que Much, le premier, et plus tard plusieurs investigateurs ont démontré qu'il peut prendre des formes granuleuses très petites.

Vaudremer et Hauduroy affirment que le bacille tuberculeux possède des formes transitoires assez petites pour pouvoir traverser les filtres de porcelaine imperméables aux microbes visibles communs.

Durand a démontré, à son tour, que le filtrat de bacilles de Koch est infectieux et peut reproduire des lésions tuberculeuses typiques ou atypiques.

Fontes et Valtis ont fait les mêmes expériences et arrivent à des résultats semblables.

Or, que pouvons-nous déduire de telles expériences ?

A quel processus biologique correspondent ces formes du bacilles de la tuberculose ?

Quel est son pouvoir pathogène ?

Sont-ils capables de rester à l'état latent dans l'organisme ?

Peuvent-ils traverser le placenta ?

L'invisibilité est-elle une condition *sine qua non* pour que le microbe puisse traverser le filtre naturel qu'est le placenta ?

Quelle forme de tuberculose produisent ces formes filtrables ?

Voilà de très grandes et très nombreuses questions pour que nous puissions en donner les réponses avec nos connaissances actuelles.

Cependant, il y a déjà quelque chose de positif et de grande importance en rapport avec le problème qui nous occupe :

Calmette, Valtis, Nègre, Boquet, Arloing et Dufourt *ont injecté des formes filtrables non acido-résistantes aux mères et ont trouvé chez les petits des bacilles tuberculeux acido-résistants typiques.*

Y a-t-il analogie entre ces découvertes et le résultat de nos expériences ?

Nous la trouvons évidente.

I. *Dans nos expériences nous inoculons un liquide ou une substance* (sang fœtal, extrait de placenta) *dans laquelle nous n'avons pas trouvé le bacille de Koch* (et qui équivaudrait au virus filtrable) et nous *obtenons dans l'animal, un mois après, le bacille de Koch dans sa forme typique.*

II. Dans les expériences des auteurs nommés on a pu observer que chez les animaux inoculés les viscères apparaissent sains ; on trouve seulement infarctus ganglionnaire et dans les jus de ces ganglions, le bacille de Koch avec sa forme typique.

Dans nos expériences nous trouvons le même infartus des ganglions de *la région inoculée et de l'abdomen, et le jus ou le pus de ces ganglions contient le bacille de Koch. Les viscères apparaissent sains.*

Voilà nos résultats quand nous faisons l'autopsie un mois après l'inoculation mais *dans deux cas où nous fîmes l'autopsie plus tard* (au bout de cinq et six mois) *on trouve des lésions tuberculeuses typiques dans plusieurs* organes (obs. n° 20 et 31). Dans un de ces cas nous trouvâmes des nombreuses granulations de Much dans un frottis de ganglions.

Cette différence que nous observons entre les résultats de l'autopsie précoce (1 mois) et de la tardive (5, 6 mois) nous induit à penser que *la formation de lésions viscérales doit être une question de temps*. Le microbe sous la forme invisible pourrait peut être rester dans cet état pendant des mois, voire même des années et se transformer plus tard pour produire une tuberculose avec des lésions typiques.

Tels sont en somme les résultats de nos investigations jusqu'au moment actuel et nous en sommes satisfaits car ils sont conformes aux résultats obtenus dans l'espèce humaine par Arloing et Dufourt, par Calmette, Valtis et Lacomme en collaboration avec le professeur Couvelaire à Paris, 1926 (1).

Nous avons démontré la possibilité et non la rareté du passage transplacentaire du germe tuberculeux, c'est-à-dire de l'hérédité du grain.

Nos expériences constituent-elles un travail définitif ?

Nous ne le prétendons pas.

On ne peut pas combattre avec ces seules armes les notions que la clinique défend avec des arguments si solidement acquis. On a besoin d'expériences nouvelles et nombreuses. Nous commençons seulement à étudier le problème.

A l'heure actuelle on ne peut que résumer la question dans cette phrase :

Quelques enfants, fils de tuberculeux et qui peuvent survivre sont porteurs d'un virus dont le pouvoir pathogène nous est inconnu et qui ne produit pas des lésions pendant les premières semaines de la vie.

L'affaire est d'une importance énorme car la démonstration évidente de l'hérédité infectieuse de la tuberculose révolutionnerait la prophylaxie, l'hygiène et l'assistance sociale et peut-être nous conduirait à la solution du problème de la thérapeutique spécifique de cette terrible maladie. Nous continuons sur une plus grande échelle nos expériences.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

De la Physiognomonie à la Phrénologie.

Histoire et évolution des écoles et des doctrines (2)

Par le Dr **Paul DELAUNAY**.

II. — Le XVIIIe siècle et l'Ecole de Lavater.

Le sensualisme. — Diderot. — Physiognomonie esthétique d'Engel et Camper. — Physiognomonie spiritualiste et morale de Lavater. — La physiognomonie et la doctrine des tempéraments : Bourges, Virey, Le Pelletier de la Sarthe. — La physiognomonie et les idéologues : Sue, Cabanis, Moreau de la Sarthe.

Cette mystique astrologique que l'abbé Thiers condamnait au nom de la grâce et de la liberté de l'âme, le XVIIIe siècle la répudiera au nom de la philosophie. « Rêveries... fort incertaines pour ne pas dire entièrement vaines », écrit l'abbé Mallet dans l'article *Métoposcopie* de l'*Encyclopédie* (3). Science imaginaire... chimérique », dit un autre passage de la même compilation (4). « Tout ce que nous ont dit les

(1) Nos premières expériences datent de 1923 et ont été présentées au Congrès de Sciences Médicales de Séville en octobre de 1924.

(2) Voir : *Progrès Médical*, 21 juillet 1928.

(3) *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*, 3e édit., (Genève et Neufchâtel, in-4°, art. *Métoposcopie*, t. XXI 1779, p. 767.

(4) *Ibid.*, art. *Physionomie*, par Jaucourt, t. XXV, 1779, p. 739.

physionomistes est dénué de tout fondement », avait déjà proclamé Buffon. « La forme du nez, de la bouche et des autres traits ne fait pas plus à la forme de l'âme, au naturel de la personne, que la grandeur ou la grosseur des membres fait à la pensée (1). » Ainsi la physiognomonie est-elle condamnée à la fois dans les relations transcendentales qu'elle invoque et dans ses postulats morphologiques.

Mais il en va tout autrement de la mimique. Que la physionomie et le geste puissent déceler les tendances morales et se régler sur le tempérament, nul n'y contredit. Buffon, qui est spiritualiste, consacre plusieurs pages à l'étude des expressions affectives. Et les *philosophes*, qui ne sont spiritualistes que pour la forme, emboîtent le pas d'autant plus volontiers que le sensualisme, dont ils se réclament, y trouve également son compte. Si l'on ne pense qu'autant que l'on sent, on n'exprime, *a fortiori*, que ce que l'on sent. Et démontant, pièce par pièce, le mécanisme de l'entendement, l'école de Locke considère, d'une façon à la vérité bien schématique, ce qu'un sens de plus ou de moins ajoute aux impressions, et, partant, aux expressions. Voyez-vous gesticuler le *muet de convention* de Diderot, s'animer la *statue* de Condillac et de Bonnet ? Remarquez au surplus, écrit Diderot, « combien la langue des gestes est métaphorique ! (2) » De là à étudier ce mode d'expression dans le domaine esthétique, il n'y a qu'un pas. Et c'est le point de départ de toute une littérature, qui éclôt en Allemagne avec Engel, (*Lettres sur le geste et l'action théâtrale*, trad. française de 1787) ; en Hollande avec Camper, l'inventeur de l'*angle facial* ; en Angleterre avec Bell. Avec Lavater, cette esthétique va non seulement s'imprégner de mysticisme germanique, mais encore réhabiliter, en dépit de Buffon, la morphologie pure.

Né à Zurich en 1741, Jean Gaspard Lavater devint pasteur et membre du Consistoire de cette ville. Dans ses *Essais physiognomoniques* parus de 1775 à 1778, il tenta de rénover les principes de la science physionomique. De tous ses ouvrages, c'est celui qui a fondé sa réputation. Et pourtant, l'homme admiré du vieux Kant et du jeune Fichte, de Herder et — un moment — de Gœthe, le mystique correspondant de la tsarine Marie, ce « Rousseau de l'Allemagne », n'a laissé là que la moindre part de son œuvre et la plus tôt périmée (3). Nul n'est bon juge en sa cause et c'est précisément à celle-là qu'allaient ses complaisances.

« Il faut, dit Lavater, ou refuser le nom de science à toutes les sciences quelconques, ou l'accorder également à la physiognomonie... Il ne s'agit donc que de savoir si la différence frappante et incontestable des physionomies et des formes humaines peut non seulement être aperçue d'une manière obscure et confuse, mais encore s'il n'est pas possible d'en fixer les caractères, les signes, les expressions : s'il y a moyen d'établir et d'indiquer certains signes distinctifs de la force et de la faiblesse, de la santé et de la maladie, de la stupidité et de l'intelligence, de la grandeur d'âme et de la bassesse, de la vertu et du vice, etc., et s'il y a moyen de distinguer les degrés et les nuances de ces caractères principaux d'une manière précise, c'est-à-dire si on peut parvenir à les classer scientifiquement (4). »

La discipline scientifique, c'est précisément de quoi Lavater se trouvait le moins capable. Nourri de l'Évangile et de l'Imitation, d'une sérénité naturelle parfois embuée de mélancolie, esprit à la fois très fin et très ingénu, candide et confiant jusqu'à la duperie, prompt à l'enthousiasme poétique, mystique et illuminé (5), tout imprégné du sentiment des inspirations célestes et des forces occultes, à l'aise au milieu du mystère comme au sein d'une brume dorée, il détonait dans un monde de religionnaires desséchés et de philosophes rancis.

(1) De l'homme, de l'âge viril, in *Œuvres complètes de Buffon* (éd. Duménil, t. IV, Paris, 1836, in-8°, p. 94-95).

(2) *Lettre sur les sourds et muets*, in *Collection complète des Œuvres de M. Diderot*, t. II, Londres, 1773, in-8°, p. 194-195.

(3) T. DE WYZEWA. — Un mystique protestant, Jean-Gaspard Lavater, in *Excentriques et aventuriers de divers pays*, Paris, Perrin, 1910, in-18, t. IV, p. 315-336.

(4) LAVATER. — T. I, p. 269-270.

(5) Cf. LAVATER. — *Correspondance inédite de Lavater avec l'impératrice Marie de Russie sur l'avenir de l'âme* (Paris, Librairie internationale, 1868, in-8°).

Avec l'âme attendrie d'un François d'Assise, il louait Dieu dans ses œuvres, y compris l'homme.

« Si vous n'apprenez point dans cet écrit, disait-il, à mieux connaître et vous-même et vos semblables, et notre commun créateur ; si vous n'êtes point excité à bénir Dieu de votre existence et de celle de tels et tels hommes placés autour de vous... Si vous ne sentez naître en vous plus de respect pour la dignité de cette nature, une douleur plus salutaire de sa dégradation, plus d'amour pour certains hommes en particulier, une vénération plus tendre, une joie plus vive à l'idée de l'auteur et des modèles de toute perfection... hélas ! c'est donc en vain que j'ai écrit (1). » Car « dans l'homme tout est expression, vérité, révélation, clef de ses facultés présentes et futures (2) ».



LAVATER.

Ce sont là principes louables chez un pasteur, mais qui, pour un savant, peuvent être source d'étranges illusions. Aussi son œuvre n'est-elle qu'une compilation déclamatoire, sans méthode, et qui doit plus à l'intuition qu'au raisonnement. Remarques subtiles, observations profondes, erreurs, assertions hasardeuses, ou enfantines s'y succèdent pêle-mêle : la tête de l'éléphant est un monument « de prudence, d'énergie et de délicatesse » ; les dents du castor marquent « la bonté et la faiblesse ! ». Lavater a scruté le « regard vindicatif du canard sauvage ou la bonhomie du pigeon ». Et ces observations zoopsychologiques se mêlent aux déductions tirées de portraits de grands hommes, dont la fidélité est plus que discutable. Son imagination vagabonde et l'entraîne jusqu'à des rapprochements au moins bizarres, qui lui font dresser, au moyen de l'angle facial de Camper, une échelle des dispositions intellectuelles en partant de la grenouille pour aboutir à l'Apollon du Belvédère (3).

Il n'a point souci de la logique. Tantôt, il avance que la conformation d'une seule partie ou un seul trait du visage permet d'apprécier les dispositions morales : « J'ai assigné des valeurs, déclare-t-il, à chaque partie prise séparément : je me suis souvent décidé plutôt par un trait que par l'ensemble (4). » Ce qui ne l'empêche pas de tenir compte, ailleurs, de l'aspect général du corps, des attitudes, de la mimique, etc. Cependant, « je me suis plus occupé, dit-il, de la physionomie

(1) *Art de connaître les hommes* (Ed. de Paris, 1820, préface, p. 7, t. I

(2) *Ibid.*, p. 15.

(3) *Ibid.*, t. IX, p. 12-14.

(4) Cité *in Notice sur Lavater*, en tête de son *Art de connaître les hommes*, (éd. de 1820, t. I, p. 82.)


SÉDOSINE
SÉDATIF
DU SYSTÊME
NEURO-VÉGÉTATIF
ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE
Passiflore
Cratoegus
Jusquiame
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd BOURDON
NEUILLY-PARIS

en repos que de la physionomie en mouvement. Je n'ai pas seulement observé les formes, j'ai remarqué en outre tous les degrés de courbure, d'inclinaison . » Comment tirer quelque principe d'un pareil amas de contradictions ? La science de Lavater relève, trop souvent de l'arbitraire ou de la divination.

Mais en dépit des railleries de Lichtemberg, qui écrivait sa *Physionomie des queues*, la physiognomonie trouvait crédit chez les amoureux circonspects à qui le *Lavater des dames* promettait des révélations profitables sur l'objet aimé (1), et aussi chez les médecins. Elle se concilia du même coup les néo-hippocratistes et les idéologues. Les premiers y voyaient comme le triomphe de la médecine d'observation appliquée au domaine moral et la justification de la doctrine des tempéraments.

« Il faut toujours suivre, disait Virey... l'indication des tempéramens comme la base la plus certaine de la physiognomonie (2). » Telle était également l'opinion de Bourges et de Lepelletier de la Sarthe, qui reprirent à ce point de vue la théorie des analogies animales chères à Porta.

« Les reptiles, disait Bourges, retirés dans leurs creux nous offrent l'image du solitaire misanthrope, comme lui ils ont la peau sèche et une teinte olivâtre ; comme lui, plus le pays qu'ils habitent est chaud, plus leur animosité contre les autres êtres est grande. Les poissons exilés dans le sein des eaux ne nous présentent guère que l'image de la vie simple et tranquille et souvent les traits de l'étourderie et de l'imbécillité (3). »

Quant à Lepelletier, il reprochait au Napolitain d'avoir oublié « l'éléphant à la complexion colossale et massive, le phoque, l'hippopotame, le marsouin aux formes gélatineuses... le hérisson couvert de ses piquants... la girafe au long col, etc (4). » Lepelletier disserte encore sur le tigre bilieux, l'agneau lymphatique, le bœuf sanguin, le chacal nerveux (!) et en déduit qu'« un homme présentant ces conditions physiques dans un rapport analogique suffisant... pourra bien offrir les conditions morales qui s'y trouvent naturellement associées (5). » Sous le couvert de ces lois solennellement formulées son ouvrage se réduit à la rhétorique désuète des « *portraits* » littéraires : l'homme droit, l'homme concave, l'homme convexe, l'homme oblique et autres poncifs (6).

Mais de cette rhétorique, les idéologues, eux aussi, n'étaient point ennemis. Et les rêveries du mystique Zurichois, eurent cette fortune singulière de séduire, chez nous et les partisans de la médecine classique et les héritiers de l'Encyclopédie.

Condescendance explicable, après tout, si l'on pense que ces fils du XVIII[e] siècle avaient passé non seulement par l'école de Voltaire, mais encore par celle de B. de Saint-Pierre et de Rousseau. Les disciples du philosophe de Genève cultivaient la petite fleur sentimentale. Ci-devant professeur d'anatomie à l'école royale de peinture, auteur d'*Elémens d'anatomie à l'usage des peintres*, le chirurgien Jean Joseph Süe le fils, dit Süe de la Charité, publia en 1797 un *Essai sur la physiognomonie des corps vivants considérée depuis l'homme jusqu'à la plante*. Il analysa l'expression passionnelle jusque chez les plus humbles de nos frères inférieurs : il discerna chez le cerfvolant « quelque chose de dur et de farouche ; chez « les vers intestinaux... une physionomie... décidée (7) » et chez les végétaux quelque marque des prévenances de l'auteur de la nature : « Quelle expression de bonté dans les arbres fruitiers !... Les légumes bienfaisants attendent qu'on les cueille pour nous fournir des aliments sains et agréables (8). » De leur côté, les voltairiens idéologues qui avaient gardé de leur jeunesse la manie de disserter sur la médecine morale et les

(1) *Le Lavater des dames* ou *l'Art de connaître les femmes sur leur physionomie* (Paris, Saintin, 1815, in-18).
(2) *Dict. des Sc. méd.* de Panckoucke, t. XLII, art. Physiognomie, p. 217.
(3) BOURGES. — *Loc. cit.*, p. 137.
(4) LEPELLETIER. — *Tr. de physiognomonie*, p. 142.
(5) *Ibid.*, p. 150.
(6) *Ibid.*, p. 244, 249. — Cf. P. DELAUNAY. *Lepelletier de la Sarthe*, in *Vieux médecins sarthois*, 1re série (Paris, Champion, 1906, in-8°, p. 151-156).
(7) *Essai sur la physiognomonie*, p. 268 et 270.
(8) *Ibid.*, p. 275.

facultés de l'entendement se mirent à compulser Lavater. Cabanis n'omit point de noter dans ses *Rapports du physique et du moral de l'homme* (1802) « la correspondance des formes extérieures du corps avec le caractère des mouvements, et du caractère des mouvements avec la tournure et la marche des maladies, avec la direction des penchants et la formation des habitudes (1). » Un élève et ami de Cabanis, Moreau de la Sarthe, lança une copieuse réédition de Lavater enrichie d'une foule de remarques et additions, et il en discutait, chez Cabanis, avec Destutt de Tracy, lequel se piquait d'être expert non seulement en sensualisme, mais encore, comme ci-devant meneur d'hommes et commandant du régiment de Penthièvre, en physiognomonie (2).

Vous pensez bien qu'ils abordaient le problème avec des préoccupations tout autres que les visées spiritualistes et morales de Lavater. La physiognomonie leur offrait seulement l'occasion d'ajouter un chapitre à l'*histoire naturelle de l'âme*.

Matérialistes d'instinct, physiologistes de profession, ils ne dissociaient point volontiers l'étude de l'âme de celle du corps ou, pour parler leur langage, le *moral* du *physique*. C'est pourquoi les abstractions du sensualisme, la *table rase* de Locke, et l'automate psychologique de Condillac, mis en branle par les seules impressions sensorielles ne les satisfaisaient plus. A Destutt de Tracy, obstiné à prétendre que penser n'est que sentir, ils opposaient les déterminations instinctives antérieures à l'action des sens externes. Considérant que la *statue* de Condillac était creuse, ils s'avisèrent, en bons médecins, de la garnir de viscères, et de la doter d'un nouveau générateur d'activité, les impressions internes (nous dirions aujourd'hui la cœnesthésie) parties des centres phrénique, hypochondriaque ou génital. En sorte que « l'instinct naît des impressions reçues par les organes intérieurs, tandis que le raisonnement est le produit des sensations extérieures (3). » Comme eux Bichat, concédant au cerveau le siège de l'intelligence ou *vie animale* (*anima*, âme) placera encore dans les appareils de la *vie organique* (cœur, estomac, foie), le siège des passions, affirmant ainsi la dualité de l'être moral et de l'être intellectuel (4).

III. — Le Docteur Gall.

La doctrine de Gall : ses principes hostiles au sensualisme et à l'idéologie ; réhabilitation du cerveau comme organe des penchants ; les localisations cérébrales ; la craniologie ; les organes cérébraux d'après Gall et Spurzheim. — La carrière du Dr Gall : son séjour à Paris ; hostilité officielle ; grandeur et décadence de Gall.

Sensualistes et idéologues vivaient donc dans la sécurité d'une doctrine bien assise, quasi officielle ; la théorie sensualiste et analytique régissait la nosologie avec Pinel, la physiologie avec Richerand et Chaussier, la médecine avec Alibert, Pariset et Moreau de la Sarthe, la pédagogie avec Jean Verdier ; et Cabanis colportait l'idéologie de sa chaire de l'Ecole de santé à la tribune de l'Institut.

Tout à coup, troublant ce beau concert philosophique, détona la voix du Dr Gall : l'esprit n'est point la table rase qu'imagine Locke ; il possède une activité primitive et spontanée ; s'il n'y a point d'idées innées, il existe, à tout le moins, des dispositions innées : « les qualités morales et les facultés intellectuelles. » (5) Ce ne sont pas les signes qui suscitent cette activité ; c'est elle qui crée les signes destinés à la traduire.

L'activité des facultés, dira Spurzheim, précède les signes naturels qui la manifestent. Il en est de même des signes artificiels ou conventionnels. On a souvent répété la question : quelle est l'influence des signes sur les idées ? Je pense avec M. de Saint-Martin qu'il est plus important de faire la question

(1) CABANIS. — *Rapp. du physique et du moral de l'homme*, nouv. éd. (Paris, Charpentier, 1844, in-18, p. 232).
(2) Cf. S. DELAUNAY. — *La médecine et les idéologues, L. J. Moreau de la Sarthe*, in *Vieux médecins sarthois*, 3e série (Le Mans, Monnoyer et Vadé, 1922, in 8°, p. 24-70.)
(3) CABANIS. — *Rapp. du physique et du moral*, 2e mém., § IV. —, RICHERAND, *Nouveaux éléments de physiologie* (Paris, an XII-1804, in-8° t. II, p. 151).
(4) BICHAT. — *Rech. physiol. sur la vie et la mort.* (Paris, an X-1802, in-8°, art. 6, p. 53 et suiv.) .
(5) *Anat. et physiol. du syst. nerveux* (Paris, 1810, t. I, p. 222 et suiv.).

inverse, savoir : Quelle est l'influence des idées sur les signes ? Je suis convaincu que les idées précèdent (1). » Et voilà pour Locke et Condillac. D'autre part, ce n'est pas le physique qui détermine le moral : c'est le moral qui commande au physique : et voilà pour Cabanis et Richerand. Notez, au reste, que le problème qui les partage est celui qui se pose encore aujourd'hui : la question de l'origine centrale ou périphérique des émotions. Et chacun la résout selon son tempérament. Médecin, préoccupé de l'ensemble physiologique, des complexions, des sympathies organiques ou morbides, Cabanis tient pour celle-ci ; anatomiste, neurologiste exclusif, Gall opte pour



celle-là. Déniant aux passions le siège viscéral que leur assignaient Cabanis et Bichat, il considère le cerveau non comme point de réflexion, mais comme point de départ « de tous les penchants, de tous les sentiments, de toutes les facultés (2) » et lui subordonne la vie affective aussi bien que les fonctions intellectuelles.

Le plus curieux c'est que Gall, reprenant d'ailleurs les idées de Willis sur l'hétérogénéité de l'encéphale, ne proclame l'autocratie cérébrale que pour l'abîmer aussitot dans une sorte de fédéralisme : alors qu'aux yeux du métaphysicien « toujours l'unité du moi repoussoit l'idée de [la] pluralité des organes des fonctions de l'âme », (3) que l'idéologue n'y voulait voir qu'un organe, l'organe de l'entendement, le gallisme en fait un appareil à segments multiples, symétriques, « composé d'autant d'organes particuliers qu'il y a de penchans, de sentimens, de facultés qui diffèrent essentiellement entre eux (4). » Le cerveau est, comme toute administration qui se respecte, une administration à compartiments.

Non pas qu'en cela encore Gall innove. Il n'est pas le premier qui assigne à certaines facultés de l'âme un domicile cérébral particulier. Déjà Némésius, évêque d'Emèse, place le siège des sensations dans les ventricules antérieurs, l'entendement dans le moyen, la mémoire dans le postérieur. Albert Le Grand, avec les péripatéticiens, met le sens commun dans le cerveau antérieur, l'estimative et la *phantasia* dans le ventricule moyen, la mémoire dans le postérieur. On retrouverait, avec des modalités diverses, dans Pierre de Montagna (1491) Lodovico Dolci, Guillaume Bigot, Willis, Ch. Bonnet, Prochaska, Sœmmering, cette théorie de la pluralité des facultés de l'âme et de leur siège. Mais, au scandale des psychologues purs, le gallisme va demander le secret de la localisation des facultés cérébrales à l'anatomie comparée. Physiologiquement et anatomiquement c'était, il faut l'avouer, comparer ce qui n'est pas comparable. Verdier, protestant contre un si « étrange abus », eut beau objecter que « chaque espèce animale a son instinct ou entendement particulier qu'elle exerce ou par des pensées innées ou par des sens qui lui sont propres et dont nous ignorons les organes et les agents », Spurzheim écrivait : « Je n'hésiterai pas à comparer l'homme avec les animaux tant il y a de ressemblance entre eux. Je pense que c'est la même cause qui a créé les animaux et l'homme, et je n'aurai jamais l'orgueil de croire que ce même créateur ne pouvait rien donner de commun aux animaux et à l'homme. J'y trouve même une grande cause d'humilité (1). »

Telle est donc la théorie. Je dis la théorie, car Gall est, lui aussi, et d'abord, un doctrinaire, en qui l'idée directrice a devancé la recherche, et déterminé le procédé d'investigation : la craniologie. Il faut, si le principe est exact, que l'hypertrophie de chacun de ces compartiments, qui commandent les propensions passionnelles et intellectuelles se traduise par une saillie correspondante de la boîte cranienne. Gall avait déjà remarqué, à ses débuts, que ceux de ses condisciples qui avaient les yeux à fleur de tête, des « yeux de bœufs », étaient pourvus d'une mémoire excellente. Généralisant plus tard cette observation, il en conclut que l'examen et la palpation du crâne à travers les parties molles permettent de déterminer avec exactitude les caractéristiques morales. Mais la craniologie n'est pas le point de départ de sa psychophysiologie ; elle en est l'aboutissant et la preuve. Et considérez la distance qui le sépare de Lavater. Pour l'un, spiritualiste mystique, la face, et même l'ensemble du corps, en ses attitudes passionnelles, sont le miroir de l'âme ; pour l'autre, le crâne est le moule anatomique des facultés. L'un conclut du signe physiognomonique à l'état affectif correspondant, l'autre conclut de la bosse cranienne à la protubérance cérébrale, et de la protubérance à la tendance morale. Lavater contemple le visage fait à l'image de Dieu : *Os homini sublime dedit...* Gall, les yeux fermés, palpe le cuir chevelu, et, de l'index, décide. Et c'est la seule partie originale de son système, et celle-là même qui en a provoqué et la faveur et le discrédit.

Les organes cérébraux sont, d'après Gall, au nombre de 27 : 19 communs aux animaux et à l'homme, 8 exclusifs à l'homme. A. 1. Instinct de la propagation ; 2. Amour de la progéniture ; 3. Attachement ou amitié. ; 4. Rixe ou courage ; 5. Instinct carnassier ; 6. Ruse ; 7. Instinct de propriété ; 8. Orgueil et sens des hauteurs ; 9. Vanité. ; 10. Circonspection ; 11. Sens des choses ou des faits ; 12. Sens des localités ; 13. Mémoire ou sens des personnes ; 14. Mémoire ou sens des mots ; 15. Sens du langage parlé ; 16. Sens des couleurs ; 17. Sens des rapports des tons ; 18. Sens des rapports des nombres ; 19. Sens de la mécanique. B. 20. Sagacité comparative ; 21. Esprit métaphysique ; 22. Esprit caustique ; 23. Talent poétique ; 24. Bonté ; 25. Mimique ; 26. Sens de Dieu et de la religion ; 27. Organe de la fermeté.

Plus tard, Spurzheim remania quelque peu cette nomenclature. Il additionna certains organes, en scinda d'autres, en créa de nouveaux, au total : 35.

ORDRE I. *Facultés affectives*	GENRE I. *(penchants)*	1. Amour physique (amativité) 2. Amour de la géniture (philogéniture).

(1) Obs. s. la phrén., p. 301.
(2) GALL. *Anat. et physiol. du syst. nerveux.*
(3) *Ibid.*, p. 21.
(4) GALL. *Sur les fonctions du cerveau*, avertissement, I, p. VI (Ed. de 1822).

(1) *Obs. s. la phrænologie*, p. XII.



ORDRE I. *Facultés affectives*

- 3. Amour de l'habitation (habitativité).
- 4. Attachement (affectionivité).
- 5. Courage (combativité).
- 6. Penchant à détruire (destructivité).
- 7. Penchant à construire (constructivité).
- 8. Désir d'avoir (convoitivité).
- 9. Penchant à cacher (sécrétivité).

GENRE II. (*Facultés affectives*) des brutes 10. Amour propre.

sentiments
- 11. Amour de l'approbation.
- 12. Circonspection.
- 13. Bienveillance ou amour du prochain.

propres à l'homme :
- 14. Vénération.
- 15. Persévérance.
- 16. Justice.
- 17. Espérance.
- 18. Surnaturalité.
- 19. Esprit de saillie.
- 20. Idéalité.
- 21. Imitation.

ORDRE II. *Facultés intellectuelles*

GENRE I. (*sens extérieurs*) Toucher, goût, odorat ouïe, vue.

GENRE II. (*Facultés perceptives*).

a) de l'existence et des qualités physiques des objets.
- 22. Individualité.
- 23. Configuration.
- 24. Etendue.
- 25. Pesanteur.
- 26. Coloris.

b) des relations des objets et de leurs phénomènes.
- 27. Localité.
- 28. Numération
- 29. Ordre.
- 30. Faculté des phénomènes (mémoire des choses, Gall).
- 31. Temps.
- 32. Méthode.
- 33. Langage artificiel.

GENRE III (*Facultés réflectives*)
- 34. Comparaison.
- 35. Causalité.

A quoi les Danois Crook et Hoppe ajoutèrent une 36e fafaculté, l'*alimentivité*, et Dumoutier une 37e, la *biophilie* ou amour de l'existence, laquelle ne se trouve point chez les suicidés.

Telles sont les grandes lignes de la doctrine que François Joseph Gall et Jean Gaspard Spurzheim, son élève, apportèrent eux-mêmes aux Parisiens.

Né en 1758 à Tiefenbrunn, près de Pforzheim, François-Joseph Gall était fils d'un marchand. Il fit ses études médicales à Strasbourg, puis à Vienne, sous Van Swieten et Stoll. Reçu docteur en 1785, il commença ses recherches sur l'anatomie et la physiologie nerveuses, ouvrit en 1796 des cours particuliers qui, dénoncés comme entachés de matérialisme, furent fermés par l'autorité impériale. Ils avaient déjà fait quelque bruit à l'étranger : le 12 pluviose an X, Bojanus, d'Iéna, vint lire devant la Société de médecine de Paris un exposé du nouveau système physionomique ; mais il ne recueillit que les objections sévères, quoique judicieuses, des rapporteurs Chaussier, Giraud et Duval (7 vent. an X).

Le Dr Gall n'offusquait pas que les savants : tous ceux qui tenaient à emporter dans l'autre monde leur dépouille intégrale se méfiaient du chasseur de crânes et prenaient leurs garanties. Le vieux Denys, bibliothécaire de l'empereur d'Autriche, porta sur son testament la clause expresse que sa tête n'irait point figurer dans les vitrines du collectionneur. Suspect aux fossoyeurs, plaisanté par les beaux esprits, vilipendé par les dévots, Gall ne parvint à continuer ses recherches que grâce à l'appui éclairé du Comte de Saurau, préfet de police de Vienne. Finalement, découragé, il s'expatria en 1805 et poursuivit ses investigations à travers l'Allemagne, le Danemark, la Hollande, la Suisse, visitant les écoles, les hospices, les prisons, les cabinets anatomiques et les musées.

Il avait fait à Vienne en 1800, la connaissance d'un jeune médecin laborieux, Spurzheim.

Jean Gaspard Spurzheim était fils d'un cultivateur des environs de Trèves. D'abord destiné à la prêtrise, puis détourné de sa vocation et chassé de l'électorat par l'invasion française, il opta pour la médecine, gagna l'Autriche, se fit recevoir docteur à Vienne, et s'attacha à Gall. Avec lui, il quitta la capitale impériale et l'histoire nous apprend qu'ils firent de compagnie leur entrée dans Paris le 30 octobre 1806, à midi précis.

Le monde scientifique attendait Gall avec plus de curiosité que de faveur. Laennec venait de l'apprécier sans indulgence dans le journal de Boyer. Double, dans le journal de Sédillot, avait fait toutes réserves sur la valeur anatomique du système, et formellement réprouvé la thèse craniologique : les organes distincts que le Viennois répartissait dans l'encéphale lui semblaient trop nombreux « pour les bornes de l'étendue » de cet organe ; leur existence non démontrée. Enfin, objection capitale, mais qui ne prévalut que plus tard, les saillies de la boîte cranienne n'avaient aucun rapport avec celles de son contenu (1).

Mais que faire contre la vogue ? Gall arrivait précédé d'une réputation de prophète, et, comme jadis à Mesmer ou à Cagliostro, les salons lui firent fête. Dès le débotté, invitations de pleuvoir.

Mme d'Abrantès, femme du gouverneur militaire de Paris, lui présenta son fils âgé de six semaines et l'Allemand ayant palpé les fontanelles du marmot, pronostiqua qu'il serait un jour grand mathématicien. Un soir que Gall avait dîné chez elle avec Monge et le Cardinal Maury, la duchesse se trouva nez à nez avec l'Empereur Napoléon qui, n'aimant pas les idéologues, lui lança ,sur la phrénologie, quelques unes de ces boutades, moitié figue et moitié raisin, dont il avait le secret. Et si Joséphine, qui posait alors dans l'atelier de Gérard, ne demandait au sorcier de lui « dire ses bosses » qu'en se cachant de son époux et maître, les caillettes ne s'en privaient point. Gall était l'homme à la mode ; il avait obtenu la double consécration des réputations bien parisiennes: la caricature et la chanson. Martinet, le libraire, vendait des portraits-charges du Dr *Gal... imatias.*

En tête du *Docteur Gall à Cythère*, couplets débités chez Martin, rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice, un frontispice de Blaizot montrait Cupidon dans les bras de Vénus, offrant sa tête blonde au savant. Et de Piis, au Caveau, célébrait sur l'air de *la croisée* la gloire du craniologiste :

> Jamais il n'a manqué son but
> Car pour peu qu'une heure il vous tâte
> L'occiput et le sinciput,
> Il vous analise à la hâte,
> Vous disant : vous êtes, mon cher
> Vaillant ou lâche, instruit ou bête
> Et je vous crois, rien n'est plus clair
> Bonne ou mauvaise tête (2).

Le Dr Gall ne pérorait point que dans les salons. Il ouvrit, en 1807, un cours public à l'Athénée ; il en fit un autre, en novembre 1807, à la Préfecture de la Seine, dans les locaux de la la Société de médecine de Paris ; en janvier 1808, il avait transporté sa chaire dans une enceinte moins officielle à l'Hôtel du Bouloi, et le succès l'y suivit. En dépit des divergences que nous avons signalées, les *philosophes* ne le desservaient pas trop. Au fond, ils le considéraient comme un allié, dans la

(1) F. J. DOUBLE. — *Exposition raisonnée du système craniologique du Dr Gall* (*Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, t. XXVII, nos 121, 122, 123, sept., oct., nov. 1806, p. 83-93, 213-223, 330-337.

(2) *Œuvres choisies d'A. P. A. de Piis*, t. IV, chansons (Paris, Impr. Brasseur, 1810, in-8°, *sur l'arrivée du Docteur Gall*, p. 136).

lutte contre la métaphysique spiritualiste. Que ce soit *le physique* qui fasse *le moral*, ou *le cerveau* qui fasse *les facultés*, on en arrivait toujours à cette conclusion commune que *c'est l'organe qui fait la fonction* Sans doute, en réhabilitant, officiellement du moins, contre les idéologues, la suprématie cérébrale, Gall reprenait à son compte le fameux apophtegme de Leibnitz : *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu, excipe, nisi ipse intellectus* (1). Mais il lui fallait bien conclure que « l'exercice ou la manifestation [des] facultés dépendent de l'organisation » anatomique du cerveau. De là à confondre l'âme avec son instrument, il n'y avait qu'un pas. Gall ne le fit point. Mais trop de gens, y compris les matérialistes rancis de l'Institut, le franchirent pour lui. Et Napoléon, qui faisait de la spiritualité et de l'immortalité de l'âme un principe administratif, ne s'y méprit pas. Le 14 mars 1808, Gall présentait à l'Institut de France ses *Recherches sur le système nerveux en général, et sur celui du cerveau en particulier.* L'examen en fut confié à Pinel, Portal, Tenon, Sabatier et Cuvier. Ce dernier, docile aux intentions de César, visa, derrière le manuscrit, l'homme et la doctrine, qu'il exécuta en bonne forme dans son rapport de 1808 à l'Académie des sciences ; et l'Empereur fut satisfait.

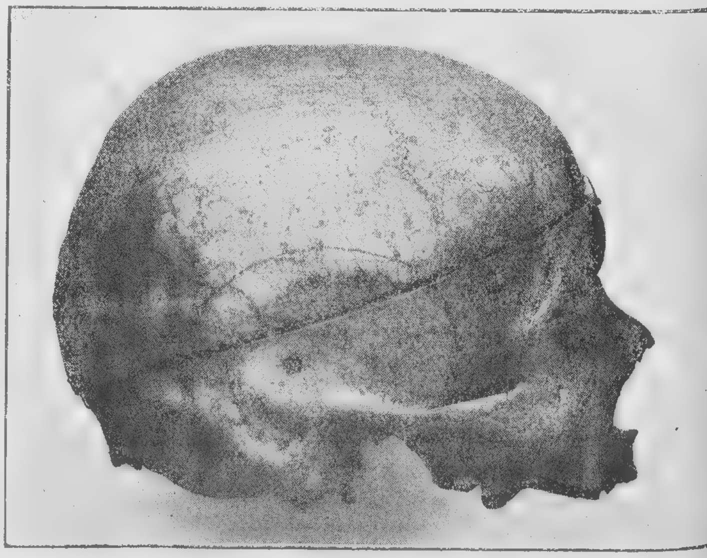
Gall, au fond, ne le fut pas moins. En présentant son mémoire, purement anatomique, il n'avait voulu que tâter le terrain. La condamnation qui le frappait lui valait la profitable auréole du martyre ; et quant à sa doctrine, il pouvait toujours alléguer qu'on l'avait stigmatisée en ignorance de cause. Dédaignant donc les attaques des savants patentés, comme les clabauderies d'écrivassiers tels que Jean Verdier, il poursuivit son apostolat et commença en 1810, avec son collaborateur un formidable in folio intitulé *Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier, avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux par la configuration de leurs têtes.* En 1812, Gall et Spurzheim formulaient derechef des considérations in-8° sur les *Dispositions innées de l'âme et de l'esprit*, etc. Puis ils se brouillèrent. L'élève Spurzheim — à qui, par parenthèse, on doit le mot de *phrénologie*, — prétendait avoir des idées personnelles et modifier, comme on l'a vu, les principes de son mentor. Ayant quitté le maître en 1813, il erra de 1814 à 1828 de France en Angleterre et d'Angleterre en France, enseignant pour son compte les dogmes phrénologiques et cueillant au passage, en 1821, le laurier doctoral à la Faculté de Paris, avec une thèse à la gloire de la phrénologie.

Quant à Gall, il roulait carrosse, cultivant une clientèle assez fructueuse de diplomates (2), de gens du monde et de la finance, ne dédaignant point à l'occasion d'intenter de bons procès en recouvrement d'honoraires aux débiteurs récalcitrants. Son système n'avait point prévu la bosse du mauvais payeur. Mais il restait assez de protubérances pour lui permettre de vaticiner. Il découvrait au banquier Garat la bosse de la mélodie (3). Un jour qu'il se trouvait à Chaillot chez le Dr Dannecy, on lui présenta le jeune Ernest Legouvé, dont l'aieule prétendait faire un notaire. Mais le sphinx se récria, et annonça que, digne fils de l'auteur de ses jours, l'enfant serait poète, et non tabellion (4). Un autre fois, caressant l'occiput du fils, alors âgé de dix ans, du pasteur Monod, il lui trouva, assez développée, la bosse du meurtre. Prédiction relativement exacte : Gustave Monod devint un grand chirurgien (5).

Gall appliquait ses facultés divinatoires non seulement à la psychologie des vivants, mais encore à l'identification des morts. On le voit réquisitionné avec le Dr Biscarrat, par le préfet de police, pour les victimes de l'incendie de l'ambassade d'Autriche (1er mai 1810) (1).

Il se fit naturaliser en 1819, sollicita vainement en 1821 un fauteuil à l'Académie des sciences. En 1823, il occupait, rue de Grenelle Saint-Germain un vaste appartement où il offrait à ses hôtes le passe-temps d'un piano d'Erard. Chaque soir, à 8 heures très précises, il y convoquait ses auditeurs autour d'une grande table de noyer. Là, d'un verbe pesant, et d'un accent tudesque, il développait ses théories, à la fois revêche et roublard, ne livrant sa science qu'à bon prix, et tâchant, au surplus, d'écouler ses ouvrages. Le grand homme ne dédaignait point les petits profits et distribuait, pour une livre 16 sols, des tabatières craniologiques à ses auditeurs (2).

On rencontrait là des gens du monde, des médecins, des professeurs, de ci-devant prêtres assermentés, et surtout des étudiants qui profitaient de leur situation pour subtiliser, à l'amphithéâtre, des crânes humains sur lesquels le maître dissertait. Sa prescience miraculeuse défrayait la chronique. Lorsque l'assassin Léger fut guillotiné à Versailles, des carabins se concertèrent pour dérober sa tête au médecin de l'hospice de cette ville. Douillettement enveloppé de coton, de charpie, roulé dans un foulard des Indes, le précieux et macabre débris fut placé dans une voiture entre deux jolies femmes, passa sans encombre aux barrières, et les ravisseurs triomphants l'apportèrent le soir même au professeur sans lui donner le mot de l'énigme. Gall accueillit le cadeau avec l'air grondeur qui lui était habituel, et ne manqua point, comme bien l'on pense, de déduire de la conformation céphalique de cet inconnu tous les méfaits dont il s'était effectivement rendu coupable. L'aventure, publiée, accrut le prestige de la phrénologie.



Crâne de Gall.
(Photographie communiquée par M. le Dr Riquet, Professeur d'anthropologie au Muséum.)

Cette gloire n'était point sans péril : après les sarcasmes de Bonaparte, la doctrine provoquait la suspicion du pouvoir royal. Et bien qu'au témoignage du ci-devant abbé Besnard, Gall fût loin d'être « un fataliste, un athée, un matérialiste » ; bien que M. Damiron lui-même convînt qu'« à bien juger sa pensée on la trouve spiritualiste », et « que s'il a même point de départ que les matérialistes, il ne fait pas même chemin (3) » sa théorie offrait trop d'arguments aux adversaires du spiritualisme officiel. En vain, la prudence de Spurzheim avait amendé la terminologie du maître qui « porté, disait-il, à admettre des penchants vicieux... [faisait] entrer le mal moral dans le plan du Créateur. » Le disciple, « convaincu que toutes les facultés en elles-mêmes sont bonnes » et n'ont

(1) LEIBNITZ. — *Nouveaux essais* (Erdm.) L. II, ch. I, p. 222.

(2) En juillet 1819 le comte Capo d'Istria, ministre de l'empereur Alexandre, est malade à Paris. « C'est le célèbre Dr Gall qui le soigne ; il lui prescrit du repos et des bains et affirme qu'il n'ira à Londres ni à Pétersbourg qu'après parfaite guérison » (Extr. du *Times* du 28 juillet 1819) in *Les mille et une calomnies ou extraits de correspondances privées ..., pendant le ministère de M. le Duc Decazes*, t. III (Paris, Dentu, 1823, in-8°, p. 262).

(3) POUMIES DE LA SIBOUTIE. — *Souvenirs d'un médecin de Paris* (*Revue hebdomadaire*, n° 38, 18 septembre 1909, p. 377-378).

(4) E. LEGOUVÉ. — *Soixante ans de souvenirs* (Paris, Hetzel, s. d., in-18, t. I, p. 16-18).

(5) LENORMAND. — *Eloge de Gustave et Charles Monod* (*Presse médicale*, n° 17, 25 février, 1926, p. 267-270).

(1) GRASILIER. — In *Chronique médicale*, 1er mai 1919, p. 158.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Une tabatière craniologique* (*Bull. Soc. fr. d'hist. de la médecine*, 1920, p. 326-331).

(3) DAMIRON. — *Ess. s. l'hist. de la philos.*, t. I, p. 206 et 212 note).


LACHÉSINE
DU Dr MENDEL

« de mauvais que l'abus que les hommes en font (1) » avait, dans son système personnel, remplacé les organes criminels, du vol, du meurtre, etc., par des rubriques de tendances affectives, que leur exagération ou leur déviation seules pouvaient rendre bienfaisantes ou blâmables. Mais les partisans de la doctrine débordaient leurs chefs de file. Broussais l'accaparait, l'amalgamait aux théories de Cabanis, et l'allait compromettre dans les assertions provocantes de son *Traité de l'irritation et de la folie*. Moitié par conviction, moitié par fronde, les étudiants s'empressaient de pousser la phrénologie à ses conséquences extrêmes et subversives qu'ils affichaient au nez et à la barbe de M. Royer-Collard. Et l'autorité de sévir : on sait quels incidents provoquèrent, en novembre 1822, la fermeture de l'école de médecine. En 1824, tous les cours particuliers furent interdits, ou soumis à des autorisations spéciales. Encore que brouillé avec Gall, Spurzheim, fixé à Paris depuis 1817, dut réduire ses leçons à de simples entretiens à son domicile privé, et gagna Londres en 1825. Gall, de son côté, était parti pour Londres en 1823. Il y échoua dans ses tentatives et rendra à Paris en 1825. Mais l'heure du triomphe était passée ; l'amphithéâtre de la rue St-Victor n'attirait plus que des auditeurs clairsemés. Malheureux, au surplus, dans son ménage, Gall mourut à Montrouge en 1828, léguant son propre crâne, avec sa collection de têtes humaines, au Muséum d'Histoire naturelle,. On les y peut voir encore dans les collections d'anthropologie.

Son mausolée, érigé au Père Lachaise, non loin des tombes de Chaussier, de Percy et de Pinel, a été restauré en 1901 par les soins de la *British Phrenological Society*.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (2).

Les graves lacunes de l'enseignement médical pratique à Paris dans les années septantes.

Sommaire. — *Farabeuf réformateur de l'anatomie : de l'utilité d'un mauvais caractère. — Le professeur Pinard réformateur de l'enseignement obstétrical. Deux de ses élèves, nobles cœurs et lucides esprits : Henri Varnier, Gabriel Lepage. — Insuffisante préparation officielle aux 3e et 4e examens du doctorat, réparée par le cours libre de Martin-Damourette, professeur obligé de déménager périodiquement. — Un étudiant qui s'instruit suivant la méthode positiviste.*

J'ai dit dans le précédent article que j'ignorais la fin de J.-A. Fort, le professeur libre d'anatomie. Je puis aujourd'hui combler cette lacune de la petite histoire médicale grâce à mon aimable contemporain, le Dr Callamand (de Saint-Mandé), dont les lecteurs du *Progrès* ont pu souvent constater la rare érudition ; il a bien connu Fort, ayant suivi ses leçons en 1876-77, et l'ayant retrouvé pendant plusieurs années à un dîner mensuel.

« Fort s'était présenté à l'agrégation, mais son caractère indépendant, difficile et maladroit lui aliénait tous les juges et il n'insista pas.

« Pendant son internat, se jugeant victime des propos calomnieux de Félizet, qui avait la réputation d'un habile escrimeur, il n'hésita pas, lui ignorant de la lame, à provoquer son collègue et, attaquant son adversaire à corps perdu, le blessa dangereusement.

« Dans la première édition de son Manuel de pathologie chirurgicale, il avait donné à une de ses figures la physionomie très ressemblante d'un professeur de la Faculté contre lequel il avait une dent, et, par autorité de justice, l'éditeur dut donner satisfaction à la victime de ce mauvais tour.

« Fort a raconté, dans un gros volume in-8º, ses dix années d'aventures rocambolesques dans les divers Etats de l'Amérique du Sud. Lors d'un premier voyage en mission officielle, il avait été très bien reçu par les médecins de là-bas, dont un grand nombre avaient été ses élèves payants d'anatomie. Mais, quand il y revint pour s'établir en concurrence chirurgicale, l'accueil fut différent : il dut apprendre l'aspagnol et passer ses doctorats devant les Facultés sud-américaines, dont les professeurs, ses anciens élèves, n'hésitèrent pas à le recaler une première fois, avant de le recevoir par grâce quelques mois plus tard.

Il a dû revenir d'Amérique vers 1890, après y avoir perdu sa femme ; il exerça la chirurgie urinaire, spécialement l'électrolyse uréthrale, et dut mourir vers 1905. »

Un correspondant anonyme, qui est un ancien collaborateur du *Progrès*, qui a suivi les cours de Fort de 1874 à 1878 et rédigé ses leçons sur l'anatomie des centres nerveux, m'explique que, s'il obtenait un nombre considérable de cadavres, c'est que, pour les réclamer, il gardait les cartes de ses très nombreux élèves, dont la plupart le quittaient après avoir passé le premier examen de doctorat ; il utilisait aussi avec une ingénieuse économie toutes les régions, de sorte qu'un seul cadavre servait à une dizaine d'étudiants. Peut-être les garçons de l'Ecole pratique étaient-ils donc moins entachés de vénalité que je ne le croyais ; mais toutefois mon correspondant me signale qu'ils se livraient à un autre macabre trafic, faisant bouillir dans une grande marmite la graisse des cadavres pour la revendre... à des parfumeurs !

« Quant au sympathique père Dupré, m'écrit Callamand, on le voyait encore, vers 1883, à la taverne Gruber en face du thâtre Cluny, radotant d'anatomie et de Raspail, le nez bourré de tabac et jamais ne buvant. (Mon autre correspondant insiste aussi sur le grand mouchoir souillé de tabac pendant hors de sa redingote, quand il ne le tenait pas à la main). Il vivait chichement dans le voisinage et un jour on le trouva pendu...» Ai-je exagéré en le comparant à Silène ? Ce qui est certain, c'est que je me rappelle son nez enluminé et que, d'après l'opinion courante en 1873, la coloration en était imputable à l'alcool autant qu'à l'abus du tabac à priser.

Du *tædium vitæ* que prouve son suicide, on pourrait voir un symptôme dans le quatrain naïf que Callamand a retrouvé écrit de la main du « père Dupré » sur un vieux carnet :

> Oui, ce siècle est vraiment
> En proie au boniment,
> Et c'est la baliverne,
> Hélas ! qui nous gouverne...

Après avoir insisté sur l'insuffisance indéniable de l'enseignement de l'anatomie à Paris dans les années septantes, quelle satisfaction j'éprouve à rappeler sa résurection opérée magnifiquement par ce grand Farabeuf que les hommes de ma génération ont vu lutter contre l'indifférence de ses pairs, puis triompher des oppositions et des jalousies.

Il était d'aspect bien étrange, emmitouflé toute l'année dans de multiples cachenez ; son visage paraissait uniquement composé de grosses lunettes et de favoris en en bataille à la Jules Ferry. S'il s'imposa, ce fut grâce à des qualités éclatantes pour tous, reconnues même par ses adversaires, sa science profonde de cette anatomie qu'il aimait passionnément, le don de clarifier et de préciser, de faire naître et de galvaniser autour de lui des

(1) Spurzheim. — *Obs.*, p. 340-341.
(2) Voir le nº du 11 juillet 1928.

bonnes volontés enthousiastes. Peut-être même ses défauts, son mauvais caractère, têtu et pointilleux, autoritaire et sarcastique, contribuèrent-ils à son succès. Hurrah donc pour le mauvais caractère des hommes supérieurs ! C'est souvent lui qui impose leurs idées, tandis que d'autres doux et courtois laissent étouffer les leurs.

Parmi les collaborateurs de Farabeuf, qui éprouvaient pour lui une admiration fanatique, je veux faire revivre le souvenir de mon ami Henri VARNIER, futur agrégé d'accouchements et accoucheur des hôpitaux, dont la mort prématurée fut si cruelle à tous ceux qui l'ont connu et une grosse perte pour l'enseignement. Varnier étudiait sous la direction de Farabeuf l'anatomie du bassin normal et pathologique, en vue de la publication d'un atlas, que devait éditer Georges STEINHEIL, le contemporain et l'ami de nos générations, toujours disposé à soutenir les initiatives des jeunes et qui leur a rendu tant de services.

Varnier est un exemple de la vocation obstétricale : je l'ai entendu dire que, sa mère étant morte en couches, il s'était promis de devenir médecin surtout pour d'étudier l'art de l'accouchement, dans l'espoir de contribuer à diminuer les dangers auxquels exposait trop souvent autrefois cette fonction physiologique.

Ayant vécu deux ans avec lui dans l'intimité des salles de garde d'interne, je puis témoigner que je n'ai vu aucun étudiant aussi laborieux ; il passait une partie des nuits à sa table de travail, prenant méthodiquement des notes sur ses lectures, résumant avec clarté les questions les plus complexes. Je ne lui ai connu que deux défauts : fumer avec excès (sa chambre était une tabagie) au détriment de son cœur et surmener son estomac par l'abus des radis noirs.

Mais quel charmant compagnon, ce garçon énergique et gai, avec ses bons yeux clairs sous son front blanc, casqué de cheveux blonds en brosse, taillé carrément, de Champenois têtu, ! Quand je m'intéressais spécialement à l'hygiène et aux maladies de l'enfance, nous avions associé, sous le pavillon Steinheil, nos visées parallèles dans une *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* et ce fut pendant plusieurs années jusqu'à sa mort une collaboration sans un nuage.

Outre Farabeuf, son autre modèle, son patron de choix et de cœur, fut le professeur PINARD, qui a joué dans la réforme de l'enseignement obstétrical le rôle si prédominant que tout le monde connaît.

***

Ah ! elle avait bien besoin de réformes, autant que l'anatomie, l'obstétricie officielle ; cette branche si importante de la pratique était alors ignorée de l'immense majorité des étudiants. Au moment de subir sur cette matière le 5e examen de doctorat, on apprenait la théorie par cœur ; le manuel le plus répandu était — singulière prédestination quasi homonymique — l'œuvre d'un médecin de la marine, le Dr Pénard. Comment ce marin avait-il été amené à se spécialiser dans une partie de la médecine qu'il n'avait pu exercer à bord des navires ? Peut-être était-ce dans les colonies, alors desservies par les médecins de la marine ? Quoi qu'il en fût, ce « petit Pénard » était dans toutes les mains des candidats au 5e.

Quant à la pratique, il n'y avait pas un étudiant sur vingt qui eût assisté dans la Clinique d'accouchements à un travail complet et à la délivrance, encore moins qui eût mis la main « à la pâte » à l'exception des internes et des externes des rares services d'accouchements. On disait en plaisantant que les plus favorisés étaient ceux qui, ayant eu le guignon d'engrosser leur maîtresse, avaient eu cette compensation d'assister à son accouchement. Combien de docteurs se sont établis sans avoir fait un seul accouchement et ont dû recevoir les conseils d'une sage-femme ou même de la mère de la parturiente !

Je subis cette disgrâce, la rougeur au front, après cinq ans de scolarité, pendant un remplacement de quelques jours dans une clientèle de campagne. Ce fut une des raisons qui me firent recommencer mes études *ab ovo*, alors que j'étais légalement censé les avoir terminées, ayant passé les examens probatoires.

Je ne prévoyais pas alors que j'aurais plus tard pour amis de si éminents accoucheurs.

N'ai-je pas été lié presque fraternellement avec cet homme de bien et de talent que fut Gabriel LEPAGE, le futur agrégé et accoucheur de l'hôpital Boucicaut, l'auteur, avec le professeur Ribemont-Dessaigne, de ce Traité d'accouchement dont tant d'éditions n'ont pas épuisé le succès ? Notre amitié était née en coup de foudre après quelques heures de conversation, quand je venais d'entrer dans l'internat et qu'il s'y préparait. Je l'ai eu comme auditeur dans cette conférence que je contribuais à diriger et où j'ai eu l'honneur de conseiller, entre autres, le futur professeur Sébileau, Méry, Mlles Klumpke, Edwards et Dubois, qui devaient devenir Mmes Déjerine, Pilliet et Sollier. Lepage s'y distinguait par sa finesse narquoise et ses spirituelles réparties, contrastant avec sa bonhomie habituelle et son enveloppe imposante. Nous avons fait chambres communes dans ce bastion de l'hôpital Bichat, où il complétait près de Terrier son éducation chirurgicale commencée avec Péan. Mais le professeur Pinard le conquit à l'obstétricie.

Jamais depuis depuis lors nos psychatomes n'ont cessé de s'interpénétrer jusqu'au coup mortel qui l'a écrasé (fin 1917). Ce vaillant si robuste a succombé sous le surcroît de fatigue chirurgicale imposé par la guerre à l'accoucheur dévoué de tant de familles, y compris celles de ses collègues et amis mobilisés, — sans parler de la lourde charge du secrétariat général de l'Association générale des médecins de France, qu'il avait assumée depuis plusieurs années.

Lepage avait été mon collaborateur pour l'obstétrique quand je publiai un *Traité d'antisepsie* appliquée à l'hygiène et à la thérapeutique. Il était entré en même temps que moi à la rédaction du *Concours Médical* naissant et nous nous en étions retirés ensemble quelque dix ans plus tard.

Il partageait mon goût pour la déontologie professionnelle et signait avec moi ce « *Médecin dans la Vie Contemporaine* », qui résuma nos conférences de 1899 à l'Hôtel des Sociétés savantes et de 1900 à la Faculté. D'une dizaine d'années plus âgé que lui, pouvais-je prévoir que je devrais signer seul cette « *Vie du Médecin* » de 1920, où s'est concrétée toute l'expérience acquise pendant notre pratique, et que j'aurais pour unique consolation de la dédier à sa chère mémoire, l'ayant écrite tout entière en face de son portrait, qui est encore devant mes yeux quand je trace ces lignes ?

Je reviens à l'insuffisance ou plutôt au néant de l'enseignement de la pratique obstétricale avant l'ère inaugurée par le professeur Pinard, qui voudra bien me pardonner d'exprimer ici l'admiration que j'ai pour lui. Cette honte professionnelle ne pouvait disparaître qu'après la réforme qui enleva les services d'accouchement aux chirurgiens et créa le corps spécialisé des accoucheurs des hôpitaux. On multiplia les services (ici il n'est que juste de rappeler le rôle de Bourneville au Conseil municipal et du Dr Peyron à la Direction de l'Assistance publique). On organisa enfin le stage obstétrical obligatoire.

J'aurai à revenir plus tard sur la question du stage des étudiants indépendants de l'Assistance publique, un des plus importants problèmes de l'enseignement de la pratique médicale, en évolution à Paris depuis un demi-siècle et qui n'est pas encore résolu d'une façon irréprochable.

***

Je parlerai maintenant d'une autre lacune bien choquante dans les années que j'évoque, celle de l'enseignement des matières que comportait le programme des 3e et 4e examens du doctorat d'alors : les sciences dites alors *accessoires* et qu'il a bien fallu dénommer depuis lors *fondamentales* : physique, chimie, histoire naturelle, -- puis la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale.

La physique était enseignée par GAVARRET, grand physicien sans doute, célèbre par ses travaux avec Andral sur la composition du sang, mais déjà vieux et enclin à s'égarer dans des considérations de philosophie scientifique, envolées dans lesquelles il aimait à citer Lucrèce, agréables à entendre, mais dont les auditeurs ne tiraient guère de profit pour leurs examens.

Au cours de l'illustre WURTZ, il aurait fallu plusieurs années pour avoir parcouru le cycle de la chimie minérale et organique. Les démonstrations expérimentales rataient souvent parce que le professeur, d'une vivacité et d'une pétulance que l'âge ne calmait pas, laissait rarement à ses aides le temps de réaliser les conditions préalables nécessaires ; le précipité prévu rouge était bleu ou inversement ; il en riait le premier, tarabustait pour la forme ses préparateurs qui riaient aussi, comme les assistants.

On travaillait avec ardeur et succès dans son laboratoire, d'où sont sortis les HENNINGER, les HANRIOT et tant d'autres, que j'y ai admirés plus tard, quand j'y ai été présenté ; mais il n'était pas accessible à beaucoup d'étudiants.

L'histoire naturelle était enseignée par le savant botaniste BAILLON, qui semblait croire que les étudiants en médecine se destinaient tous à devenir des naturalistes. Je ne crois pas que les travaux pratiques aient été autres que quelques herborisations où il n'était entouré que d'un petit groupe d'adeptes fervents ; la plupart des autres s'égaillaient bientôt pour dormir à l'ombre des futaies ou se rafraîchir dans les bosquets des guinguettes. Ce professeur grincheux était d'ailleurs redoutable aux examens, et sa sévérité lui valut plusieurs fois des chahuts de protestation, auxquels il paraissait peu sensible.

Pour les matières du 4e examen, l'hygiène était enseignée par le vénérable « père » BOUCHARDAT, qui avait fait jadis de mémorables travaux sur le diabète, les ferments digestifs, etc mais il était tellement sénilisé que physiquement il ressemblait à un très vieux vigneron de sa Bourgogne, marchant le tronc à angle droit sur les cuisses, et auquel de nos jours on eût conseillé unanimement de se faire « greffer » par le Dr Serge Voronoff. Il égayait et déconcertait les candidats par des questions devenues légendaires, auxquelles il faisait lui-même les réponses. « Quel est le lait des vieillards ? — Le vin, Monsieur, surtout celui des coteaux de Bourgogne. » — Pourquoi mon fils, l'agrégé, n'a-t-il pas eu le scorbut pendant le siège de Paris ? — Parce qu'il avait fait une ample provision de pommes de terre ! ».

La médecine légale, c'était AMBROISE TARDIEU, la plus haute autorité dans son domaine causeur disert, même verbeux, mais en fin de carrière.

Enfin GUBLER professait la thérapeutique, consacrant presque exclusivement ses leçons, d'un vif intérêt, à l'exposé de ses recherches expérimentales sur l'action physiologique des médicaments mais passant trop rapidement sur la manière de les administrer.

De cette situation découlait la quasi-impossibilité de se préparer en quelques mois à ces deux examens, qui intercalés entre ceux de pathologie et de clinique, gênaient singulièrement la terminaison de la scolarité et par un ou deux échecs successifs, perte de temps et d'argent, exaspéraient beaucoup d'étudiants pressés de s'établir.

Les besoins créant les organes, plusieurs professeurs libres avaient organisé des cours lucratifs à l'intention des étudiants déjà ajournés ou craignant de l'être.

Le plus connu et le meilleur était celui de MARTIN-DAMOURETTE, nom facile à retenir et attirant pour la jeunesse.

Il méritait sa notoriété. Quand je l'ai suivi, l'homme était déjà vieux et paraissait l'être d'autant plus que, à demi-aveugle, il était conduit dans la salle des cours par une Antigone assez jeune encore, qui se retirait ensuite, le laissant devant le tableau noir, avec ses bâtons de craie ; sa grande habitude lui permettait d'écrire, malgré sa vision très diminuée, les formules, et les mots techniques d'une orthographe difficile. L'Antigone était chargée aussi d'inscrire les nouveau-venus et de leur faire acquitter les droits. Je ne sais si par moment elle avait un caractère acrimonieux (je n'ai pas eu personnellement à le constater), ou si certains étudiants se montraient trop peu courtois ou trop galants vis-à-vis d'elle ; mais périodiquement le vieux maître se faisait l'écho des plaintes de sa gouvernante et enjoignait à la cantonade à ses auditeurs d'observer les égards dus au sexe féminin.

Un autre sujet de ses récriminations, tantôt plaintives et tantôt irritées, était le sans-gêne avec lequel beaucoup de ses élèves, pendant le quart d'heure de suspension qui séparait deux cours successifs, au lieu d'aller fumer sur le trottoir, s'asseyaient sur les marches de l'escalier, obstruant le passage aux autres locataires.

Le malheureux professeur ne pouvait guère rester qu'un ou deux trimestres dans les appartements qu'il louait ; car ce n'était évidemment pas un locataire agréable. Il est vrai que, quoique médecin, il ne dérangeait pas son concierge la nuit, n'ayant pas de clients ; mais six fois par jour le flux et le reflux de ses élèves montait et descendait. Car le malheureux faisait ce rude métier de répéter trois heures dans la matinée et autant l'après-midi les cours qu'il avait jadis rédigés, et qu'il avait soin de tenir au courant des progrès de la science.

Ses propriétaires lui donnaient donc promptement congé et refusaient de le prendre à bail. Que de fois je l'ai entendu dire d'un ton plaintif : « Je vous en prie, messieurs, ne vous asseyez pas dans l'escalier et ne l'obstruez pas, ne l'enfumez pas pendant le quart d'heure de repos qui m'est nécessaire entre deux cours. Vous allez encore me faire donner congé et je crains d'avoir épuisé toute la série des immeubles du quartier ; bientôt je serai obligé de passer l'eau pour me loger et ce sera bien plus gênant pour vous. Sinon dans votre intérêt — puisque ceux d'entre vous qui ont suivi mes cours ne reparaissent plus — du moins pour vos successeurs, ne rendez pas ma maison inhabitable ! ». Je suis obligé de reconnaître que, comme l'enfance, la jeunesse est sans pitié et la plupart des auditeurs continuaient leurs mauvaises manières.

Sa parole était scandée, un peu appuyée, mais assez lente pour qu'on pût écrire presque tout ce qu'il disait.

J'ai dit que ses cours valaient bien d'être recueillis. Celui de thérapeutique m'avait surtout paru très bien

conçu, mélangeant avec soin les généralités et les applications pratiques. J'ai rencontré au cours de ma carrière plusieurs confrères appartenant à des générations différentes et qui m'ont dit avoir conservé leurs cahiers de résumés cadres commodes pour enregistrer ultérieuement les nouveautés en thérapeutique.

La Faculté ne l'aimait guère et il saisissait mainte occasion de signaler la carence de celle-ci sur les matières qu'il enseignait.

Les autres matières étaient aussi traitées avec méthode. Je n'en veux pour preuve que la présence au cours que j'ai suivi d'un jeune homme qui se proposait, non pas seulement d'être docteur en médecine, mais de meubler son cerveau méthodiquement de toutes les connaissances hiérarchisées suivant la classification d'Auguste Comte. Ce voisin, très sérieux, dont la conversation eût rempli de joie mon ami Constant Hillemand, un des plus brillants adeptes du positivisme intégral, s'empressait pendant chaque suspension du cours de me questionner sur l'opinion que j'avais de la philosophie positive.

Bien que je lui eusse donné l'assurance que je l'admirais sincèrement, avec cette restriction qu'elle ne me paraissait pas avoir absolument effacé toutes les écoles philosophiques du passé et ne clôturerait probablement pas à tout jamais l'ère des préoccupations métaphysiques, il continurait à m'endoctriner pour faire de moi un Comtiste absolu et de stricte observance.

Il m'entraîna un jour dans sa chambre et m'ouvrit une bibliothèque, où je constatai avec effarement qu'il avait amassé un nombre considérable de cahiers reliés, volumineux et de couleurs variées, qui contenaient, calligraphiés de sa main, les résumés de tous les cours qu'il avait suivis depuis sa sortie du lycée. En plusieurs années de séjour sur la Docte Montagne et depuis les mathématiques, en passant par l'astronomie, jusqu'à la sociologie, ce studieux et méthodique étudiant avait recueilli le suc de tous les cours des Facultés et tous établissements officiels d'Enseignement supérieur. Il fallait donc que les cours de Martin-Damourette, pour libres et conçis qu'ils fussent, eussent une éminente valeur pour avoir mérité de figurer à leur place hiérarchique dans cette *Somme* amassée suivant l'esprit positiviste.

A cette vue, le papillon, qui jusque-là avait butiné en fantaisiste « dans les prés fleuris qu'arrose la Seine », demeura ébaubi de respectueuse admiration devant cette abeille patiente. Je dus battre ma coulpe et cet exemple ne fut pas perdu ; car c'est à peu près vers cette époque que j'entrepris de reformer mon éthique intellectuelle, en disciplinant plus sagement mes curiosités.

(*A suivre.*) Paul LE GENDRE.

CHRONIQUE

L'hystérosalpingographie.

Claude BÉCLÈRE vient de publier sur l'exploration radiologique en gynécologie un livre digne de louanges tant pour ses qualités didactiques que pour sa très riche documentation iconographique (1) : soixante images personnelles sont reproduites dans ce livre qui constitue de ce fait un véritable atlas. Son intérêt provient du grand nombre d'examens qui ont été pratiqués : un nombre considérable de femmes atteintes d'affections gynécologiques ont été l'objet d'un examen systématique et les résultats de cet examen ont pu être confirmés ou infirmes par les constations opératoires faites dans le service même. Cette manière de faire a permis de fixer minutieusement la valeur des divers aspects radiologiques constatés après injection d'huile iodée dans les trompes. C'est ainsi que la méthode a pu être précisée et codifiée en ce qui concerne la perméabilité tubaire, le diagnostic des tumeurs pelviennes et le diagnostic des métrorrhagies.

(1) L'exploration radiologique en gynécologie ; technique, résultats, par Claude Béclère, interne des Hôpitaux de Paris Un volume de 176 pages, avec 61 figures : 45 fr. (MASSON éd. à Paris).

* * *

Technique des hystéro-salpingographies. — CLAUDE BÉCLÈRE étudie, successivement, 1° le local où l'on doit faire la petite intervention gynécologique qu'est l'injection intra-utérine de substance opaque ; 2° l'indication de l'anesthésie ; 3° la substance qu'il faut employer ; 4° les techniques d'injection ; 5° la technique de l'examen radiologique et il conclut en décrivant les successifs de l'examen.

Le choix de la substance opaque. — La plupart des auteur français emploient l'huile iodée appelée lipiodol. Ce produit aurait moins d'inconvénients qne les autres substances qui ont été préconisées ; il n'en aurait même pas du tout. Les tissus et les muqueuses le toléreraient sans aucune réaction.

HELLY, CLAUDE BÉCLÈRE ont examiné de nombreuses trompes enlevées chirurgicalement, quelque temps après l'examen radiologique. Dans aucun cas, ils n'ont observé de modification ou d'inflammation de la muqueuse tubaire dues au lipiodol.

Le lipiodol aurait encore un autre avantage, c'est qu'il est antiseptique.

Toujours est-il que, sur les quelque cent examens pratiqués jusqu'à présent par CLAUDE BÉCLÈRE il n'a été observé aucun incident, ni réaction péritonéale, ni poussée fébrile, ni infection ultérieure. Et sur ces cents cas, pour plus de trente malades, il s'agissait de salpingites qui toutes avaient de la métrite et des lésions salpingiennes plus ou moins refroidies.

Techniques d'injection. — La plupart des auteurs préconisent l'injection sous pression avec obturation du col. Quelques-uns cependant pratiquent l'injection sans pression.

1° Dans l'injection sous pression, le temps délicat et difficile est la parfaite obturation du col.

Souvent, on peut enfoncer suffisamment la sonde dans l'utérus pour dépasser légèrement l'isthme. C'est là une excellente condition pour que la sonde tienne en place et que l'obturation soit bonne. Dans d'autres cas, au contraire, la sonde butte sur l'isthme et il est plus difficile de la maintenir dans le col et d'avoir une bonne obturation. Le plus souvent, le col est assez gros pour que deux pinces du Museux puissent encadrer la sonde.

Il est indispensable, au point de vue sécurité et régularité des examens de mesurer la pression sous laquelle on a fait l'injection. CLAUDE BÉCLÈRE, le premier, a montré qu'avec un col bien obturé et une simple seringue à injection de 20 centimètres cubes, on obtenait très facilement, et avec un effort minime, une pression d'une atmosphère, correspondant donc à une colonne de mercure de 76 centimètres. Or, sur des pièces d'autopsie et des pièces opératoires, avec des pressions très faibles, quarante, cinquante centimètres de mercure, il a obtenu l'injection du système vasculaire utérin et l'issue du lipiodol par les veines et artères utérines. Donc, la mesure de la pression est un acte de prudence fort utile, et c'est pourquoi CLAUDE BÉCLÈRE a fait construire un manomètre, qui se monte sur l'appareil injecteur et qui permet le contrôle de la pression.

L'injection sans pression consiste en une instillation goutte à goutte d'huile iodée dans l'utérus : grâce aux contractions antipéristaltiques des trompes, l'huile pénètre et chemine dans leur lumière.

L'examen radiologique nécessite une installation puissante et commode dont Claude Béclère donne les caractéristiques.

Il comporte un examen direct par radioscopie au moment du passage de l'huile et des radiographies.

En ce qui concerne celle-ci, la majorité des auteurs se contentent de prendre des radiographies de face. Mais la vue de profil est absolument indispensable dans la majorité des cas. La vue stéréoscopique de face complète et donne une saisissante vue en relief du petit bassin avec les cavités utérine et tubaires remplies montrant leurs positions exactes respectives.

* * *

La ***morphologie normale*** de l'*utérus* vu à l'hystérographie est celle d'un triangle à base supérieur, à sommet inférieur à bords rectilignes ou concaves ou légèrement convexes par distension.

L'utérus antéfléchi et l'utérus rétrofléchi se présentent de

face, soit comme une ombre elliptique qui est la projection du fond, soit, à un degré plus accentué, comme un triangle inversé ; la vue de profil complète le diagnostic.

L'utérus infantile donne l'aspect d'une étoile à trois branches de toutes petites dimensions. L'utérus pubescent donne une image en sablier où la cavité corporéale n'est pas plus grande que la cavité cervicale.

Les malformations utérines se traduisent par l'aspect en Y de l'utérus bifide (1), ou par l'aspect de l'utérus double.

Les *trompes normales* se présentent sous des aspects assez différents.

Habituellement, on peut distinguer deux portions assez nettes. La première est constituée par un très fin fil noir qui part d'un des angles du triangle noir de la cavité utérine et se dirige à peu près transversalement en dehors. Cette première partie correspond sensiblement aux régions interstitielle et isthmique de la trompe. La seconde portion est beaucoup plus variable comme forme et comme direction. Elle forme généralement une ombre plus ou moins contournée et dont le diamètre va croissant et se continue avec ou sans interruption nette par les taches du lipiodol intrapéritonéal. C'est la portion ampullaire de la trompe.

Les anomalies de position, de développement, de forme sont facilement appréciées.

***

Physiologie normale et pathologique. — *Utérus.* Dyroff, le premier, a étudié dans son ensemble cette importante question au point de vue des notions nouvelles que l'examen radiologique peut fournir.

1° A l'état normal, l'utérus est très contractile. C'est même une des raisons qui nécessitent l'obturation parfaite du col pour le diagnostic courant : lorsqu'en effet le col n'est pas obturé, l'utérus se contracte immédiatement et se vide en quelques secondes.

Second point : l'utérus, en se contractant, ne chasse pas seulement vers le vagin le liquide qui le distend, il le chasse aussi dans les trompes.

2° A l'état pathologique, la contractilité utérine est très modifiée. Les utérus scléreux, les utérus métritiques, les utérus myomateux se laissent beaucoup moins distendre.

3° L'utérus gravide normal perd, également, sa contractilité, devient remarquablement atone. C'est ainsi qu'Heuser et Dyroff ont pu injecter du liquide opaque dans des utérus gravides sans provoquer la moindre menace d'avortement.

Trompe. — 1° La trompe normale, comme l'utérus, se contracte. Rubin et Bénédick décrivent trois sortes de mouvements : d'abord un mouvement général vermiculaire des trompes, qu'ils attribuent à la contraction des fibres musculaires longitudinales, puis deux mouvements péristaltiques opposés, l'un, lent et irrégulier, se ferait de l'utérus vers le pavillon et, pour eux, serait dû à la pression à laquelle l'injection était soumise ; l'autre, véritable mouvement péristaltique régulier, se produirait sous forme d'ondes du pavillon vers la cavité tubaire, environ cinq à neuf fois par minute.

Dyroff a étudié la survivance des trompes humaines enlevées chirurgicalement et plongées dans un liquide nutritif et proche du sérum physiologique. Il a ainsi noté que les mouvements péristaltiques qui se produisaient sur ces trompes et qu'il a pu photographier se produisaient dans un sens ou dans l'autre suivant que le point de départ de l'excitation était ovarien ou utérin.

Enfin Reinberg et Arnstamm ont décrit un sphincter à l'extrémité utérine de la trompe. Cet appareil sphinctérien de la partie initiale de la trompe est une chose toute nouvelle qui a été révélée par l'examen radiologique. En réalité, il s'agit non pas d'un vrai sphincter, mais d'une contraction de la corne utérine qui resserre la partie toute terminale de la cavité utérine à la naissance de la trompe.

2° La trompe malade ne se contracte plus, elle se laisse distendre par la pression du liquide et conserve très longtemps le liquide opaque dont on l'a injectée.

Aussi Cotte a-t-il proposé, dans les cas d'interprétation douteuse d'une perméabilité tubaire, de prendre 24 heures après l'examen, une seconde radiographie. Si sur cette seconde image on retrouve exactement les mêmes ombres tubaires que sur la première, c'est que la trompe est oblitérée. Dans le cas de perméabilité, en effet, la trompe s'est contractée, s'est vidée, a projeté son contenu en partie dans le péritoine, et il y forme des ombres irrégulières, diffuses, tourbillonnantes, fort différentes des taches précises et régulières de l'image tubaire de la veille.

La menstruation. — Dyroff a fait une étude détaillée des phénomènes normaux accompagnant la menstruation. Il a constaté que peu de temps avant les règles et pendant toute leur durée, la tonicité utérine était accrue et la péristaltique tubaire accélérée.

***

Etude de la perméabilité tubaire. — L'exploration radiologique fixe de façon précise le siège des obturations tubaires. En donnant cette notion pour un cas particulier, elle donne en même temps la possibilité d'entreprendre, de propos délibéré, une chirurgie des trompes, conservatrice et réparatrice.

1° Quand peut-on affirmer qu'une trompe est perméable, c'est-à-dire qu'elle fait librement communiquer les cavités utérine et péritonéale ? La condition la plus simple consiste à voir par la radioscopie le passage du lipiodol à travers l'ostium. Mais il peut arriver que l'examen soit difficile et qu'on doive employer la radiographie.

Sur l'image radiographique, lorsqu'on voit les ombres irrégulières du lipiodol intra-péritonéal à grande distance des trompes dans le petit bassin, et de façon symétrique, on peut les dire perméables. Dans certains cas, la vue de profil est très utile, montrant des plaques opaques dans le Douglas, loin de l'image des trompes.

Mais très souvent les ombres du liquide opaque sont au voisinage de l'ombre tubaire et il devient difficile de dire avec certitude si le liquide qui donne ces ombres est contenu dans le pavillon ou s'il est passé dans le péritoine. C'est dans ces cas que l'interprétation des images est difficile, et qu'il faut être très prudent dans ses conclusions.

Pourtant, on peut s'aider d'un certain nombre de signes très importants : lorsque la trompe est perméable, il est presque de règle que sa partie moyenne ne soit pas dessinée ; on ne voit guère que l'utérus, puis l'ombre du pavillon et presque rien entre les deux. Au contraire, les trompes fermées se laissent plus ou moins distendre par la pression du liquide et sont généralement visibles sur tout leur trajet.

Enfin, dans les cas douteux, Cotte a indiqué un excellent moyen de contrôle : c'est de faire une nouvelle radiographie 24 heures après l'examen. Si une trompe est perméable, elle s'est vidée dans l'intervalle, en partie dans le péritoine et y donne des ombres diffuses, nuageuses, bien typiques. Au contraire, si elle est obturée, son contour reste net et précis et analogue à l'image de la veille.

2° Quand peut-on dire qu'une trompe n'est pas perméable ? Il faut envisager trois cas différents : ou bien la trompe est injectée jusqu'au pavillon, dilatée, bien dessinée, sûrement elle est obturée à l'orifice péritonéal, ou bien la trompe est injectée partiellement, et il y a une oblitération du trajet tubaire, ou bien la trompe n'est pas du tout visible et l'oblitération siège dans la portion interstitielle. Une objection se présente, cependant, dans ce cas, c'est celle du spasme tubaire. Certes la trompe utérine peut se contracter et défendre son entrée, mais il ne semble pas à Claude Béclère qu'un tel spasme puisse résister à une pression de trente centimètres de mercure, soutenue plusieurs minutes.

***

Diagnostic des tumeurs pelviennes. — Les *fibromes*, dans la grande majorité des cas, donnent des images absolument caractéristiques qui, sur la seule vue de l'image radiographique, permettent d'affirmer le diagnostic clinique de fibrome : ce sont tous les cas où la cavité utérine est agrandie et déformée. Naturellement, dans des cas d'ailleurs rares de développement uniquement sous-péritonéal, des fibromes peuvent coexister avec une cavité utérine normale.

Mais, le plus généralement, le noyau fibromateux unique déforme la cavité utérine qu'il envahit partiellement et le liquide opaque se glisse autour de cette saillie, donnant une image en croissant ou en demi-lune absolument caractéristique.

Cette notion de noyau unique est très importante, car elle peut conduire à une intervention conservatrice : myomectomie.

Dans les fibromes multiples les images sont beaucoup plus variées, mais elles ont deux caractéristiques : la cavité utérine est agrandie, et elle est déformée. Cet aspect est absolument particulier aux fibromes et ne peut donner lieu à aucune confusion.

---

(1) Dans un cas de l'auteur, où la femme consultait pour stérilité, cette malformation utérine coïncidait avec un spina bifida occulta, révélé par la radiographie.

Les affections salpingiennes. — Dans tous les cas où il existe une lésion tubaire, l'image de la trompe est anormale : il y a arrêt de l'injection et dilatation. Cet aspect peut être réalisé par des lésions très diverses : hydrosalpinx fluent, gestation ectopique. Par exemple, COTTE a publié une très intéressante image de grossesse extra-utérine où le liquide opaque a fusé dans la trompe des deux côtés de l'œuf, en dessinant les contours.

Les kystes ovariens et intra-ligamentaires. — 1° Les kystes de l'ovaire, surtout les kystes mucoïdes, sont peu opaques ; ils ne modifient ni la trompe ni l'utérus ; ils ne donnent donc pas d'image caractéristique.

C'est justement ce caractère normal de l'utérus et des trompes, joint à l'existence d'une tumeur pelvienne, qui plaide en faveur du kyste de l'ovaire.

Quand il s'agit d'un *kyste intra-ligamentaire*, un nouvel élément entre en jeu, c'est la déviation qu'il fait généralement subir à l'utérus ou aux trompes.

***

Diagnostic des métrorragies. — L'examen radioscopique, la confrontation des clichés de face et de profil, montrent si les contours de la cavité utérine sont réguliers et normaux ; on juge facilement si la cavité est bien libre, entièrement remplie de liquide opaque ou si une saillie intra-utérine, même petite, empêche le lipiodol de distendre la cavité. Cette zone, privée de liquide opaque, se traduit sur le cliché par une image lacunaire qu'on constate soit sur la vue de face, soit sur la vue de profil.

La *rétention placentaire* se traduit par l'existence d'une saillie dans la cavité et par une contractilité extrême de l'utérus.

Les *polypes intra utérins* donnent des signes analogues.

Les *néoplasmes du corps* déterminent un aspect anormal déchiqueté du fond utérin ou une saillie plus ou moins régulière des parois.

Déductions thérapeutiques. — L'étude de la *perméabilité tubaire* en permettant un diagnostic préopératoire ouvre les plus grands espoirs pour la chirurgie conservatrice et réparatrice de la trompe en cas de stérilité. CLAUDE BÉCLÈRE n'hésite pas à conclure que, maintenant, l'examen radiologique est absolument indispensable avant toute intervention réparatrice, salpingostomie, résection tubaire, implantation tubo-utérine.

En ce qui concerne les *tumeurs pelviennes*, l'hystéro-salpingographie diminuera le nombre des cas où une laparotomie exploratrice était le seul moyen de faire un diagnostic.

Si l'examen radiologique permet d'affirmer l'existence d'un fibrome, cette laparotomie préalable n'est plus indispensable, et on peut d'emblée choisir entre la radiothérapie et la chirurgie dans les cas qui nécessitent une politique activiste. D'autre part, si l'examen radiologique montre l'existence d'un noyau vraisemblablement unique, bien localisé, c'est là une indication précieuse en faveur d'une myomectomie.

Si, enfin, l'examen radiologique ne donne pas l'image caractéristique habituelle des fibromes mais montre une lésion tubaire ou l'image probable d'un kyste, c'est alors une indication formelle à l'intervention chirurgicale.

En présence de *métrorragies*, surtout aux alentours de la ménopause, on craint toujours l'existence d'un néoplasme du corps, qui nécessite une intervention aussi précoce qus possible ; et, pourtant il est regrettable de faire une hystérectomie pour un simple polype bénin. L'hystérographie, dans ces, cas peut rendre de signalés services.

***

Telle est, brièvement résumée, la matière du beau livre de CLAUDE BÉCLÈRE. L'auteur de cet ouvrage a le mérite incontestable d'avoir contribué pour une bonne part au perfectionnement et à la vulgarisation de ce moyen de diagnostic. Il a été le premier à signaler la nécessité des mesures de pressions et à insister sur le danger des pressions trop fortes ; son appareil a été adopté par un grand nombre d'auteurs. Il lui appartenait donc de « faire le point » et de nous dire où en est cet examen radiologique des cavités utérines et tubaires.

Henri VIGNES.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Recherches cliniques sur le traitement de l'insomnie par un nouvel hypnotique,

Par le Dr **F. VERDIER.**

Il n'est pas de jour où le praticien n'examine des sujets présentant de l'insomnie. Il semble d'ailleurs que les conditions de la vie actuelle favorisent l'agrypnie.

Il est des individus qui viennent consulter uniquement pour ce symptôme, dont ils veulent être débarrassés à tout prix.

Aussi, l'emploi des hypnotiques divers, prescrits ou non par le médecin, est-il devenu une chose courante. La consommation de valériane, de véronal, de divers dérivés barbituriques, etc., est en progression constante.

Or, si la plupart des hypnotiques agissent avec efficacité, à doses normales, dès les premiers jours de leur emploi, l'accoutumance rapide n'en est pas moins la règle générale.

Et dès lors, le médecin se voit dans l'obligation, d'abord de changer d'hypnotique, puis fatalement, d'augmenter les doses. S'il ne le fait pas, le malade prend lui-même l'initiative de cette augmentation de quantité d'hypnotique.

Mais ceci n'est pas sans graves inconvénients. En effet, les hypnotiques n'agissent généralement qu'en intoxiquant les cellules corticales, et en supprimant, par ce mécanisme, le mentisme, facteur d'insomnie. Lorsqu'on emploie de petites doses, l'action toxique peut être considérée comme nulle, du fait de l'action passagère et de l'élimination rapide de la substance hypnotique.

Par contre, dès que s'est produit l'accoutumance, la sédation cérébrale ne s'obtient plus qu'avec des doses élevées, véritablement toxiques imprégnant profondément, non seulement le système nerveux, mais l'organisme tout entier. Les organes à fonction anti-toxique : le foie, le rein, etc., présentent rapidement d'importantes perturbations fonctionnelles.

Aussi la contre-partie de l'effet apparemment heureux, mais toxique de l'hypnotique sur l'insomnie, est-elle de provoquer un sommeil lourd, à réveil pénible, et de rendre les malades incapables d'un effort important durant toute la matinée. Il en est même chez qui la torpeur intellectuelle et physique se prolonge, créant un véritable amoindrissement de l'individu. Et ceci, sans préjudice de l'insuffisance hépatique, rénale, des troubles cardiaques, des divers symptômes enfin d'intoxication par les hypnotiques qui ont été si souvent rapportés.

Aussi n'est-ce jamais sans une certaine appréhension que le praticien prescrit un hypnotique.

Particulièrement préoccupé par ce problème, nous avons été tenté d'essayer un nouvel hypnotique : le Somnothyril (1). Notre attention a eté particulièrement retenue par l'exposé de quelques particularités présentées par ce médicament, et qui semblait devoir répondre aux plus graves objections généralement formulées à l'égard des différents hypnotiques.

L'assurance de son efficacité à des doses (0 gr. 20) de véronal très faibles et fort éloignées, d'une part des doses généralement employées (0 gr. 50 à 1 gr.), et d'autre part de la dose toxique, nous a paru particulièrement intéressante. D'autre part, la non accoutumance, ainsi que les caractères agréables du sommeil et du réveil, nous ont semblé devoir être contrôlés du fait de l'intérêt primordial de ces propriétés.

Nous avons donc, depuis plusieurs mois, administré à une cinquantaine de sujets ce nouveau médicament. Nous devons déclarer que nos espoirs n'ont pas été déçus. L'efficacité sur l'insomnie, la douceur de l'action thérapeutique, qui donne, suivant l'expression de plusieurs malades : un sommeil « d'enfant », jointe à l'euphorie du réveil, nous a non seulement favorablement impressionné nous-même, mais ont satisfait entièrement les malades. Plusieurs d'entre eux, auxquels nous avions, soit supprimé le Somnothyril, soit administré d'autres médicaments, nous ont réclamé leur Somnothyril avec véhémence.

Des quelques observations qui suivent ici, il ressort nettement que le retour au sommeil est rapide, et le réveil agréable.

Obs. I. — Femme, 12 ans, psychasthénique. Petites réactions anxieuses. Insomnies fréquentes. Nous lui avons prescrit du Somnothyril (1 pilule) à partir du 9 mai. Le premier soir, dort

(1) Laboratoires Cantin.


PLIAGE ACCORDÉON



peu. Du 10 au 19 mai, a dormi normalement. Le 20 mai sans pilule, n'a pas dormi. Du 21 mai au 10 juin, avec une pilule chaque soir, dort bien.

A aucun moment, la malade ne s'est plainte de sensations pénibles au réveil, tandis qu'elle nous accusait toujours de la céphalée en prenant d'autres hypnotiques.

Obs. II. — Femme, 65 ans, hypochondriaque. Insomnique. A regulièrement pris une pilule de Somnothyril pendant un mois. A toujours remarqué que la prise d'une pilule était suivie d'un sommeil paisible. Par contre, chaque fois qu'elle n'en prenait pas, ne pouvait dormir.

Obs. III. — Femme, 55 ans. Se plaignant d'insomnies continues. Petites réactions anxieuses.

Sommeil calme avec une pilule. Est en traitement depuis janvier dernier. Si pour une raison ou pour une autre, n'a pas le soir sa médication, la réclame vivement le lendemain.

Nous avons pu administrer le médicament aux doses de une à deux pilules, par jour, pendant plusieurs semaines sans être obligé de modifier les doses prescrites. L'accoutumance nous a donc paru nulle.

Témoin cette observation : Femme de 40 ans, psychasthénique, mythomane. Affection ancienne traitée par médicaments divers sans grands résultats. Intoxication il y a un an par la morphine, dont elle a été sevrée depuis ce temps. Dès lors, se plaint continuellement d'insomnies, a des terreurs nocturnes, etc. Du 21 février au 1er mars, dort bien dès le premier soir, après absorption de 2 pilules, sauf dans la nuit du 29 mars ou, à la suite d'un embarras gastrique elle a été prise de vomissements et de coliques. Du 2 mars au 8 mars alternative de nuits bonnes et agitées, le 6 mars sans pilule n'a pas dormi. Du 9 au 21 le sommeil est normal sauf dans la nuit du 13.

Mais d'autres qualités ont retenu notre attention. Nous avons en effet, obtenu le sommeil avec les doses normales de Somnothyril, chez des malades présentant des insomnies véritablement rebelles, chez qui, avait été épuisée sans efficacité la gamme des divers agents thérapeutiques.

C'est ce que montrent bien les observations suivantes.

Obs. V. — Jeune fille, 25 ans, léger état de déséquilibre. Vie physique et intellectuelle très actives. Insomnies rebelles à tout traitement.

Depuis qu'elle a entrepris un traitement avec le Somnothyril, a obtenu une sédation notable de son agrypnie. Dort, avec une dose normale (2 pilules) de six à sept heures par nuit. Continue le traitement.

Obs. VI. — Homme 35 ans. Psychasthénique. Hypochondriaque. A essayé, soit sur ordonnances médicales, soit de son propre chef, de très nombreux agents hypnotiques.

A depuis obtenu, à la dose d'une à deux pilules de Somnothyril, un retour rapide au sommeil normal.

Nous avons devant les résultats, prescrit du Somnothyril, chez des sujets au cours d'une cure de désintoxication. On connaît en effet l'intensité et les caractères pénibles de l'agrypnie chez ces malades. Or, chez plusieurs toxicomanes sevrés brusquement, nous avons obtenu avec le médicament des résultats vraiment remarquables.

Chez des psychopathes agités, nous avons aussi obtenu des sédations fort intéressantes. Ainsi, nous avons pu obtenir le sommeil et une certaine accalmie chez des maniaques et des anxieux.

Obs. VII. — Nous avons pris ici l'observation d'un malade en état d'excitation maniaque aiguë (2e accès).

Agitation incessante diurne et nocturne, verbomanie, attitudes théâtrales, etc. Du 9 au 14 mai avec une pilule le soir dort une partie de la nuit, 5 heures environ. A partir du 16 mai dort toute la nuit.

Obs. VIII. — Excitation maniaque chronique. Impossible de calmer cette excitation par des agents pharmacodynamiques usuels.

Après deux pilules de Somnothyril, tous les soirs pendant 15 jours, sommeil normal pendant le traitement.

Enfin, nous devons signaler un fait fort curieux et peu classique dans l'emploi des hypnotiques : alors qu'avec la plupart de ces substances, on ne peut au bout de plusieurs semaines d'administration, suspendre leur emploi sans déclancher immédiatement de l'insomnie et un véritable état de besoin, nous avons été fort étonné de constater que la suppression brusque du Somnothyril après plusieurs semaines de prescription régulière a été plusieurs fois suivie du retour, non pas de l'insomnie mais au contraire d'un sommeil normal.

Obs. IX. — Sujet ne présentant aucun autre phénomène pathologique qu'une agrypnie ancienne, qui durait depuis trois ans environ, sans période de rémission. Les nuits de cette malade sont très écourtées. Dort d'un sommeil très léger. Le premier soir le 10 janvier avec une pilule pas de modifications. Du 11 au 14 janvier dort d'un sommeil paisible avec deux pilules. A continué pendant trois semaines environ à prendre tous les soirs une pilule de Somnothyril. A toujours très bien dormi. A ce moment, nous lui avons conseillé d'interrompre pendant quelques jours le traitement. Fait heureux et curieux à la fois, la malade au lieu de réclamer un médicament nous a dit fort bien dormir. Actuellement encore, nous la revoyons de temps en temps, son agrypnie paraît complètement guérie.

Fait plus curieux encore, chez quelques petits insomniques, la simple administration d'une dose faible pendant quelques jours a été suivie, non seulement d'un effet sédatif, mais d'un véritable effet curatif, puisque nous avons pu supprimer le médicament sans inconvénient, le sommeil étant devenu parfaitement normal.

Voici une observation concluante à ce sujet :

Obs. X. — Jeune fille, 25 ans. Insomnies depuis six mois. Avec une pilule le soir dort six à huit heures les deux premières nuits et les deux jours suivants dort toute la nuit. Cesse à ce moment le traitement, les insomnies n'ont pas reparu depuis cette époque.

Nous avons cru devoir signaler les résultats de cette expérience thérapeutique, en raison, d'une part, des bons effets obtenus avec ce médicament, et d'autre part, en raison de l'importance que présente pour le praticien le problème thérapeutique des insomnies.

Quelles que soient les théories concernant l'action du Somnothyril, l'expérience empirique que nous avons effectuée depuis plusieurs mois nous permet d'estimer que ce médicament doit être considéré comme occupant une place tout à fait à part dans l'armement thérapeutique des insomnies, en raison de son innocuité et de son efficacité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1928

La signification des réactions tuberculigènes dans la tuberculose et dans la prémunition par le B. C. G. — *M. Lignières.* — Pour obtenir l'état de prémunition contre la tuberculose par le B. C. G., il est de toute nécessité que les bacilles biliés entrent en activité avec les cellules lymphatiques de l'organisme, c'est-à-dire que sans faire nécessairement des lésions, les bacilles vaccins cultivent et se répandent dans le système lymphatique.

Si ces conditions se réalisent, non seulement il se produit l'état de résistance à la tuberculose, mais encore on constate toujours l'apparition de la période allergique qui précède même l'établissement de la prémunition.

L'absence totale de réactions tuberculiniques est une preuve absolue de l'inexistence de la prémunition. La constatation d'un état allergique éphémère laisse prévoir un état de prémunition insuffisant.

Tandis que l'application du B. C. G. par voie sous-cutanée, à dose convenable détermine toujours l'état allergique et la prémunition, lorsque les bacilles biliés sont donnés par le tube digestif, même chez les sujets âgés seulement de quelques jours, dans la majorité des cas on ne constate ni allergie, ni prémunition.

D'après les observations de tous les savants, et au premier rang M. Calmette, les nouveau-nés vaccinés, en leur faisant boire le B. C. G., montrent un pourcentage très élevé de sujets qui ne réagissent pas à la tuberculine.

Tous ces faits précis permettent aujourd'hui de schématiser l'action du B. C. G. de la façon suivante.

Les nouveau-nés vaccinés au B. C. G. par la voie buccale sont, en général, peu sensibles à ce mode d'immunisation ;

les bacilles biliés passent par le tube digestif sans pénétrer suffisamment l'organisme, sans déclancher un état allergique, sans provoquer la moindre prémunition.

D'autres sujets subissent une légère infection suffisante pour donner naissance à quelques manifestations allergiques passagères.

Un troisième groupe, de beaucoup le moins nombreux, est constitué par les sujets très sensibles au B. C. G., chez lesquels ce vaccin pénètre profondément le système lymphatique pour déterminer une allergie durable et une prémunition certaine. C'est dans ce groupe qu'on constate les accidents plus ou moins graves de vaccination.

A la lueur des constatations qui précèdent, il paraît sage de réviser les statistiques fournies jusqu'à ce jour en faveur de la vaccination des enfants par le B. C. G.

Les purgations hépatoduodénales. Application d'un principe nouveau. — *M. Maurice Renaud* montre qu'il est possible, en utilisant les excitations hépato-duodénales produites par des prises successives de lacto-sérum associées ou non à de faibles doses de sels de soude et répétées de 20 en 20 minutes d'obtenir de grandes débâcles diarrhéiques dont on gradue très aisément l'importance.

Ces purgations hépato-duodénales, basées sur un principe tout différent de celui des purgations salines ou drastiques, ne sont que l'exagération d'un processus physiologique.

Leurs indications sont celles de toutes les purgations classiques, des plus douces aux plus énergiques, auxquelles elles peuvent être, dans la plupart des cas, avantageusement substituées en raison de leur agrément, de la simplicité des moyens qu'elles mettent en œuvre et de leur efficacité.

Le laboratoire de bactériologie vétérinaire d'Athènes.— *MM. Mélanidi et Stylianopoulo.* — En 1921, le gouvernement grec a décidé de créer un laboratoire de bactériologie vétérinaire qui a d'abord fonctionné dans les locaux de l'Institut Pasteur et qui, ensuite, a été doté de laboratoires autonomes en 1926.

La direction de ce service a été confiée au Dr C. Mélanidi, ancien élève de l'Institut Pasteur (Paris) et de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Avec le sous-directeur Stylianopoulo, M. Mélanidi a réalisé de la façon la plus féconde le projet du gouvernement hellénique.

Au cours des deux dernières années, le laboratoire de bactériologie vétérinaire a fait face à toutes les demandes techniques (diagnostics, sérums, vaccins) et a poursuivi des recherches originales sur la stomatite pustuleuse des chèvres, la variole caprine, la spirochétose cutanée contagieuse des porcelets, la pleuro-pneumonie contagieuse des chèvres, l'ecthyma contagieux du mouton...

Entre les mains de M. Mélanidi, le laboratoire de bactériologie vétérinaire rendra les plus utiles services à la Grèce.

M. Jeanselme. — Des modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 17 avril 1883 pour que les lépreux, dont la période latente excède cinq ans, puissent bénéficier d'une pension de l'Etat.

MM. A. Sartory, R. Sartory et Meyer. — Sur la tolérance vis-à-vis des rayons X des animaux soumis au préalable à un régime lipoïdo-génétique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1928 (*suite*).

Trois cas de tuberculose pulmonaire chronique avec images radiologiques finement nodulaires disséminées. — MM. *Jacob* et *Cournand* présentent 3 malades chez lesquelles des clichés en série ont montré des fines taches disséminées dans les 2 champs pulmonaires. Chez l'une d'elles, ils purent instituer un pneumothorax artificiel après avoir constaté la disparition de l'aspect miliaire.

Ils insistent à ce propos sur le caractère non exceptionnel de pareilles images, leur effacement possible et la conservation d'un bon état général au cours de leur évolution.

Un cas de chirurgie thoracique appliqué au traitement d'une tuberculose rapidement évolutive. — MM. *Girode*, *Jacob* et *Cournand* ont obtenu une amélioration notable par l'emploi de la thoracoplastie. A la suite d'une phrénicectomie puis de la thoracoplastie, la fièvre baissa puis se stabilisa aux environs de la normale, l'état général s'améliora, la reprise de poids fut importante. Toutefois les auteurs font une réserve sur l'avenir de la malade.

Anévrisme de l'aorte abdominale passée dans le duodénum. — MM. *de Massary* et *Flandrin* présentent les pièces concernant un ancien champion cycliste âgé de 53 ans et syphilitique depuis 1908. Les auteurs peuvent qu'on peut discuter la localisation en faisant jouer un rôle aux violents efforts abdominaux que le malade a fournis dans sa carrière de coureur cycliste.

Rein unique. Mort à 22 ans par néphrite azotémique. — MM. de *Massary* et *P. Flandrin* présentent le rein et ne peuvent préciser l'étiologie de la néphrite. Ils pensent que la réduction congénitale du parenchyme rénal a pu favoriser et hâter l'évolution d'une infection minime facilement passée inaperçue.

Un cas de gros foie polykystique. — M. *Noël Fiessinger* et *R. Citau* présentent une malade atteinte d'un gros foie polykystique. Ils insistent sur l'importance de la multiplicité des kystes pour le diagnostic avec le kyste hydatique, malgré la possibilité d'éosinophilie et d'une reaction de Caxni positive. Faisant une étude fonctionnelle du foie de cette malade les auteurs font la preuve de l'intégrité de la fonction chromagogue et biliaire et de l'atteinte de la fonction azotée et sucrée.

Cette asynergie fonctionnelle prouve une insuffisance hépatique minime qui explique la longue durée de cette maladie qui chez cette malade remonte à plus de 20 ans.

Il n'existe chez elle aucun signe d'atteinte rénale. Une exploration chirurgicale a permis de faire une biopsie du foie. Les auteurs étudient les lésions du parenchyme recueilli qui prouvent nettement la nature œdémateuse de la maladie.

Un cas mortel d'anémie aplastique hémorragique par intoxication benzénique professionnelle. — MM. *Laignel-Lavastine, R. Lévy* et *H. Désoille* rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans employée depuis 6 mois dans un atelier de confection d'imperméables où elle maniait un produit à base de benzine. Elle présenta brusquement une anémie aplastique hémorragique avec, à l'état d'ébauche, un syndrome neuro-anémique. L'évolution fut mortelle en une quinzaine de jours. L'autopsie confirma le diagnostic clinique. Les auteurs insistent sur l'intérêt médico-légal de pareils cas.

Septinévrite brachiale aiguë avec importants symptômes sympathiques suivis d'une paralysie transitoire du droit externe. — MM. *Laignel Lavastine* et *Bonnard* rapportent un cas de monoplégie transitoire du membre supérieur droit par plexite suivie d'une paralysie passagère du droit externe gauche. La monoplégie était à la fois motrice, sensitive et sympathique. La paralysie oculaire s'accompagnait de nystagmus provoqué. Les auteurs discutent la nature encéphalitique possible de l'origine de ces troubles.

Un cas de panlithiase biliaire. — MM. *Lœper, Tonnet* et *Ravier* présentent les pièces d'un cas de lithiase biliaire à évolution latente dans lequel le foie était farci de calculs. L'examen chimique des calculs a montré la différence de composition entre les calculs vésiculaires et les calculs intra-hépatiques. Les premiers sont plus riches en cholestérine. Les autres renferment une proportion plus élevée de chaux et de magnésie. Le foie présente des abcès multiples, avec dissociation des trabécules ; les lésions sont essentiellement inflammatoires et accessoirement scléreuses.

Considérations cliniques sur la splénomégalie égyptienne. Premier cas de mycétone de la rate observé en Egypte. — M. *Petzetakis* (d'Alexandrie.)

René Giroux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juillet 1928.

Intoxication benzénique mortelle. — MM. *Rivet* et *Guède* relatent un cas d'intoxication benzinique, professionnelle, aiguë, qui s'est traduit par un grand syndrome hémorragique avec anémie aplastique. La mort survint malgré une transfusion de sang citraté. La malade, enceinte de sept mois, ne travaillait dans son atelier que depuis trois mois ; elle semble avoir été prédisposée par un état hémogénique antérieur et par la grossesse. Des émanations toxiques étant constituées par des gaz lourds, il serait important dans les ateliers où l'on emploie le benzène de bien surveiller la ventilation des couches inférieures où stagnent ces gaz.

Un cas d'ostéopathie spéciale chez un homme de 22 ans : ostéite atrophiante chronique, diffuse et progressive. — MM. *L. Babonneix, Delarue* et *P.-R. Bize* présentent un jeune homme qui à diverses reprises s'est fracturé telle ou telle partie du squelette, et chez lequel l'examen radioclinique décèle l'existence de lésions osseuses spéciales :

1° Déformation avec : coxa-vara, scapula flecta, incurvation radio-cubitale, aplatissement de la cinquième lombaire, dolichocéphalie, extrémités digitales épaissies.

2° Présence de kystes osseux, les uns volumineux, les autres plus petits, répartis dans tout le squelette.

3° Modifications de la disposition trabéculaire de l'os, réalisant radiologiquement : l'aspect granité du crâne, l'aspect nuageux du bassin, l'aspect hérissé des épiphyses.

Histologiquement, il s'agit d'ostéite fibreuse ; l'enquête étiologique est absolument muette.

Ce syndrome est difficile à classer, il ne ressort ni à la maladie de Paget ni à l'ostéopsathyrosis, ni à la syphilis ; il semble différent de l'ostéomalacie ; peut-être se rapproche-t-il davantage de la maladie fibro-kystique de Recklinghausen.

L'éphédrine dans le traitement de l'asthme. — MM. *Pasteur Vallery-Radot* et *P. Blamoutier* ont étudié l'action de l'éphédrine absorbée par voie buccale sur un grand nombre d'asthmatiques.

23 asthmatiques prirent l'éphédrine chaque jour préventivement trente minutes à trois heures avant le moment présumé de la crise. Chez sept d'entre eux, cette thérapeutique fut sans effet. Seize, par contre, purent ainsi éviter la crise. L'éphédrine, prise de cette façon, ne prévient que les crises d'intensité moyenne. Elle ne semble pas avoir d'action préventive sur les grandes crises d'asthme.

Trente-neuf asthmatiques prirent l'éphédrine soit au début, soit en pleine crise d'asthme, vingt-deux n'obtinrent aucun soulagement, dix-sept, par contre, eurent une cessation ou une diminution très accentuée de leurs crises. Les résultats enregistrés montrent que, dans les crises d'asthme déclanchées, l'éphédrine agit dans les formes légères ou moyennes. Dans les grandes crises l'éphédrine ne fait que diminuer la dyspnée, d'autre fois même elle est impuissante.

La dose nécessaire est ordinairement de 2 centig. 5 à 5 centigrammes.

Les auteurs concluent, d'après leurs observations, que l'éphédrine a surtout une action préventive. Donnée dans les deux heures qui précèdent l'apparition habituelle d'une crise d'asthme d'intensité moyenne, elle permet souvent de prévenir la crise. Dans les crises déclanchées, son action est moins souvent efficace ; il faut, autant que possible, donner l'éphédrine, non en pleine crise, mais dès le début de la crise, et il faut que les crises ne soient pas particulièrement intenses.

L'éphédrine pourra donc être très utile chez certains asthmatiques soit pour empêcher, soit pour faire avorter les crises.

Pseudo-rhumatisme infectieux avec érythème polymorphe, unique manifestation d'une septicémie éberthienne. — MM. *Boidin* et *Reyt* résument l'observation d'une septicémie éberthienne, précisée par hémoculture et biliculture qui sest manifestée uniquement par un pseudo-rhumatisme infectieux avec érythème polymorphe.

Lymphomatose typique subleucémique à évolution maligne. — Mlle *L. Boidin*, *Robert Worms* et *Davoigneau* rapportent une observation de lymphomatose subleucémique typique quant à ses caractères anatomiques (lymphocytes normaux, conservation du reticulum), mais maligne quant à son évolution. La radiothérapie a eu au début une action merveilleuse, malheureusement des manifestations successives ont entraîné en quelques mois la mort par cachexie.

Fièvre typhoïde. Température fébrile pendant la période d'incubation ; apyrexie à la suite d'une transfusion ; température « brouillée » et rechute. — MM. *Roch*, *Mozer* et Mlle *Monedjikova*

(de Genève) rapportent un cas dans lequel l'affection se compliqua d'un ictère hémolytique avec anémie grave et se termina par une chute thermique critique provoquée par une transfusion sanguine. Ultérieurement se produisit un rechute du type classique. Ces auteurs commentent plusieurs points curieux qui rendent cette observation particulièrement intéressante.

Accidents d'insuffisance aiguë au cours d'une tuberculose latente des capsules surrénales. Influence de l'adrénaline intra-veineuse. — MM. *Bonessée* et *Gilbert* (de Leysin).

Un cas d'hypoglycémie avec acétonémie chez un enfant. — MM. ***Shapper*** et ***Van Creveld*** concluent de leurs recherches à propos de ce cas qu'il ne s'agit pas très probablement d'hyper insulinisme. Il se distingue de la majorité des autres cas d'hypoglycémie décrits par l'absence complète de tout symptôme clinique normal.

Mort inopinée brutale, survenue quelques heures après une réinsufflation chez un malade porteur d'un pneumothorax artificiel bilatéral simultané jusque-là bien toléré. — MM. ***Vaucher***, ***Kaufmann*** et Mlle ***Uhrig*** insistent sur les difficultés d'interprétation de cas de cet ordre qui semblent d'ailleurs rares.

Ictère spirochétosique professionnel d'origine fluviale avec double recrudescence fébrile. Etude comparative des trois courbes, thermique, urinaire et uréique. — MM. ***Léon Tixier*** et ***Stanislas de Sèze***, dans un cas récent de spirochétose, ont pu vérifier à nouveau par l'étude comparative de la courbe de température et de la courbe d'urée, le bien-fondé de la conception ingénieuse de MM. ***Lavergne*** et ***Perrier***, pour qui l'allure spéciale de la courbe thermique, dans la spirochétose, est en relation très étroite avec les variations de l'azotémie. Envisageant ensuite le mécanisme probable de la contamination, ils signalent la profession de leur malade qui est marinier-dragueur ; ils rappellent que la contamination par les rats n'expliquent pas tous les cas de spirochétose : la contamination par les eaux fluviales, et en particulier par la *vase des rivières*, paraît aujourd'hui très fréquente.

Paralysie ascendante aiguë mortelle vraisemblablement névritique au cours d'une fièvre typhoïde. Intégrité anatomique du système nerveux central. — MM. ***Léon Kindberg*** et ***Garcin***. — Les complications nerveuses de la fièvre typhoïde — paralysies légères et fugaces — sont en général des plus bénignes. Il est rare de voir évoluer sous forme de rechute un syndrome de Landry, paralysie ascendante débutant par les membres inférieurs, aboutissant à la mort en trois semaines au milieu d'accidents bulbaires. Telle est l'observation de la jeune femme rapportée par L. K. et G. L'autopsie fournit surtout des arguments négatifs en faveur de l'hypothèse polynévritique, car les nerfs périphériques ne purent être prélevés. Mais l'examen minutieux, en coupes sériées, de tout le système nerveux central, cerveau, bulbe, moelle, queue de cheval, racines des nerfs craniens, n'y décela aucune espèce de lésion. Il est à remarquer, en outre, que les phénomènes généraux comme les réactions biologiques qui accompagnaient cette curieuse forme de rechute furent beaucoup plus intenses que lors de la première atteinte, qui avait été particulièrement effacée.

Encéphalites à forme méningée. — MM. ***Pr. Merklen***, ***M. Wolf*** et ***A. Adnot*** rapportent deux observations analogues où les malades, âgés de 33 et 18 ans, se sont présentés avec un tableau clinique rappelant la méningite tuberculeuse ; une forte lymphocytose céphalo-rachidienne avec augmentation de l'albumine semblait plaider en faveur de ce diagnostic.

Les auteurs, mis en éveil par certaines anomalies cliniques, crurent devoir compléter ces recherches par l'examen chimique du liquide, dont ils rappellent à ce propos tout l'intérêt. Le taux élevé des chlorures et le maintien du sucre à un chiffre normal leur permirent de rejeter sans réserve le diagnostic de méningite tuberculeuse. Ultérieurement l'apparition de secousses de type myoclonique chez l'un des sujets

affirma l'encéphalite, d'autant qu'à ce même moment étaient soignés dans le service trois malades atteints d'infections aiguës sans déterminations viscérales appréciables, avec fortes algies des membres. Les uns et les autres guérirent sans reliquat.

Les chlorures céphalo-rachidiens des deux méningites atteignent les chiffres maxima de 7 gr. 50 pour la première, de 7 gr. 95 pour la seconde. Rapprochés de ceux publiés par d'autres observateurs au cours de l'encéphalite, ils obligent à se demander si cette maladie n'est pas capable de provoquer de l'hyperchlorurie. Les valeurs assez variables actuellement reconnues à la glycorachie normale défendent d'attribuer un sens pathologique aux taux de la glycorachie de 0 gr. 65 en moyenne notés par les auteurs dans leurs cas. Ils ont néanmoins aidé à établir l'origine encéphalitique des phénomènes méningés en cause, parce que les autres méningites aiguës s'accompagnent presque toujours d'hypoglycorachie.

Septicémie à streptocoque hémolytique, guérie par immuno-transfusion. — M. ***Pierre Hébert*** pense pouvoir attribuer l'issue favorable de ce cas à l'emploi pour des transfusions auquel des injections répétées ont conféré un pouvoir bactéricide dont était dépourvu le sang du récepteur aussi bien que du donneur.

M. ***Tzanck*** pense que la transfusion simple peut donner d'excellents résultats dans certains cas de septicémie streptococcique ; il n'en est pas de même dans les septicémies staphylococciques.

Deux cas d'encéphalite aiguë avec troubles psychiques, précédés dans un cas par un lichen plan. — MM. *Fribourg-Blanc* et *Gauthier* rapportent deux cas d'encéphalite aiguë avec prédominance de troubles psychiques à type confusionnel sur les troubles neurologiques, avec idées de meurtre et tentative de réalisation dans un cas.

Un deuxième malade avait présenté, quelques semaines avant l'éclosion des manifestations encéphalitiques, un licchen plan avec réaction méningée discrète, et petit dépressif simple prolongé. F. et G. posent la question d'un rapport possible entre les deux affections, sans pouvoir l'établir d'une façon précise.

Œdème et albuminurie chez une fillette de 7 ans. Etude du fonctionnement rénal et des modifications humorales. — MM. ***L. Ribadeau-Dumas, Max M. Lévy*** et ***Chabrun*** rapportent l'observation d'un enfant de 7 ans présentant depuis 5 mois des œdèmes importants et une forte albuminurie. La constante d'Ambard était sensiblement normale, mais il existait une forte hypercholestérolemie (3 gr. 75 °/₀₀ et de l'hypoprotéinémie (6.020 %).

Sous l'influence du régime hypochloruré, hyperazoté et de l'extrait thyroïdien, surviennent en quinze jours la guérison clinique et la disparition de l'albuminurie.

Deux mois plus tard, le taux des protéines est normal (7.4375.) et le cholestérol est à 1.07 par litre.

M. ***Labbé*** considère ces cas comme extrêmement rares.

M. ***Cathala*** a observé, dans 3 cas, des résultats très intéressants, par le régime hyper-protéinique d'Epstein, mais il considère ces faits comme spéciaux à l'enfant.

René GIROUX.

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

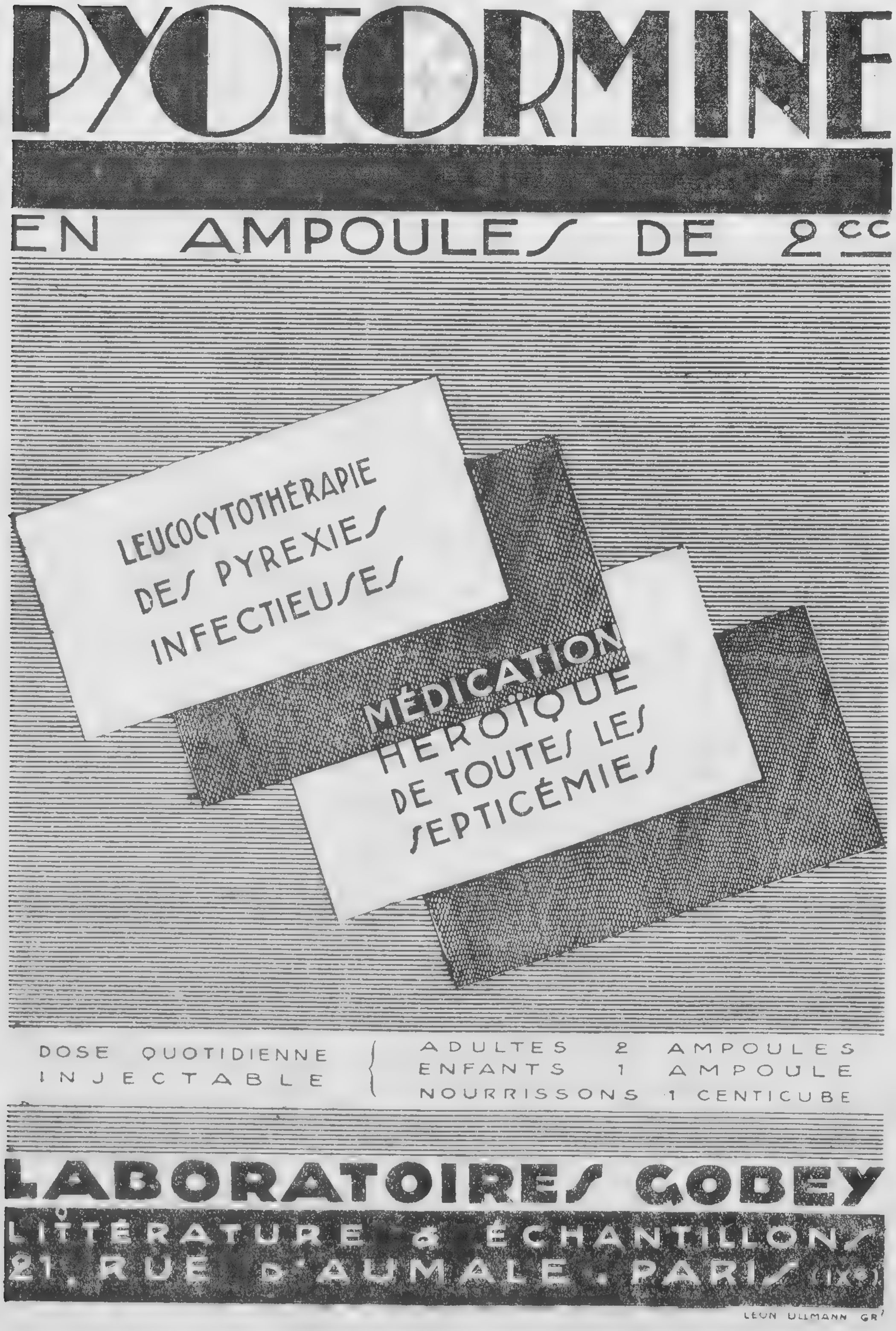
CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 31 LE NUMÉRO: 50 Centimes 4 AOUT 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE DES PYREXIES INFECTIEUSES
MÉDICATION HÉROÏQUE DE TOUTES LES SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE, PARIS (IXe)
LEON ULLMANN GR

NOUVELLES

Liste nominative des médecins capitaines, médecins et pharmaciens lieutenants qui doivent accomplir à l'école d'application du service de santé militaire, un stage de novembre 1928 à juillet 1929 (service) — MÉDECINS. Médecin capitaine : MM. Boyrie ; médecins lieutenants : MM. André ; Arthenac ; Aadrain ; Augère, Aujaleu ; Bernier ; Bidegaray ; Brucker ; Cadi ; Camoreyt ; Carayon ; Cauvin ; Cazaux ; Chemin ; Cluzel ; Collin ; Connes ; Darré ; Dassonville ; Doumene ; Dubau ; Due ; Daport ; Durand ; Giraud ; Gorsse ; Gosse-Gardet ; Gounelle ; Harter (J-O.) ; Harter (R.-J.) ; Horrenberger ; Houpert ; Huguier ; Humann ; Jude ; Julliard ; Lacaux ; Lados ; Lapeyre ; Leder ; Maitrerobert ; Marchetti ; Marmillot ; Marot ; Meltelai ; Meynadier ; Nahon ; Normand ; Pagès ; Paléologue ; Parent ; Péraldi ; Petitdemange ; Peyré ; Picard ; Pinelli ; Poulin ; Prouzet ; Reberol ; Reynaud ; Robert ; Salaün ; Senequier ; Sohier ; Spetebroot ; Syrmen ; Tanguy ; Trippier-Dubourg ; Willemin.

Pharmaciens lieutenants : MM. Cariou ; Colin ; Corbé ; Diverres ; Hamel ; Le Moult ; Lescop ; Louvard ; Moreau ; Poste ; Préceptis ; Tardy ; Velluz ; Billaut ; Chambon.

Les officiers désignés ci-dessus devront se présenter à l'école d'application du service de santé militaire, le 3 novembre 1928, à huit heures ; ils seront rayés à cette date des contrôles de leur hôpital.

Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels. — Les délégués des syndicats médicaux sont convoqués le dimanche 11 novembre 1928 pour élire le représentant de ces organismes au conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Sempé (de Carcassonne).

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux, Ain), Touillon (de Bourg, Ain), Sabatier (de Varenne-sur-Allier).

Guerre. — M. le médecin général inspecteur Dopter, chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin, est nommé directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris (emploi vacant).

M. le médecin général Savornin, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé chef supérieur du Service de santé de l'armée du Rhin.

M. le médecin général Baron, membre du Comité consultatif de santé, est nommé directeur du Service de santé de la 18e région, à Bordeaux (emploi vacant).

M. le médecin colonel Langlois, président de la Commission de réforme de Paris, est nommé directeur du Service de santé de la 2e région à Amiens (emploi vacant).

M. le médecin général Lévy est nommé directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille d'or.* — M. le Dr Peretti (de Fécamp).

Médaille de vermeil. — MM. les Drs Guibal (de Nancy), Bentfeuil, Boujean, Deconet (Ph.-J.-G.), Gélibert et Renaud (Maroc).

Médaille d'argent. — M. Marcel Ombrédanne, interne à Paris ; MM. les docteurs Campeaux, Chapuis, Chaurand, Dulucq, Flye, Le Hir, Mansouri Abdallah, Montoup (Maroc).

Médaille de bronze. — MM. Marcel Mayer, externe à Marseille ; Donnadieu, interne à Bordeaux ; le docteur Lagrèze (de Comborng) ; Paluel, interne à Grenoble ; Mlle Fumey, externe à Lyon ; M. Anclair, externe à Paris ; Mlle Corbillon et M. Cottet, internes à Paris ; MM. Dassencourt, externe à Paris ; Lacapère, interne à Paris ; La Mouche, Lemaitre Marie, Mlle Moutet et M. Picard, externes à Paris ; MM. Pouneau-Delille, interne à Paris ; Rossano, externe à Paris ; Mlles Valentin, interne à Paris ; Baudry, médecin à Fontainebleau ; Grankina, interne à la Seyne-sur-Mer ; MM. les docteurs Rufin (Epinal), Pons (Maroc).

Faculté de Montpellier. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, une chaire de dermato-syphiligraphie (emploi rétribué sur le budget de la Faculté. — Subventions diverses).

Faculté de Bordeaux. — L'emploi de chef de travaux pratiques de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux est supprimé à dater du 1er octobre 1928.

Académie de médecine. — Le décret du 11 septembre 1927, portant fixation des traitements et des classes du personnel de l'Académie de médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Chef de bureaux : 1re classe, 15.000 fr. ; 2e classe, 14.700 fr. ; 3e classe, 13.400 fr. ; 4e classe, 13.300 fr. ; 5e classe, 11.200 fr. ; 6e classe, 10.100 fr. ; 7e classe, 9.000 fr.

Commis : 1re classe, 13.500 fr. ; 2e classe, 12.500 fr. ; 3e classe 11.600 fr. ; 4e classe, 10.700 fr. ; 5e classe, 9.800 fr. ; 6e classe, 8.900 fr. ; 7e classe, 8.000 fr. ;

Garçons : 1re classe, 9.500 fr. ; 2e classe, 9.250 fr. ; 3e classe, 9.000 fr. ; 4e classe, 8.800 fr. ; 5e classe, 8.600 fr. 6e classe, 8.400 fr. ; 7e classe 8.200 fr. ; 8e classe, 8.000 fr.

Les nouveaux traitements fixes par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire ne peut être attribué aux fonctionnaires et agents de l'Académie de médecine que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel*.

L'attribution des nouveaux traitements est exclusive de la majoration provisoire de 12 p. 100 sur le traitement, prévue par le décret du 21 août 1926. Elle ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans leur nouveau traitement comptera du jour de leur dernière promotion.

Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1926.

VIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose — Du 24 au 28 septembre 1928 aura lieu à Rome la VIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Les questions suivantes y seront discutées : « Eléments filtrables du virus tuberculeux » (rapporteur professeur Albert CALMETTE) ; « Le diagnostic de la tuberculose infantile » (rapporteur : professeur Rocco JEMMA) ; « Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux » (rapporteur : docteur William BRAND).

Quelques conférences seront aussi faites par le professeur Eugenio MORELLI sur « Forlanini et le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire », par le professeur Ludolf BRAUER sur

« Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire » et sur « L'assurance obligatoire contre la tuberculose en Italie ».

Un voyage d'instruction dans les sanatoriums antituberculeux italiens de la Valteline et du Haut Adige suivra le Congrès.

Le droit d'inscription à la Conférence est de 100 lires ; la taxe d'inscription pour le voyage est de 350 lires (tout compris). Les chemins de fer italiens ont accordé aux membres de la Conférence un rabais de 50 p. 100 sur les tarifs de la frontière jusqu'à Rome.

Les adhésions à la Conférence doivent être envoyées au secrétariat de la propre Association antituberculeuse nationale. Le secrétariat général de la VI[e] Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose a son siège à Rome, via Toscana, 12. Il enverra le programme détaillé de la Conférence à quiconque en fera la demande.

Les dames auront les mêmes facilités que les membres de la Conférence. Le droit d'inscription est de 50 lires.

Hospices d'Orléans. — Un concours a eu lieu, le 26 juillet, pour la nomination des internes, sous la présidence de M. le D[r] Georges Petit, administrateur, assisté de MM. les D[r] Courgeron, Denis, Gaufroy.

Ont été admis : M. Montaigne (avec félicitations), M. Renac. M. Le Baron, M. Pineau, internes titulaires ; M. Bourderionnet, interne provisoire.

La question d'anatomie fut : « La crosse de l'aorte ». Les questions restées dans l'urne étaient : « Nerf sciatique ; triangle de Scarpa ».

Nécrologie. — Mme le D[r] Gaches-Sarraute (Barthelemy), médecin de l'Opéra, décédée à l'âge de 75 ans, à Maisons-Laffitte. — D[r] Louis Durar, de Lille.

BIBLIOGRAPHIE

La Rome antique, par A. Albert Petit. Un volume in-8° couronne sur papier d'alfa, broché : 7 fr. Boivin et Cie éditeurs, 5, rue Palatine, Paris 6[e].

L'histoire ancienne, celle de Rome en particulier, s'est beaucoup rajeunie depuis un demi-siècle. Les sources écrites n'ont pas changé et il ne s'y est rien ajouté de considérable depuis le bon Rollin. Mais on sait que les historiens anciens, Tite-Live notamment, ne nous sont parvenus que très incomplets. D'autre part, ils ont leurs préjugés, qui ne sont pas toujours les mêmes, mais qui ne se corrigent pas nécessairement. Sur certaines périodes règne une véritable obscurité

Les fouilles ont soulevé quelques coins du voile qui nous cache bien des mystères. Malheureusement elles ne nous disent pas tout. Elles nous renseignent sur les étapes d'une civilisation non sur les faits qui ont marqué chaque étape. Et puis, les documents qu'elles mettent au jour, pour authentiques qu'ils soient, ne sont pas nécessairement véridiques. Un Horace, un Romulus ont toujours leur tombeau, ce qui ne prouve pas qu'ils aient eu un berceau.

Ce qu'il faut savoir, c'est d'abord où en est la science sur les problèmes controversés. Ce n'est pas une question d'érudition, c'est une question de mise au point. Tout esprit simplement cultivé a le devoir et le besoin d'être au courant.

Est-ce à dire qu'il faille rejeter tout ce qui est légendaire et indémontré, peut-être indémontrable ? Nullement. Car la légende est le reflet d'une civilisation, sans compter qu'elle a bien souvent un fond historique. On est moins sceptique aujourd'hui qu'il y a un demi-siècle. On a retrouvé la trace de tant de choses réputées fabuleuses qu'il est imprudent de nier *a priori*, tout ce qui parait tel. De plus, la légende comme l'anecdote a joué et joue encore un si grand rôle dans les lettres, dans les arts, dans le langage courant, qu'elle a pris la valeur d'une réalité. Il faut la connaître sous peine d'être dépaysé dans un musée, dans une bibliothèque, dans tout voyage intellectuel ou effectif aux pays classiques.

Peut-on, en 160 pages, faire la part de la science en laissant la sienne à la legende ? C'est l'ambition de cet excellent et vivant petit livre, écrit par un professionnel très averti de tout ce qui touche l'antiquité, très au courant aussi, par ailleurs, de ce qui, en elle, reste moderne et actuel.

L'Ecole de la Santé, par le D[r] Henri Bouquet. Un volume in-16 de la « Bibliothèque Variée », broché : 12 francs. Librairie Hachette.

Est-il possible de fournir au grand public des notions claires et suffisantes sur les acquisitions que fait chaque jour, dans tous ses chapitres, l'art de guérir ? Le D[r] Henri Bouquet l'a pensé, estimant que tout le monde doit gagner à ce que les progrès de la médecine soient exposés dans le langage de tout le monde, à ceux qui sont appelés à en profiter. Mieux instruits, ils pourront se préserver eux-mêmes des atteintes de certaines maladies, les plus nombreuses sans doute, que la connaissance de leurs causes et de leur évolution rend plus aisément évitables. Munis des éclaircissements indispensables, ils pourront suivre avec plus de profit les conseils de celui qui les soignera et l'aider dans la tâche du salut dont ils doivent être les premiers bénéficiaires.

Voici les grandes divisions de ce très complet ouvrage : *les Maladies dont on parle* (la hantise de l'hypertension ; l'artério-sclérose ; la dégringolade ; quand l'estomac se digère lui-même ; l'enfant noué ; le froid qui tue ; le péril dentaire ; le mal des montagnes ; la photosensibilisation ; la fièvre jaune, etc.) ; — *les Nouvelles méthodes de diagnostic*, — *les Thérapeutiques d'aujourd'hui* (les rayons ultra-violets ; B. C. G. ou la vaccination de la tuberculose ; les maladies bienfaisantes ; 80° au-dessous de 0 ; grandeur et décadence de la saignée ; les greffes ; l'homme essentiel). — *Questions d'Hygiène* (l'aliment vivant ; la controverse du tabac ; l'exercice physique et le sport ; les animaux à la rescousse ; le poison chez soi ; périls de printemps ; les méfaits de la puce).

Ce rapide résumé suffit à montrer à tous la richesse de ce précieux volume où un médecin érudit, qui est aussi un de nos plus réputés écrivains scientifiques, a condensé en des pages lumineuses les leçons d'une expérience très avertie.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'intoxication par le tétra-éthyle de plomb, antidétonant pour automobiles [1]

Par MM.

F. HEIM DE BALSAC, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL.

L'utilisation, dans l'industrie automobile, du tétra éthyle de plomb, ou plomb tétra-éthyle, a eu malheureusement pour conséquence l'apparition d'une forme nouvelle et particulièrement grave de saturnisme.

En effet, ce composé plombique, de consistance huileuse, connu depuis 1854, mais très toxique, était resté inutilisé, jusqu'au jour où on a eu l'idée de l'employer comme *antidétonant*. On sait que dans les moteurs à explosion à compression élevée, l'essence commerciale, au-dessus d'une certaine limite de compression, provoque une combustion explosive, et que le moteur « cogne ». Que d'autre part cette limite peut être nettement reculée par l'addition à l'essence de certains composés organo-métalliques ; or parmi eux le plomb tétra-éthyle s'est montré l'un des plus actifs.

Le plomb tétra-éthyle, de fabrication difficile, est obtenu soit en faisant réagir un alliage de sodium-plomb sur du bromure d'éthyle, en présence d'un réducteur ou d'un catalyseur, soit en partant d'un iodure magnésium-éthyle, sur lequel on fait agir le chlorure de plomb.

Il est mis dans le commerce sous forme d'*éthyl fluide*, mélange de 60 à 75 p. 100 de tétra-éthyle plomb avec un diluant, généralement le trichloréthylène ou le dibromo éthylène. L'éthyl fluide est ajouté à l'essence dans la proportion de 1 pour 1.000 à 1 pour 1.400.

A priori, le danger d'intoxication, par le plomb tétra éthyle existe donc dans les multiples conditions que voici. D'abord au cours des différentes opérations de sa fabrication. Puis dans les manipulations nécessaires pour le mélanger à l'essence. Vient ensuite le danger résultant des éclaboussures du mélange sur le corps et sur les vêtements, et des inhalations de vapeurs de ce toxique, en particulier dans les garages. Enfin il convient de signaler la possibilité d'intoxication, non plus par le tétra éthyle même, mais par les composés plombiques dérivés de sa transformation sous l'influence de la combustion, et éliminés dans les gaz d'échappement ou déposés dans le moteur (chlorure, bromure, sulfate de plomb) : les automobilistes, les employés de garages, les piétons eux-mêmes, exposés dans les rues à inhaler les gaz d'échappement, peuvent donc, eux aussi, en être les victimes.

Ayant eu l'occasion de recueillir une observation d'intoxication par le plomb tétra-éthyle, heureusement atténuée, nous allons la donner tout d'abord. Nous résumerons ensuite les notions essentielles que renferment les principaux travaux antérieurement parus sur ce sujet.

***

OBSERVATION. — M. X., ingénieur, est appelé à manier depuis 3 ans, journellement, le tétra-éthyle plomb, sous forme d'un mélange, à parties égales, de ce corps avec du bromure d'éthyle. Depuis quelques mois, son attention ayant été particulièrement attirée sur sa toxicité et son influence probable dans la pathogénie des troubles morbides qu'il présente, M. X. a augmenté les mesures prophylactiques contre les risques d'intoxication par ce produit.

L'étude des commémoratifs et de l'état actuel permet les constatations que voici.

C'est un homme de 41 ans, de bonne santé habituelle, jusqu'en 1923.

(1) Travail de l'Institut d'Hygiène Industrielle (Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris).

Il est intéressant cependant de signaler dans son passé une attaque de colique de plomb, à l'âge de 20 ans, à la suite d'inhalation de vapeurs de plomb, qu'il avait fait fondre pour faire des médailles ; et, en 1916, une intoxication par le chlore, à bord d'un sous-marin.

Par contre, depuis trois ans qu'il manie le tétra-éthyle plomb il présente un certain nombre de troubles morbides, en particulier du côté du système nerveux.

Bon dormeur autrefois, il se plaint depuis un an environ d'*insomnie*, se réveillant au milieu de la nuit, et ayant de la difficulté à se rendormir.

Il a des *céphalées* fréquentes.

Il a une *asthénie* marquée, qui fait contraste avec sa vigueur physique antérieure.

De tout temps nerveux et émotif, il présente actuellement une exagération de cet état, une extrême *irritabilité de caractère*, entrant dans de violentes colères, n'arrivant pas à se dominer, comme il pouvait le faire autrefois.

Il ressent quelquefois des *étourdissements* et des *vertiges*, alors qu'antérieurement il pouvait faire des ascensions sans difficulté. Il a noté d'ailleurs une disparition de l'état vertigineux, dans une période pendant laquelle il a cessé d'être exposé à l'intoxication.

Il a remarqué une *gêne articulaire*, au niveau des doigts et du genou droit, qui n'existait pas il y a quelques années. Elle paraît s'atténuer depuis trois mois, parallèlement à l'emploi de mesures plus rigoureuses de prophylaxie.

Il présente depuis quelques mois un *tremblement*, surtout de la main gauche, qui l'a fait passer, d'excellent tireur, à l'état de tireur médiocre.

Les *réflexes pupillaires* sont normaux. Il en est de même des *réflexes tendineux*.

Du côté de l'*appareil digestif* on note un appétit capricieux, et des nausées. Cet état nauséeux existe depuis trois ans, alors qu'auparavant il n'y était pas sujet, et même n'avait jamais le mal de mer.

Signalons en outre dès maintenant que la recherche d'un *liseré saturnin* est négative actuellement. Par contre il a eu, quelques mois avant notre examen, de la gingivite pendant une quinzaine de jours, et a remarqué alors une coloration bleuâtre de la muqueuse, au niveau des incisives, sur une hauteur de 1 à 2 millimètres.

L'*appareil respiratoire* est indemne.

Au niveau du *cœur* on constate un léger souffle extra-cardiaque ; le *pouls* est à 100 ; la *tension artérielle*, prise au bras droit, au moyen de l'appareil Vaquez-Laubry, le sujet étant assis, a été trouvée de 15/8.5.

Il y a une hypothermie marquée : 36,2 le matin ; 36,4 le soir.

Les *urines* ne renferment ni albumine, ni sucre.

L'*examen du sang* ne montre pas d'anomalies du côté des globules rouges, et la recherche d'hématies à granulations basophiles est négative. Quant aux globules blancs, la formule montre une polynucléose assez marquée (80 pour 100), 1 éosinophile, 8 lymphocytes et 11 mononucléaires grands ou moyens.

***

L'intoxication par le tétra-éthyle de plomb est tantôt aiguë, tantôt chronique.

L'*intoxication aiguë* est souvent mortelle. Plusieurs cas en ont été signalés. Il est probable qu'un certain nombre — dans le but de ne pas léser des intérêts particuliers — ont été tenus secrets. Les principaux symptômes se montrent du côté du système nerveux et de l'appareil circulatoire : hypotension, agitation, délire, hyperthermie. Il n'y a ni cyanose, ni dyspnée. Des troubles digestifs peuvent se montrer au début : ils manquent souvent. La mort peut survenir au cours d'une véritable crise de delirium tremens. Quand le malade guérit, la convalescence est longue, avec asthénie accentuée.

Dans la *forme chronique*, on relève les principaux symptômes relatés dans notre observation. L'insomnie en est un des premiers ; le sommeil est pénible, avec cauchemars. Il y a de l'asthénie, de la céphalée, des tremblements. La tension baisse, la température est au-dessous de la normale. L'anorexie, les nausées ne sont pas rares : la seule odeur du tétra éthyle plomb peut provoquer des vomissements. On note aussi de la pâleur de la face, une diminution notable du poids.

Par contre, les autres symptômes habituels du saturnisme peuvent manquer ou passer au second plan. Le

goût métallique, le liseré et les taches buccales, les coliques de plomb, l'albuminurie, les altérations sanguines (en particulier la présence de globules rouges à granulations basophiles) ne sont signalés que dans environ la moitié des cas et sont d'ailleurs plus rares dans la forme aiguë que dans la forme chronique.

Il faut noter par contre l'abondance signalée parfois du plomb dans les urines et dans les fèces, plus grande que dans la plupart des cas de saturnisme d'une autre étiologie. La recherche faite parallèlement, au cours d'une enquête, du plomb dans le liquide céphalo-rachidien et dans la sueur a été négative.

Les *recherches expérimentales et anatomo-pathologiques* ont permis de préciser l'étiologie et la pathogénie des accidents. Les animaux mis en expérience (chiens, cobayes, etc.) ont été intoxiqués, soit par application cutanée du tétra-éthyle plomb, soit par inhalations de vapeurs. Les doses massives provoquent la mort rapide avec manifestations prédominantes du côté du système nerveux central, de l'appareil circulatoire et de l'intestin (tremblement, convulsions, hypotension, diarrhée). Les doses fractionnées entraînent les manifestations cliniques de la forme chronique (asthénie, etc.).

Les autopsies montrent des phénomènes congestifs intenses, en particulier du côté du système nerveux central de l'intestin (avec parfois ulcérations) et des poumons.

Les recherches chimiques décèlent l'accumulation du plomb surtout dans le cerveau et dans le foie.

De ces différentes notions on peut conclure que la *pathogénie* des accidents diffère assez notablement de ceux constatés dans les autres formes de saturnisme. Du fait de sa solubilité dans les lipoïdes, plus grande que celle des autres composés plombiques, le tétra-éthyle plombi absorbé par la peau et par les voies respiratoires, s'accumule rapidement dans le foie et le système nerveux central, d'où résulte la prédominance des symptômes à type d'encéphalopathie

Le *diagnostic*, on le voit, peut être assez délicat, puisque les symptômes pathognomoniques du saturnisme, en particulier le liseré et les hématies à granulations basophiles, manquent souvent, surtout dans les formes aiguës, les plus graves. Par contre, l'examen des conditions dans lesquelles les manifestations morbides se sont produites, la recherche du plomb dans les urines et les fèces, enfin au besoin l'analyse d'une essence suspecte, pour déceler l'incorporation clandestine dans cette essence des composés organiques du plomb : ce sont là autant de moyens que l'on sera appelé, suivant les diverses circonstances à utiliser.

Le *traitement* des formes aiguës est celui des intoxications en général : soutenir le cœur, provoquer la diurèse, combattre l'intoxication acide par les alcalins à fortes doses (citrate ou bicarbonate de soude, magnésie calcinée, carbonate de chaux) ; éviter l'opium et le chloral, dangereux pendant les crises de délire.

Dans les formes chroniques, c'est en soustrayan le malade à la cause de son intoxication que l'on assure la guérison.

* *

Si la nocivité du tétra-éthyle plomb est universellement reconnue, — et il ne saurait en être autrement en présence des constatations cliniques et expérimentales que nous avons relatées, — il est une question sujette à controverse : c'est celle de savoir quelle est la fréquence relative des accidents, comparativement à son emploi. Question pratiquement fort importante, puisque, de la réponse qui y sera faite, le législateur pourra tirer des conclusions pour savoir si l'usage du tétra-éthyle plomb, comme antidétonant, peut être admis sans réserve, toléré dans certaines conditions, ou formellement interdit. Deux enquêtes faites aux États-Unis, l'une en 1923-1924, l'autre en 1925-1926, la première expérimentale sur les animaux, la seconde clinique avec examen d'employés de garages et de chauffeurs, n'ont donné, de l'avis même de leurs auteurs, que des résultats peu probants. Les raisons en sont sans doute, d'une part le choix d'un champ d'étude trop restreint, d'autre part l'importance trop grande attribuée, dans le cas particulier, aux signes pathognomoniques du saturnisme habituel (recherche du liseré, de la présence d'hématies à granulations basophiles, d'un taux élevé de plomb dans les excréta), puisque nous avons vu que, dans des cas des plus indubitables d'intoxication par le tétra-éthyle plomb, ces stigmates peuvent faire défaut.

Aussi tire-t-on en général, aussi bien de ces enquêtes que des accidents qui les ont provoquées, les déductions que voici.

En ce qui concerne la production du tétra-éthyle plomb, il est nécessaire que les précautions les plus minutieuses soient prises, pour soustraire les ouvriers au contact du toxique et à l'inhalation de vapeurs.

D'autre part, l'attention des *garagistes* et des *chauffeurs* doit être spécialement attirée sur le danger qu'il y a à manier, soit le produit lui-même, soit l'essence à laquelle il a été incorporé. Ils doivent savoir également que les gaz d'échappement acquièrent, du fait de l'incorporation du tetra-éthyle plomb à l'essence, une toxicité particulière, qui nécessite une ventilation plus complète des locaux.

Enfin le corps médical en général et le public lui-même doivent être avertis de cette cause possible d'intoxication et de ses manifestations cliniques. Ainsi se trouvera parfois éclairci le mystère d'accidents aigus mortels ou graves, ou de manifestations morbides chroniques, dont la cause était restée jusque-là insoupçonnée.

BIBLIOGRAPHIE

MASON E. C. — *Journ. Labor. and clinical medicine*, vol 6 p. 427, 1921.

SAYERS, R. R., FIELDNER, A. C., YANT, W. P., THOMAS, B. and Mc CONNELL, W. J. — *Bureau of Mines*, Serial n° 2661, 1924.

ELDRIDGE, W. A., — *A. Study of the toxicity of Lead Tetra-Ethyl*. Report 29, Chemical Warfare Serv., oct. 5 1924.

ZANGGER, H. — *Schweiz. med. Woch.*, vol. 55, n° 26, 1925.

HAMILTON, A., REZNIKOFF P. and GRACE BURNHAM. — *Journ. Americ. med. Assoc.*, vol. LXXXIV, p. 1481, 1925.

R. KEHNE. — *Empoisonnement par le tétra éthyle de plomb, Journ. of the Americ med. Assoc.*, tome LXXXV, n° 2, 11 juillet 1925.

NORRIS, Ch. and GETTLER, A. O.— *Journ. Americ. med. Assoc.* LXXXV, p. 818, 1925.

Von FALLENBERG Th. — *Travaux de chimie al ment. et d'hyg. publique*, publiés par le Serv. fédér. de l'hyg. publ., vol. 16, fasc. 1-2, p. 47, Berne, 1925.

FLINN F. B. — *Journ. Industr. Hyg.*, 8, 51, Boston, 1926.

LEAKE, J P., —*Report of Investigations of Health Hazards from Tetra Ethyl Lead Gazoline*, Treasury Dpt. U. S. Public Health serv., 1926.

Report on T. E. L. to the Surgeon General. See, *Journ. Ind. Hyg.*, vol. 8, p. 248, 1926.

Dr ALICE HAMILTON (Boston). — *Plomb tétra-éthyle*. Encyclopédie d hygiène du travail, publiée par le Bureau international du travail, fasc. 139, Genève, 1928.

Recherches médico-scientifiques. — Notre confrère MOORE, directeur de l'Hygiène publique à Huddersfield (Angleterre), dans un article qu'il a adressé au *Times*, indique que l'argent donné pour la recherche sceientifique est habituellement beaucoup plus important que le bénéfice obtenu de ces libéralités par la société. Le public a été très influencé par les découvertes d'un certain nombre de savants tel PASTEUR, tel LISTER, tel MANSON-ROSS, et il est toujours prêt à « marcher » lorsqu'on s'adresse à sa générosité pour des recherches scientifiques. A l'occasion du jubilé de la reine Victoria, on avait créé un fonds de 1.500.000 livres pour les travaux concernant le cancer. Quels résultats ont été obtenus grâce à cette somme depuis 40 ans ? Il n'est pas besoin de dire qu'ils ont été minimes. Evidemment, par de telles largesses, on peut arriver à créer une accumulation chaotique de renseignements ; mais pendant ce temps, la mortalité par cancer a plutôt augmenté que diminué — H. V.

HISTOIRE DE LA MEDECINE

De la Physiognomonie à la Phrénologie.
Histoire et évolution des écoles et des doctrines (1)

Par le Dr Paul **DELAUNAY**.

IV. — L'école phrénologique

Développement des études phrénologiques : Blainville, Vimont ; l'école d'Edimbourg. — La phrénologie et la Révolution de Juillet ; fondation de la Société phrénologique (1831) ; *ses adeptes, ses séances, son journal, ses coryphées : Bouillaud, Broussais, Dumoutier, Fossati ; la phrénologie et la police. — Schismes et polémiques ; la phrénologie et la satire. — Mouvement d'idées issu de la phrénologie : Aug. Comte l'adopte et la corrige ; réforme de la pédagogie : le système orthophrénique de F. Voisin ; questions pénitentiaires et criminologiques ; le second Empire. Le spiritualisme officiel. Morel et la théorie de la dégénérescence. — Le positivisme et la phrénologie. — Vestiges de la phrénologie dans l'associationnisme anglais. Elle fraye la voie à la psychophysiologie matérialiste. — Sa décadence dans le monde scientifique. Défection des anthropologistes. Broca et les localisations cérébrales.*

Les doctrines craniologiques s'infiltraient peu à peu dans le monde des travailleurs, voire dans les sphères officielles : lorsque Quoy et Gaimard s'embarquent en 1817 sur l'*Uranie*, qui va faire le tour du monde, l'un des buts expressément assignés à la mission est l'observation de l'homme physique, moral et intellectuel. Dans les cours publics qu'il consacre de 1812 à 1821 à l'étude du système nerveux, Ducrotay de Blainville s'inspire de Gall et de Spurzheim. Le Dr Vimont — un adversaire converti — et qui, depuis plus de dix ans poursuivait des recherches approfondies sur l'anatomie comparée du cerveau, obtint de l'Institut, en 1827, une mention honorable pour un mémoire basé sur l'étude de 2500 crânes, de 400 moulages cérébraux en cire, et un atlas de plus de 300 préparations d'anatomie nerveuse. En 1829, à l'aide de ces imposants matériaux, il ouvrit à Paris un cours de phrénologie comparée, et partit ensuite pour la Grande-Bretagne, où l'école d'Edimbourg, sous G. Combe, et 23 sociétés phrénologiques avaient poussé très activement les études neurologiques. Du fruit de ses investigations, il tira en 1833-35, son grand *Traité de phrénologie humaine et comparée* doublé d'un magnifique atlas.

Au prestige de ces travaux scientifiques s'ajoutaient, pour le public, les miracles d'une sorte de divination. De temps en temps, des faits étranges passionnaient les lecteurs des gazettes. A l'automne de 1830, dans un hôtel de Valence, en Dauphiné, la conversation roulait un soir à table d'hôte, sur les doctrines de Gall et de Lavater. Un homme grave, et de noir vêtu, en défendait les principes, et ses interlocuteurs le poussaient, quoi qu'il s'en défendît, à donner son avis sur le crâne de ses voisins. Un des convives, jusque-là silencieux, haussa les épaules, et lui lança un brusque défi. L'interpellé hésita un instant, puis repartit : « Vous, Monsieur, vous possédez tous les signes auxquels on reconnaît un assassin ! » Il y eut un moment de stupeur. L'inconnu, déconcerté, se lève, on l'arrête ; et voilà toute la maison en rumeur. Un vol avait été commis dans les environs : la police prévenue se saisit du personnage : c'était un forçat évadé, Saint-Clair, le complice de Daumas-Dupin, l'un des assassins de Montmorency. L'accusateur involontaire était un médecin phrénologiste des environs de Lyon.

La craniologie n'avait plus besoin, il est vrai, de semblables incidents pour conquérir droit de cité : l'étendard de la Liberté flottait depuis juillet sur les Tuileries, et sans plus de souci du trône ni de l'autel, les théories jadis suspectes pouvaient se répandre au grand jour. Emancipés par une « admirable révolution », et désormais soustraits, selon la forte expression de Casimir Broussais, aux coups de « cette race ténébreuse sortie de dessous terre... le jésuitisme », les adeptes du Gallisme se rallièrent : le 14 janvier 1831, la Société phrénologique était fondée : institution d'autant plus opportune qu'elle seule, au dire du F.·. Beunaiche-La Corbière, un de ses membres, « pouvait vraiment faire la part équitable et naturelle de l'autorité comme de la démocratie ».

La Société réunissait surtout des hommes de science, panachés de quelques amateurs, avocats, parlementaires, tous de nuance libérale et orléaniste. Parmi les membres fondateurs, figuraient des représentants de l'Académie de médecine : Abraham, Amussat ; de la Faculté : Andral, Broussais, Bérard, Bouillaud ; des hôpitaux : Falret et Rostan, de la Salpêtrière ; Ferrus, de Bicêtre ; Sanson aîné, de l'Hôtel-Dieu, Cas. Broussais, du Gros-Caillou ; des praticiens : Pinel-Grandchamp, Ribes fils, l'aliéniste F. Voisin ; des parlementaires : le duc de Montebello, pair de France, le député Las Cases fils. On avait emporté, bien entendu, l'adhésion — et la cotisation — de l'éditeur et du graveur de la Société, le libraire J.-B. Baillière et le médailliste Barre.

Sur la liste des titulaires, le peintre Gérard voisinait avec les professeurs Bérard et J. Cloquet, les docteurs Foissac, Royer-Collard, Bourjot Saint-Hilaire et Parent du Châtelet. Parmi les correspondants, on citait Lélut, de Bicêtre, et Foville, de Rouen ; parmi les honoraires, A. et G. Combe d'Edimbourg, John Sedwick et Ed. Wright de Londres, et le Dr Vimont, de Paris, auxquels un vote unanime ajoute, le 26 juillet 1831, le Dr Spurzheim, lequel démissionna le 14 février 1832. A la fin de 1831, on comptait plus de 130 membres.

Casimir Broussais prenait le secrétariat général, tandis que du journal enfin lancé de la Société phrénologique, le bouillant Bouillaud devenait le rédacteur principal, et F. Voisin l'assidu collaborateur.

Les alertes politiques et cholériques de 1832 troublèrent un instant la vie scientifique. Le calme rétabli, la compagnie tint sa séance annuelle le 23 août, dans la salle St-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence de Las Cases fils, et devant la plus brillante assemblée : le préfet de la Seine, des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, trônaient sur l'estrade, devant une foule de mondains, artistes, docteurs et jolies femmes. Posés sur le bureau, quelques bustes d'idiots et d'assassins, dont le fameux Saint-Clair, voisinaient avec ceux du général Foy, de Benj. Constant, de Laplace, de Cas. Périer, de Gall, et du général Lamarque, attestant l'égalité du génie et de la folie aux yeux de la Science. Et il était vrai que le zèle analytique des phrénologistes ne respectait rien. Ils scrutaient avec une ardeur égale et une irrévérencieuse équité le chef des rois, celui des voleurs et celui des parlementaires. On trouvait chez Sylla, Caligula, Néron, Septime Sévère et Charles IX, l'organe de la destructivité, aussi noté chez les Caraïbes. Chez le chapelier Voirin, exécuté à Paris en 1808, pour double assassinat, « les organes de la bienveillance et de la réflexion étaient très petits » et l'organe de l'ordre manquait chez Ulbach, le bourreau de la bergère d'Ivry.

Plus rassurantes, les mensurations pratiquées par le sculpteur Bra sur le propre crâne du professeur Broussais avaient démontré un accroissement de plus de trois millimètres, portant sur l'organe du raisonnement métaphysique, depuis que ce savant était entré à l'Institut. Desmarests explorait, de son côté, le crâne des hommes politiques : l'abbé Grégoire, Richy et Benjamin Constant. Et tandis que M. Hocquart, attardé, se bornait à examiner MM. Dupin aîné, Lamartine, Arago, Berryer, Odilon Barrot, Soult, Thiers, Guizot, Molé, Villemain, Laffite, Dupont de l'Eure, de Broglie et Pasquier, d'après les principes de Lavater (1), le phrénologiste Beunaiche La Corbière avait soumis le crâne du législateur Bigonnet à des mensurations précises qui font regretter que les candidats ne soient point assujettis, avant chaque élection à une enquête phrénologique (2). Et Broussais proposait au nouveau régime, en train de remanier son personnel de fonctionnaires,

(1) Voir : *Progrès Médical*, du 21 et 28 juillet 1928.

(1) HOCQUART. — *Physionomies des hommes politiques du jour, jugées d'après le système de Lavater, avec un précis de la science physiognomonique* (Paris, Royer, 1843, 251 p., in-8° carré, et pl. h. t.).

(2) Cf. P. DELAUNAY. — *Un médecin Broussaisien, le docteur Beunaiche La Corbière* (*Bull. de la Société fr. d'histoire de la médecine*, t. XX, 1926, p. 397-428).

de ne point dédaigner les « signes extérieurs qui distinguent l'intrigant de l'homme probe et de bonne foi (1). »

La dynastie d'Orléans ne pouvait mieux faire que d'encourager une science si nécessaire. Elle avait nommé Broussais professeur à la Faculté de médecine, où il était désormais licite de parler phrénologie. En 1833, le candidat Lacomme y soutint, sans encombre, une thèse favorable à la doctrine de Gall, et Broussais, dont l'étoile commençait à pâlir, pensa retrouver son ancienne popularité en commençant le 11 avril 1836, un cours de phrénologie, dans l'amphithéâtre de l'école. Les auditeurs s'y étouffèrent ; mais, après trois leçons, le prophète déchu dut se transporter dans une salle particulière (1er juin 1836.)

L'enseignement libre n'était pas moins florissant. Rentré à Paris, Spurzheim faisait, pendant l'hiver de 1831-32, un cours public, avant d'aller convertir le Nouveau monde (2). Fossati, ci-devant professeur de clinique à Milan, donnait également en 1832-33, des leçons de phrénologie, et le Dr Dumoutier, l'ancien anthropologiste de l'*Astrolabe*, était l'officiel chargé de cours de la Société phrénologique.

Et depuis que ledit Dumoutier, avait, à la requête du procureur du Roi, identifié, rue de Vaugirard, le squelette d'une vieille femme assassinée, les phrénologistes jouissaient de l'estime des concierges et de la considération des commissaires de police.

Bien mieux, le 6 juin 1834, le roi Louis-Philippe, parcourant l'Exposition des produits de l'Industrie escorté des princes et des ministres, s'arrêtait devant le *cranomètre* du Dr Sarlaudière, ustensile propre à préciser l'éducation idoine à chaque sujet, à organiser sur des bases scientifiques le système répressif et pénitentiaire, et peut-être à supprimer la peine de mort. Et le Souverain daignait demander à l'auteur quelques explications.

Il est écrit, malheureusement, que les contestations des savants sont éternelles : *Tribuit mundum disputationi eorum.* La phrénologie venait à peine d'enterrer son prophète, d'ouvrir ses temples et de formuler ses dogmes que déjà le schisme et l'hérésie divisaient ses sectateurs. Alors que M. Dupaty, plein de confiance dans les *bosses*, soutenait avec orthodoxie que « l'homme extérieur n'est que la saillie de l'homme intérieur », son collègue Sarlandière émettait des doutes sur la valeur des saillies crâniennes, et soutenait que certaines hypertrophies cérébrales peuvent exister sans provoquer un bombement de leur enveloppe. C'était mettre en péril le principe même de la craniologie, et l'imprudent novateur s'attira, de la part de Casimir Broussais, une foudroyante réplique. Enfin certains esprits prudents s'alarmaient de la voir évoluer vers le matérialisme avoué. Pour les apaiser, Voisin répudiait le fatalisme, et Bouillaud s'élevait à son tour contre des déductions trop audacieuses. Il proclamait que la craniologie « ne s'inquiète nullement de la nature intime de l'âme ; elle laisse à la métaphysique le soin de sonder les profondeurs et de dissiper les ténèbres sacrées des problèmes de ce genre » et montrait combien il y a non « seulement d'absurdité, mais aussi d'ingratitude à accuser d'athéisme une doctrine qui reconnaît pour ainsi dire Dieu dans l'organisation elle-même, puisqu'elle lui consacre précisément le XXVIe organe de l'encéphale.

Cette pieuse réhabilitation n'arrêtait point les polémiques : Broussais, ayant communiqué à l'Académie des Sciences morales un mémoire sur l'association du physique et du moral, pour la plus grande gloire du système (août 1834), se voyait pris à partie par Leurel dans un travail sur la configuration cérébrale de l'homme et des mammifères présenté le 7 mars 1835 à l'Académie de médecine. Parchappe, en 1836, attaquait les conclusions de Gall quant au rapport du volume cranien avec la portée de l'intelligence. De « belles tetes phrénologiques toutes marquetées de chiffres jusqu'au thorax » comme celle dont le clerc de notaire Léon fit cadeau à Charles Bovary (1), trônaient aux devantures du quartier Latin, et l'on y voyait la tête du nègre Eustache, lauréat du prix Monthyon, de 1832, voisiner avec le masque mortuaire de Napoléon, moulé par Antommarchi. Mais si chacun s'accordait à reconnaître, chez le nègre, la bosse du dévouement, les saillies du crâne impérial provoquaient des constatations contradictoires : Gall lui-même, qui admirait en 1813 la « tête auguste » du « plus grand de nos contemporains » n'y avait-il pas découvert, en 1818, non seulement « la ruse, l'astuce, le parjure, l'assassinat », mais encore l'organe du meurtre, notablement développé ? Fuster et Peisse, à leur tour, disputaient sur la psychologie du grand homme, infatigablement. La joyeuse histoire du crâne du chanoine Adjutori, que Gall avait pris pour celui de Raphaël, en y découvrant bien entendu, tous les indices de son talent, défrayait la conversation des mauvais plaisants : de même le fameux crâne de la Brinvilliers, découvert à Versailles, et qui se trouva être celui d'une dame Triquet, épouse d'un conseiller au Parlement. M. Rochoux, de l'Académie de médecine, promettait 3.000 francs au phrénologiste qui lui apporterait, sur un plateau, l'un des 27 organes décrits par Gall, à son choix. Les humoristes la plume de la Bédollière et le crayon de Grandville, montraient un hibou phrénologiste découvrant sur le crâne d'un loup assassin la bosse de la bienveillance (2).

Et l'auteur de la *Némésis médicale*, François Fabre, Pho-



La tête phrénologique du cabinet de Ch. Bovary.

(1) BROUSSAIS. — *Cours de phrénologie*, 1836, p. 23-24.
(2) Il mourut en 1833 à Boston, de la fièvre jaune.

(1) G. FLAUBERT. — *Madame Bovary* (Paris, Fasquelle, 1904, in-8, p. 108).
(2) LA BÉDOLLIÈRE. — *Cour criminelle de Justice animale*, in P. J. Stahl et Grandville, *Scènes de la vie privée et publique des animaux* (Paris, Hetzel, 1842, in-8°, t. I, p. 153-168).

céen et Docteur, raillait en ses satires ceux qui voulaient.

> Localisant la vie en un espace étroit,
> Fixer la Charité, condenser l'Espérance
> Sous le cintre voûté d'une protubérance.
> . . . .
> De l'indigeste poids d'un glossaire nouveau
> Fatiguer, harasser, épuiser le cerveau,

et prétendaient que

> Dans l'art de guérir inapte à faire loi
> Broussais eût ignoré jusqu'au mot phlegmasie.
> Si son vertex uni fût éclos sans saillie,
> Tels, sans l'intumescente *approbativité*,
> Scribe n'eût point écrit, Orfila point chanté (1).

Cependant, en dépit des mauvais plaisants, la phrénologie avait suscité un notable mouvement d'idées, et tel que ces querelles d'anatomistes finirent par se muer en problèmes philosophiques et sociaux. Non content d'avoir dédié au Dr Gall le 28e jour du 13e mois (mois de Bichat), de son calendrier positiviste, Auguste Comte revendiquait hautement son patronage dans sa lutte contre la métaphysique universitaire et le spiritualisme éclectique cher à M. Victor Cousin. Le 3e volume, paru en 1838, du Cours de philosophie positive proclame, avec Gall, « absolument inaccessible et vide de sens... la recherche de ce qu'on appelle les causes soit premières, soit finales » et, ne prétendant voir dans les fonctions psychiques que les résultats de l'organisation, conclut qu'il les faut considérer et étudier comme les autres phénomènes physiologiques. D'accord avec Gall quant aux principes, Comte s'avisa néanmoins de le corriger dans le détail, et substitua à sa classification des organes cérébraux une nouvelle hiérarchie positive des 18 fonctions intérieures du cerveau. Plus tard même, entiché de sociologie, il s'aperçut que cette science n'avait pas grand profit à tirer des considérations anatomo-pathologiques (1851), et se détacha définitivement du gallisme.

Tel n'était point, toutefois, l'avis du monde médical. Les débats parlementaires dont sortit la loi de 1838 avaient mis au premier rang les questions de criminologie et de psychiatrie ; et la phrénologie libérée prétendait apporter à ces problèmes d'actualité, ses solutions. Puisque la conformation crânienne d'un individu pouvait donner la mesure de ses aptitudes et livrer le secret de ses tendances, on pouvait faire, à coup sûr, de la prophylaxie morale et de la médecine sociale, et orienter la destinée des hommes dans le sens le plus conforme à des capacités scientifiquement établies.

F. Voisin, précisément, songeait à utiliser ces données en matière de pédagogie (2). En 1833, il reçut du Conseil général des hospices la mission d'organiser aux Enfants-Malades, rue de Sèvres, un service pour une centaine d'arriérés, épileptiques et idiots. En 1834, il ouvrit à Issy un institut orthophrénique pour « cette pépinière [d'] aliénés, [de] grands hommes [et de] grands scélérats » que sont les enfants anormaux.

Cette intrusion des méthodes physiologiques et rationalistes dans la science de l'éducation scandalisa quelque peu les moralistes professionnels. En dépit d'un élogieux rapport d'Orfila au Conseil des hospices, et d'un compte rendu de Marc au Préfet de police en faveur de la nouvelle institution (3) le littérateur Népomucène Lemercier dénonça à l'Institut de France « le danger des applications de la conjecturale doctrine orthophrénique ». Voisin riposta en demandant aux Immortels de faire visiter son établissement par une Commission, à la confusion des songe-creux, « de Platon, de Descartes, de Leibnitz, de Kant et de tous leurs imitateurs ». La Société phrénologique, à la rescousse, publia un manifeste. La phrénologie revendiquait désormais la pédagogie et la criminologie tout entières !

Or, d'aventure, les brigands étaient à l'ordre du jour. Les discussions législatives sur la réforme pénitentiaire (1844) (1), passionnaient l'opinion publique. Guilleri, Fra Diavolo, Mandrin, évadés des ruines abbatiales et des manoirs romantiques, hantaient les colonnes de la presse médicale où docteurs et sociologues élaboraient des pénalités ingénieuses et propres à transformer ces chevaliers de l'escopette en bourgeois paisibles, bons pères, bons fils, bons époux, bons voisins et bons gardes nationaux. A l'adresse du chourineur et autres escarpes des *Mystères de Paris* dont Eugène Süe narrait les méfaits en 1842 aux lecteurs épouvantés des *Débats*, le Dr Lepelletier de la Sarthe tenait, tout prêt, un *Système pénitentiaire complet*, hygiénique et moralisateur, et propre à calmer les scrupules de son confrère Villermé lequel, dépeignant en 1820 *les prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être*, dénonçait la mortalité excessive qui régnait dans ces geôles, et l'avilissante promiscuité qui achevait d'y pervertir des coupables encore susceptibles d'amendement.

Villermé, qui appartint à l'Académie des Sciences morales, était surtout un économiste et un sociologue. D'autres évoluaient dans un plan plus scientifique : dès 1815, Béclard, chef des travaux anatomiques à la Faculté, demandait qu'on formât à l'Ecole une collection d'anthropologie criminelle : Dumoutier, aide d'anatomie, s'occupa de réunir les documents qui prouvaient surabondamment, à l'entendre, que les criminels sont *une classe de malades* et doivent être étudiés comme tels. F. Voisin, son émule, abondait dans son sens : au mois de novembre 1828, ayant obtenu du ministre Hyde de Neuville l'autorisation de pénétrer au bagne de Toulon, il avait dépisté, rien qu'à leur nuque large et saillante, 13 coupables de viol sur 22, perdus dans un lot de 350 galériens. Poursuivant ses recherches à Bicêtre, à la Force, il apportait à l'Académie de médecine, le 3 juillet 1838, une note sur *l'organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels* et le *développement incomplet des parties antérieures et supérieures de l'encéphale chez un très grand nombre d'entre eux* observés à la Maison des jeunes détenus (2).

Une Commission fut nommée qui se rendit le 17 février au pénitencier, et Voisin, ayant palpé derechef en sa présence le crâne de 412 gamins, les répartit en quatre catégories, soit patibulaires, soit recommandables, qui se trouvèrent correspondre assez exactement aux observations du directeur et des surveillants. Alors gratifié par Bouillaud du titre de *Minos phrénologique*, Voisin s'écria, rayonnant : « Messieurs, après ce que vous venez d'entendre, ou je suis un sorcier ou j'ai une science ! » Bouillaud naturellement, appuya cette conclusion, et c'est encore lui qui se chargea de lire à l'Académie, le 26 octobre 1841, le rapport de la commission sur le travail de Voisin relatif à *l'organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels*, insistant sur le développement incomplet des parties antérieures et supérieures de l'encéphale chez un grand nombre d'entre eux. Les objections ne manquèrent pas (3), et M. Nacquart fit remarquer que l'auteur s'était peut-être basé sur la mimique des individus autant que sur leur conformation crânienne, encore que le Dr Gall eût expressément réprouvé, dans sa doctrine, l'appoint de la physiognomonie. Mais cela n'empêcha point la Compagnie d'adopter fort civilement les conclusions de son rapporteur, proposant, entre autres politesses qui n'engageaient à rien quant au fond, de remercier Félix Voisin, de l'exhorter à continuer ses investigations, et de porter son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants. M. Rochoux ayant exprimé ultérieurement quelques doutes sur la valeur de la phrénologie, M. Bouillaud lui porposa aimablement, du haut de la tribune, de lui palper ses bosses et de deviner par cet examen, ses qualités, tendances et instincts prédominants. Le procès-verbal ne dit point que l'interpellé ait accepté ; qui sait ce qu'on peut découvrir sur le crâne d'un académicien ?

En dépit de ces blasphémateurs, le phrénologiste Voisin poursuivit sa carrière : compatissant aux angoisses que M. Victor Hugo avait exprimées avec tant de force dans le *Dernier*

(1) N... ésis *médicale illustrée*, Paris, Gazette des Hôpitaux, 1840, in 8°, T. II 20 e. satire, p. 185-188.
(2) F. Voisin. — *Applications de la physiologie du cerveau à l'étude des enfants qui nécessitent une éducation spéciale* (Journ. de la Soc. phrénol. de Paris, t. I. 1832, p. 112-131).
(3) Marc. — *Rapport fait à M. le Conseiller d'Etat, préfet de police sur l'établissement orthophrénique de MM. Félix Voisin et P. Cheneau* (*Moniteur universel*, n° 297, 24 octobre 1834, p. 1986).

(1) Cf. C. R. de la Chambre des députés, séances des 22, 23, 24, 25, 26, 30 avril, 2 mai, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14 15, 17, 18 mai 1844 (*Moniteur universel*, avril-mai 1844, *passim*).
(2) *Bull. Ac. méd.*, t. II, 1837 38, p. 910, 914.
(3) *Bull. Acad. méd.*, t. VII, 1841-42, 26 octobre 1841, p. 147-168).

jour d'un condamné, ne voyant dans le criminel qu'une victime de l'organisation cérébrale et sociale, il demandait en 1848 aux représentants du peuple, qui venaient d'abolir la peine de mort en matière politique, l'extension de cette mesure bienveillante au domaine pénal. Il suffirait à l'avenir de faire entrer MM. les assassins « en harmonie dans le mouvement général de la Société » et de « cultiver leurs sentiments moraux ».

L'Empire surgit. Le retour au principe d'autorité rejeta dans l'ombre du passé les effusions humanitaires et les théories sociales qui venaient d'aboutir à la lamentable faillite du régime de 48. La Monarchie de juillet avait salué l'apogée de la phrénologie. Le régime napoléonien marqua le triomphe de spiritualisme officiel. Et si Morel — élève de Blainville — puisa dans Gall l'idée première de sa théorie de la dégénérescence, ce ne fut point dans le Gall phrénologiste, mais chez l'auteur des *Recherches médico-philosophiques sur la Nature et sur l'Art*. Dans son fameux *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (1), il se déclarait hautement animiste,se défendait « de confondre le crime avec la folie (2) », et, réprouvant le fatalisme criminaliste des craniologues, proclamait la possibilité de la régénérescence par la suppression des causes morbides, l'hygiène, les croisements judicieux et la « culture morale » (3).

Frondant la tyrannie morale du régime, la Science, elle, s'affirmait positiviste. Mais la phrénologie était désormais scientifiquement trop dépréciée pour que la nouvelle philosophie ne répudiât point cette doctrine telle que Gall l'avait conçue et qu'Auguste Comte l'avait admise. Il en resta, néanmoins, quelques traces .Par le positivisme initial, elle s'était infiltrée, pour un temps, dans la psychologie anglaise, et il est curieux de retrouver dans la terminologie associationniste de Bain, avec les processus de *similarité*, de *rétentivité*, de *constructivité*, de *contiguïté*, un écho de la langue de Spurzheim (4). En France, et toujours sous le couvert du positivisme, la doctrine de Gall prépara les voies à la psychopysiologie matérialiste et déterministe de la seconde moitié du XIXe siècle. « Elle a été, dit Littré, le point de départ d'une nouvelle manière de considérer le cerveau et les facultés... manière qui a posé le problème de la théorie cérébrale sur ses véritables bases et établi dans la science que c'est un problème non de métaphysique mais de biologie. »

Mais la biologie nouvelle ne devait guère à Gall que cette impulsion. Tous les faits invoqués à l'appui de la doctrine phrénologique apparaissaient désormais controuvés : les organes cérébraux de Gall n'étaient qu'illusion ; et l'on n'osait plus admettre de corrélation entre les saillies encéphaliques et celles de la boîte cranienne.

En 1859, Broca fondait la Société d'anthropologie de Paris. Le premier soin de la nouvelle compagnie fut de renoncer, après une discussion de plusieurs mois (février-juin 1861) provoquée par Gratiolet, au compromettant héritage du gallisme et d'en consacrer la déchéance. « Aujourd'hui (écrivait Littré en 1861), que les agitations diverses sont tombées et que la calme expérience a passé au crible les assertions contradictoires, il demeure certain que l'hypothèse ne concorde pas avec les faits. Ni les comparaisons de l'homme avec les animaux ou des animaux entre eux, ni l'examen des têtes d'hommes célèbres par des penchants marqués ou par un génie exceptionnel ni l'étude directe des têtes des suppliciés, ni la pathologie, c'est-à-dire les lésions infligées au cerveau par la maladie et par les accidents ou sur les animaux par l'expérimentation, ni l'aliénation mentale, rien n'a pu donner l'évidence aux organes et aux facultés tels que Gall ou ses disciples les ont établis » (5).

Et pourtant, à défaut de faits désormais insoutenables, Gall léguait à la neurologie un principe qui devait encore connaître quelque fortune : celui des localisations cérébrales. Le 18 avril 1861, Broca apportait à la Société d'anthropologie sa fameuse communication sur le rôle, déjà signalé par Dax de Sommières, des altérations de l'hémisphère gauche dans l'aphasie. Mais, tandis que Gall localisait le centre du langage au niveau de la partie postérieure du lobule orbitaire, à la face inférieure de chaque lobe frontal, Broca lui assignait le pied de la 3e circonvolution frontale gauche. Le branle était donné : à l'aphasie motrice, Wernicke (1874), puis Kussmaul superposent l'aphasie sensorielle. C'est à qui repèrera de nouveaux centres : centres de l'écriture, de l'audition verbale, etc. Par malheur, M. Pierre-Marie est venu démontrer, depuis, que l'observation initiale de Broca était incomplète et entachée d'erreur ; que le fameux centre de la 3e frontale n'existe pas, et que le langage parlé ne relève pas plus que le langage écrit, d'un centre préformé.

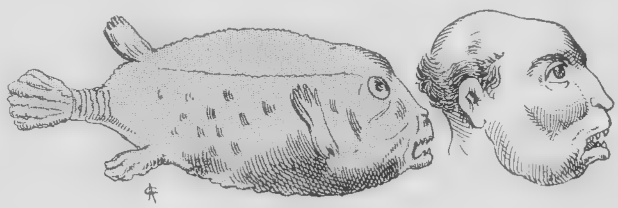
(1) Paris, Baillière, 1857, XIX, 700 p., in-8°.
(2) Morel, *loc. cit.*, p. 377.
(3) Morel, *loc. cit.*, p. 518.
(4) Al. Bain. — *Les sens et l'intelligence*, trad. Cazelles. (Paris, Baillière 1874, XIX, 664 p., in-8°.
(5) Littré. — *Aug. Comte et la philosophie positive*, 2e éd. (Paris, Hachette, 1865, in-8°, p. 541-542).

V. — Morphologie et cinéséologie.

§ 1. — *Retour à la physiognomonie. Son évolution au XIXe siècle : la morphologie de Blainville et la cinéséologie de Gratiolet. — Morphologie polarisée de Cornay. Falret, Magnan, Lombroso et la morphologie des psychopathes. Morphologie géométrique de Ledos. L'iridodiagnostic. Morphologie physiologique de l'Ecole lyonnaise : les quatre types humains de Sigaud. Le concept évolutionniste : F. Houssay. Le concept humoriste : l'endocrinologie.*

2. — *La cinéséologie. — Théorie générale de Huschke. Théories morphologiques de l'expression : Camper, Moreau de la Sarthe. Théories neurologiques de la mimique : Camper, Ch. Bell, Cl. Bernard, Duchenne de Boulogne. Thèse spiritualiste de Gratiolet. — Rôle du cerveau. Charcot et la suggestion hypnotique. — Théorie de Lange et James sur l'origine périphérique des émotions. Objections de Sollier et de François Franck. Rôle du corps strié (J. Camus). — La notion d'évolution : Ch. Darwin.*

§ 1. Le gallisme définitivement abandonné, la Science était revenue, après ce long et périlleux détour, à la physiognomonie. Elle la retrouva fort évoluée : on avait fini par dissocier l'étude de l'instrument et celle de la fonction ; celle de la physionomie au repos et celle de la physionomie en mouvement ; les formes passives et les réactions actives qui sont la double expression de l'être intérieur. Et la science physionomique s'était partagée en deux branches : la *morphologie*, créée surtout par le naturaliste de Blainville, et qui considère l'ordre sérial des formes animées, leurs harmonies, leurs modifications dans le temps et dans l'espace ; et la *cinéséologie*, nom forgé par Gratiolet, ou étude des mouvements passagers qui traduisent les volontés, les passions, les instincts, envisagés indépendamment de la forme spécifique, sauf l'emprunt qu'ils lui font de leurs moyens anatomiques d'expression.



L'homme poisson.

La morphologie suivit la mode et ses périodiques variations. Accommodée d'abord à la doctrine des tempéraments, et des ressemblances animales, pour la grande joie des caricaturistes, elle versa, ensuite, dans la physique avec Cornay qui, en 1850, la voulut adapter aux théories transcendantes d'Oken sur le galvanisme vital et la polarisation biologique. Puis vint le règne de la neurologie. C'est le système nerveux qui régit le développement de l'individu et commande à la vie de relation. Donc, toute tare nerveuse se traduira à la fois par des malformations physiques et par des troubles psychiques corrélatifs. On sait quelle fortune nouvelle la théorie de la dégénérescence mentale trouva dans les travaux de J. Falret et de Magnan, et comment l'anthropologiste italien Lombroso, après avoir proclamé la parenté de l'aliénation mentale avec la folie,

décrivit les stigmates physiques du criminel né (1). On en revint ensuite à la physiognomonie géométrique : Abele de Blasio, ayant observé chez les délinquants de la péninsule une conformation particulière du visage, conseilla aux excursionnistes du Vésuve de ne se fier qu'aux Napolitains à facies ovale ou ellipsoïde. Ledos, tout en s'égarant dans les pronostications astrologiques et l'occultisme, discerna cinq schémas faciaux fondamentaux : carré, rond, ovale, triangulaire et conoïde, correspondant chacun à un type moral particulier. C'était régresser vers la physiognomonie pure de jadis; doctrine encore rapetissée aux limites de l'iris par l'homœopathe hongrois Peczely et le pasteur suédois Liljequist ; récemment renouvelée sous le nom d'iridodiagnostic ; et qui, ressuscitant dans un autre domaine les concordances divinatoires de la chiromancie et de la métroposcopie, prétendait retrouver dans l'œil comme un miroir des affections organiques.



La femme rhinocéros.

C'était surtout méconnaître le principe fécond de la corrélation des formes : au lieu d'étudier la configuration céphalique isolément, il la fallait raccorder à la constitution générale du sujet. Et c'est précisément en s'inspirant des dominantes fonctionnelles que Sigaud, de Lyon, et ses émules, Vincent, Chaillou et Mac Auliffe, ramenèrent la morphologie humaine à quatre types primordiaux, qui sont le cérébral, le digestif, le respiratoire et le musculaire. Ces types sont en relation, dans le temps, avec l'évolution psychologique, physiologique et pathologique de l'individu ou de la race ; dans l'espace, avec l'action mécanique du milieu extérieur ou intérieur. Et voilà de quoi rajeunir la doctrine des tempéraments et la vieille conception des influences macroscosmiques sur le microcosme humain : « L'être humain envisagé comme un prolongement



Les requins.

des milieux cosmiques, la lumière projetée par le concept d'évolution sur les déterminismes pathologiques, la prise en considération des rythmes vitaux, la loi de synergie fonctionnelle (2) », n'est-ce pas là un retour aux théories anciennes, qu'élargissent et rénovent les travaux de F. Houssay sur *La forme et la vie* dans la série zoologique (3) ?

A l'heure actuelle, on se préoccupe du milieu intérieur ; la faveur va à l'endocrinologie et le modelé humain apparaît moins comme l'œuvre mécanique des facteurs physiques que comme une résultante des sécrétions glandulaires internes. Ainsi renaît le vieil humorisme, accommodé aux exigences de la biochimie moderne ; mais déjà menacé d'une nouvelle emprise de la neurologie : Laumonier, dans sa *Thérapeutique des péchés capitaux*, ne souligne-t-il pas l'étroite liaison du système endocrinien et du système sympathique ?

§ 2. Quant à la *cinéséologie*, elle a successivement demandé à toutes les théories physiologiques et psychologiques le secret du mécanisme de l'expression. Huschke professait que les sentiments agréables sont *expansifs*, et les sentiments pénibles *contractifs*. Il faut bien admettre que tous sont contractifs, puisque toute expression met nécessairement en jeu quelque muscle facial. Et Camper observa que la contraction répétée de ces faisceaux marque le tégument de plis perpendiculaires



L'homme lapin.

à leur direction, stigmates visibles des mimiques coutumières. Moreau de la Sarthe déclarait même que chaque muscle du visage est le muscle d'une expression, ce qui est inexact, Duchenne ayant montré plus tard que dans un muscle anatomiquement autonome il y a des différenciations fonctionnelles. Mais l'analyse myologique de l'expression ne suffit pas : il faut chercher quels filets nerveux la commandent. Pour Camper le facial était le nerf de la joie, le trijumeau celui de la tristesse, erreur manifeste, la 5e paire ne comprenant (à l'exception du nerf masticateur) que des fibres sensitives. Ch. Bell, plus tard, rattacha les nerfs de l'expression faciale au système



L'avocat-cigogne.

des nerfs respiratoires, d'où cette conclusion qu'une partie de la mimique est indépendante de la volonté. Avec les progrès de la physiologie, on serra de plus près la question. Cl. Bernard précisa le rôle du spinal dans la phonation.

Duchenne de Boulogne, à son tour, en décrivant la paralysie labio-glosso-laryngée, montra la délicate analyse fonctionnelle réalisée par une maladie qui frappe précisément les trois nerfs de l'expression : spinal interne, facial, hypoglosse. Poussant plus loin l'analyse au moyen de l'électrisation localisée, Duchenne étudia la part des muscles, et leur fit, avec ses rhéophores « parler le langage des passions et des sentiments ».

(1) Je renvoie, pour la genèse et la critique des théories Lombrosiennes, au livre d'Antonini, *I precursori di Lombroso*, Turin, Bocca, 1900, et aux travaux de LE DOUBLE ; pour l'appréciation de la doctrine de Magnan à l'excellente thèse de Génil-Perrin, *Hist. des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale* (Th. de Paris, Leclerc, 1913, 282 p. in-8°).

(2) A. ARONE. — *La morphologie humaine, sa genèse, son état actuel, ses applications* (Paris, Maloine, 1915, 13-352, p. in-18, p. 272).

(3) HOUSSAY. — *La forme et la vie* (Paris, Schleicher, in-8°).

C'était, pour reprendre le mot de Haller sur la physiologie, faire de l'anatomie animée.

A vrai dire, les conclusions qu'on en tira sur la prééminence du système musculaire facial dans l'expression émotive étaient prématurées. Comme l'a montré Georges Dumas, l'expression, dans l'état morbide, ne traduit que les variations du tonus musculaire, et non point la réalité psychique. L'hypotonie du facial peut créer un masque attristé ou étonné, en contradiction absolue avec la mentalité du moment. Le muscle n'est, dans ce cas, qu'un serviteur inerte ou contrariant. De même, si Duchenne fait mouvoir les pièces du masque, il n'en découvre point les ressorts cachés. Le sujet n'est entre ses mains qu'un être passif, un fantoche contraint de grimacer à sa fantaisie, et mimant des impressions qu'il n'éprouve pas. L'importance de cette objection n'échappa point à Gratiolet, philosophe spiritualiste, lequel en son traité posthume *De la phy-*



Le gentilhomme et le chameau.

sionomie et des mouvements d'expression, tâche précisément à réhabiliter l'influence première « de la pensée sur les mouvements organiques et sur les mouvements des viscères (1) ». Or, la pensée ne concordait point, chez le bonhomme de Duchenne, avec des expressions provoquées. A la vérité, Gratiolet ne contestait pas que « les mouvements et les attitudes du corps, lors même qu'ils résulteraient de certaines causes fortuites », ne pussent éveiller « des sentiments corrélatifs et par leur intermédiaire (influer) sur les mouvements de l'imagination et sur les tendances de l'âme elle-même ». Et la preuve en fut apportée par les fameuses expériences de Charcot au cours de la suggestion hypnotique : « Suivant l'attitude

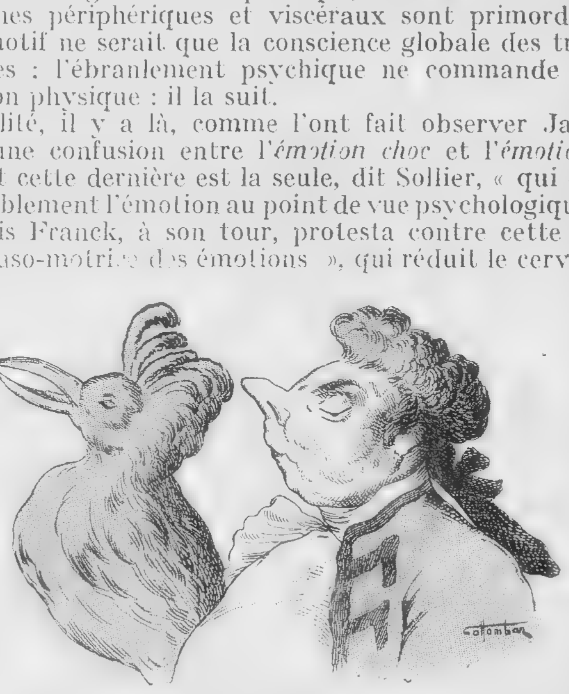


La femme écureuil.

que l'on imprime à la malade, les gestes qu'on lui fait exécuter, la physionomie change et se met en harmonie avec l'attitude. Place-t-on les mains dans la situation d'une personne en colère, la physionomie exprime la colère. Joint-on les mains ? La physionomie traduit la supplication. Met-on la malade à genoux ? C'est l'expression de la prière (1) ». L'expression émotive est donc compatible avec l'absence du contrôle cérébral. Bien plus, les expériences de Bechterew vinrent montrer que chez les animaux décérébrés, on provoque encore par des excitations appropriées « les mêmes mouvements souvent fort complexes qui servient à l'expression des émotions et des sentiments. » Fallait-il donc donner raison, contre Gratiolet, à Lange et James pour qui, dans le fait émotif, les phénomènes périphériques et viscéraux sont primordiaux ? L'état émotif ne serait que la conscience globale des troubles organiques : l'ébranlement psychique ne commande pas la commotion physique : il la suit.

En réalité, il y a là, comme l'ont fait observer Janet et Dumas, une confusion entre l'*émotion choc* et l'*émotion-sentiment* ; et cette dernière est la seule, dit Sollier, « qui constitue véritablement l'émotion au point de vue psychologique (1) ».

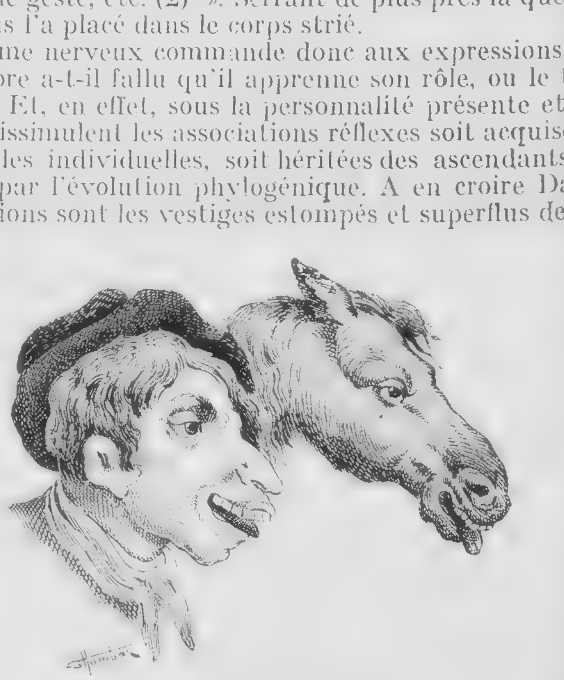
François Franck, à son tour, protesta contre cette « conception vaso-motrice des émotions », qui réduit le cerveau au



L'homme oiseau.

rôle d'« humble vassal de la circulation générale », et vint replacer dans l'encéphale le véritable « point de départ des expressions émotives produites par les jeux de physionomie, l'attitude, le geste, etc. (2) ». Serrant de plus près la question, Jean Camus l'a placé dans le corps strié.

Le système nerveux commande donc aux expressions émotives. Encore a-t-il fallu qu'il apprenne son rôle, ou le tienne d'héritage. Et, en effet, sous la personnalité présente et transitoire se dissimulent les associations réflexes soit acquises par les habitudes individuelles, soit héritées des ascendants, soit façonnées par l'évolution phylogénique. A en croire Darwin, les expressions sont les vestiges estompés et superflus de mou-



L'homme à la tête de cheval.

par l'évolution mentale héréditaire ou acquise. Encore cette vements instinctifs utilisés, chez les formes ancestrales, dans la lutte pour la vie, et transformés en fonction du perfectionnement de l'axe cérébro-spinal, et des conditions biologiques

(1) Gratiolet. — *De la physionomie*, p. 283.

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, publ. par Bourneville et Regnard, t. III, p. 124.

(1) P. Sollier. — *Le mécanisme des émotions*, Paris, Alcan, 1905, in-8°, p. 122.

(2) François Franck. — *Critique de la théorie dite physiologique des émotions*, XIII° Congrès international de médecine, Paris, 1900 ; C. R. section de physiologie, Paris, Masson, s. d., in-8°, p. 196-204. — *Leçons sur l'expression des émotions*, cours du Collège de France, 2° semestre, 1900

évolution n'est-elle point absolument symétrique, et M. Bérillon professe qu'il y a non seulement dynamiquement, mais morphologiquement, un *homme droit* et un *homme gauche*.

VI. — Conclusion.

Quoi qu'il en soit, la physiognomonie moderne est devenue positive. Elle ne dispute plus de la suprématie du moral sur le physique ou du physique sur le moral. Elle se borne à constater l'étroite solidarité qui les relie, sans prétendre subordonner l'un à l'autre les termes d'une indissoluble association. Désormais affranchie des systèmes, elle ne cherchera plus, avec Mantegazza, dans l'habitus extérieur, que l'égale et indissociable expression de la vie psychologique et physiologique. Elle interrogera l'hérédité ethnique et familiale, normale ou pathologique, le tempérament, les antécédents et les propensions morbides, les habitudes mentales, physiques, professionnelles, l'âge et le sexe, tous ces facteurs évolutifs qui font que l'organisme est, au moral comme au physique, en perpétuelle transformation. Elle scrutera la portée de l'intelligence, les modes de la sensibilité, la force de la volonté. Aux détails d'expression du visage, au timbre de la voix, aux attitudes, au rythme et à la précision des mouvements, aux traits de l'écriture, elle demandera le secret de l'homme intérieur ; et ce, non plus avec des préventions philosophiques, ou les préjugés de l'occultisme, mais avec l'éclectisme désintéressé du clinicien. La science de la physionomie, dit Hartenberg, n'est que « l'art du diagnostic humain (1) ».

BIBLIOGRAPHIE

I. Physiognomonie, morphologie, cinéséologie.

Aristotelis stagiritæ physiognomicon liber, in *Aristotelis opera omnia quæ extant* (Ed. par G. du Val, Paris, G. Morel, 1639, 5 vol., in-8°, t. II, p. 740-758.

On trouvera réunis *in* FRANZ, *Scriptores physiognomoniæ veteres*, Altenburg, 1780, in-8°, les opuscules physiognomoniques d'Aristote, de Polémon, d'Adamantius et de Mélampe : *Aristotelis physiognomonicon. Polemonis physiognomonicon* ; *Adamantii sophistæ physiognomonicon* ; *Melampodis hierogrammatici ex palpitatione divinatio ad regem Ptolemæum* ; *Melampodis, scriptoris sacri, divinatio ex nævis corporis ad regem Ptolemæum.*

SCOTUS (Michael). — *De procreatione et hominis phisionomia.* (Bâle, Michel Wenssler, vers 1480, in-4°.)

COCLES (Bartholomæus). — Bartholomei Coclitis Chy ‖ romantie ac Physiono ‖ mie Anastasis : cum ‖ approbatione ma ‖ gistri Alexa ‖ dri Achil ‖ lini. ‖ (*Bologne*, 1523), pet. in-fol., goth., à 2 col., figures sur bois.

R. FLUDD. — *De signis morborum tam demonstrativis quam prognosticis ex physiognomia, in Medicinæ catholicæ Tomi I, tractatus II*, Francfort, 1631, in-8°, p. 213-220.

De humana physiognomonia Joannis Baptistæ Portæ Neapolitani, Libri IV Rouen J. Berthelin, 1650, 403 p., pet. in-8°, plus ff. lim. et index terminal.

J. B. Portæ neapolitani Physiognomoniæ cœlestis libri sex, Rouen, J. Berthelin, 1650, ff. lim., 154 p. pet. in-8°.

La Métoposcopie de H. Cardan, médecin milannois, comprise en treize livres et huit cens figures de la face humaine, à laquelle a esté adjousté le Traicté des Marques Naturelles du corps par Melampus, antien autheur grec, le tout traduit en François par le Sr. C. M. de Laurendière, Paris, Th. Jolly, 1658, 4 ff., 255 p., in-4°.

L'Art de connoistre les hommes, par le S. DE LA CHAMBRE (Amsterdam), J. Le Jeune, 1660, 5 ff., 278 p., 4 ff., petit in-12.)

La chiromance et phisionomie par le regard des membres de l'homme, par Jean Indagine mises en français par Ant Dumoulin, Masconnois (Paris, Th. Girard, 1662, 4 ff. lim., 349 p., in-18.

La chiromance, la Physionomie, et la Géomance, avec la signification des nombres et l'usage de la roue de Pytagore, par le Sr. DE PERUCHIO (Paris, G. de Luyne, 1663, 8 ff. lim, 343 p., in-12.

Les Œuvres de Me Jean Belot, curé de Milmonts, professeur aux sciences divines et célestes, contenant la Chiromance, physionomie... (Rouen, P. Amiot, 1688, 7 ff. lim, 463. p., in-12.

H. TESTELIN. — *Sur l'expression générale et particulière, in* H., JOUIN, *Conférences de l'Académie royale de peinture et de sculpture* (Paris, Quantin, 1883, XCII-415 p., in-8°, p. 153-167.

Conférence de M. LEBRUN, premier peintre du Roy de France *sur l'expression générale et particulière* (Amsterdam, 1698, in-12).

NIVELON. — *Diss. sur un Traité de Charles Le Brun concernant le rapport de la physionomie humaine avec celle des animaux* (Paris, Chalcographie du Musée Napoléon, 1806, XXII p. et 37 pl. gr. in-f°.)

J. J. SUE. — *Essai sur la physiognomonie des corps vivans considérée depuis l'homme jusqu'à la plante* (Paris, du Pont, an V, 1797, VIII, 295 p., in-8°.)

Jh. BOURGES. — *Esquisse d'un mémoire sur la Physiognomonie lue à la Société de médecine de Paris le 19 fructidor an XI* (*Journal général de médecine, de chirurgie, de pharmacie de Sédillot*, 8e année, t. XVIII, Paris, an XI, p. 129-144.)

L'art de connaître les hommes par la Physionomie par Gaspard LAVATER, *nouv. éd. corrigée et disposée dans un ordre plus méthodique, précédée d'une notice hist. sur l'auteur, augmentée d'une exposition des recherches ou des opinions de La Chambre, de Porta, de Camper, de Gall, sur la physionomie, d'une histoire anatomique et physiologique de la face* par M. MOREAU DE LA SARTHE (rééd. par Maygrier). (Paris, Depélafol, 1820, 10 vol., in-8°.)

VIREY. — Art. *Physiognomonie*, in *Diction. des Sc. méd.* de Panckoucke, t. XLII, Paris, Panckoucke, 1820, in-8°, p. 188-230.)

Ch. BELL. — *The anatomy and philosophy of expression as connected with the fine arts*, 3e éd. (Londres, J. Murray, 1844, VIII, 265 p., gr. in-8°).

BRUYERES (H.). — La Phrénologie, le Geste et la Physionomie démontrés par 120 portraits, sujets et compositions : dispositions innées, études sur l'expression ; applications du système phrénologique à l'observation des caractères, aux relations sociales, à l'éducation à la législation, à la domesticité (Paris, Aubert, 1847, in-4).

W. ROGERS. — *Buccomancie* (La) ou l'art de connaître le passé, le présent et l'avenir d'une personne, d'après l'inspection de sa bouche. Nouveau système buccognomonique basé sur la doctrine des plus célèbres physionomistes, Paris, 1851, in-8.

G. E. CORNAY. — *Eléments de morphologie humaine* (Paris, Labé, 1850, 134-95 p., in-8).

G. B. DUCHENNE (de Boulogne). — *Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électrophysiologique de l'expression des passions*, (Paris, Vve Renouard, 1862, 70 p., in-8° et album de 99 p. et 73 pl. in-8°).

P. L. JACOB. — *Curiosités des sciences occultes* (Paris Delahays, 1862 in 12, p. 235-249).

A. LEPELLETIER DE LA SARTHE. — *Traité complet de physiognomonie ou l'homme moral positivement révélé par l'étude raisonnée de l'homme physique avec des considérations sur les tempéraments, les caractères, leurs influences réciproques* (Paris, V. Masson, 1864, 595 p., in-8°).

GRATIOLET. — *De la physionomie et des mouvements d'expression* (Paris, Hetzel, s. d. (v. 1865), VI. 438 p., in-12.

J. B. DELESTRE. — *De la physiognomonie* (Paris, Vve Renouard, 1866, 508 p., in-8°).

Al. BAIN. — *Les sens et l'intelligence*, trad. Cazelles (Paris, J. Baillière, 1874, XIX, 664 p., in-8°).

Al. BAIN. — *Les émotions et la volonté*, trad. Le Monnier (Paris, Alcan, 1885, in-8°).

Ch. DARWIN. — *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, trad. par S. Pozzi et R. Benoit (Paris, Reinwald, 1874, VI, 404 p., in-8°).

P. MANTEGAZZA. — *La physionomie et l'expression des sentiments* (Paris, Alcan, 1885, VIII, 264 p., in-8°.

Eug. LEDOS. — *Traité de la physionomie humaine* (Paris, Oudin, 1894, VII, 440 p., in-8°).

LE DOUBLE. — *Traité des variations des os du crâne de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique* (Paris Vigot, 1903, 400 p., gr. in-8°. — *Traité des variations des os de la face de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique* (Paris, Vigot, 1906, 471 p., gd. in-8°.

P. HARTENBERG. — *Physionomie et caractère essai de physiognomonie scientifique* (Paris, Alcan, 1908, 216, p., in-8°).

CHAILLOU et MAC. AULIFFE. — *Morphologie médicale, étude des quatre types humains, applications à la clinique et à la thérapeutique* (Paris, O. Doin, 1912, 248 p., in-8°).

II. Phrénologie.

CHAUSSIER, GIRAUD, DUVAL. — *Rapport... sur un système de physionomie basé sur l'anatomie comparée du cerveau* (Rec. périodique de la Soc. de médecine de Paris, 6e année, an X, t. XIII, p. 400-406.

J. VERDIER, *La cranomancie du Docteur Gall anéantie au moyen de l'anatomie et de la physiologie de l'âme* (Paris, Gilbert, 1808, 116 p., in-12).

F. J. GALL et G. SPURZHEIM. — *Recherches sur le système nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier*, mémoire présenté à l'Institut de France le 14 mars 1808 suivi d'observations sur le rap-

(1) HARTENBERG. — *Physionomie et caractère*, p. 3.

port qui en a été fait à cette compagnie par ses commissaires, Paris, Schœll, Nicolle, 1809, 277 p., in-4° et 1 pl. h. t.).

G. SPURZHEIM. — *Observations sur la phraenologie ou la connaissance de l'homme moral et intellectuel fondée sur les fonctions du système nerveux* (Paris, Treuttel, Wurtz, 1818, XXIII, 372 p., in-8°.

G. SPURZHEIM. — *Encéphalotomie ou du cerveau sous ses rapports anatomiques* (Thèse de la Fac. de méd. de Paris (Paris, Didot jeune, 1821, IV, 39 p., in-8°).

F. J. GALL. — *Sur l'origine des qualités morales et des facultés intellectuelles de l'homme et sur les conditions de leur manifestation* (Titre général : *Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties* (Paris, Baillière, 1825, 6 vol., in-8°).

DAMIRON. — *Essai sur l'histoire de la philosophie en France au XIXe s.* (Paris, Leipzig, 1828, in-8°, t. 1, p. 206 et 212, note.)

FOSSATI. — *Notice historique sur le Dr Gall* (*Journal de la Soc. phrénologique de Paris*, t. I, 1832, p. 90 111).

J. B. L. LACOMME. — *Considérations sur la phrénologie*, thèse de la Fac. de méd. de Paris, n° 207, 2 août 1833 (Paris, Didot jeune, 1833, 36 p. in-8°).

F. J. V. BROUSSAIS. — *Cours de phrénologie* (Paris, J.-B. Baillière, 1836, X, 850 p., in-8°).

BOURDON (Isidore). — *La physiognomonie et la phrénologie, ou connaissance de l'homme d'après les traits du visage et les reliefs du crâne ; examen critique des systèmes d'Aristote, de Porta, de La Chambre, de Camper, de Lavater, de Gall et de Spurzheim* (Paris, Gosselin, 1842, in-12).

DE BLAINVILLE. — *Histoire des sciences de l'organisation et de leurs progrès comme base de la philosophie*, publ. par Maupied (Paris et Lyon, Périsse, 1845, 3 vol., in-8°, t. III, Gall, p. 268-334).

LÉLUT. — *La phrénologie, son histoire, ses systèmes et sa condamnation* (Paris, Delahays, 1858, XXII, 360 p., in-18).

J. SOURY. — *Le système nerveux central, structure et fonctions, histoire critique des théories et des doctrines* (Paris, Carré-Naud, 1899, 2 vol in-8°, t. I, 497-516).

Ch. BLONDEL. — *La psycho-physiologie de Gall, ses idées directrices* (Paris, Alcan, 1914, 165 p., in-16).

P. MARIE. — *Existe-t-il dans le cerveau humain des centres innés ou préformés du langage ?* (*Presse médicale*, n° 17, 1er mars 1922, p. 177-181).

PRATIQUE CHIRURGICALE

Un procédé rapide de cure radicale des hémorrhoïdes[1]

Par **E. LEMAIRE**,

Interne de la Maison Départementale de Nanterre

La ligature des pédicules hémorroïdaires est un procédé commode : certains chirurgiens l'emploient systématiquement, mais nous croyons qu'il est peut être préférable de le réserver aux cas moyens, à paquets hémorroïdaires isolés, et de l'éviter dans les cas de bourrelets sessiles.

Ce procédé présente des avantages indiscutables : il est simple, s'effectue rapidement sans perdre une goutte de sang, et avec lui, aucun risque de désunion.

Mais il a des inconvénients :

1° On a recours le plus souvent au thermo-cautère pour couper au ras du catgut la tumeur hémorrhoïdaire : à la suite de cette manœuvre, la région anale reste œdématiée pendant une douzaine de jours, ne donnant pas l'impression de suites opératoires nettes, propres, ce qui ne satisfait pas l'esprit ; puis l'escarre tombe, et la plaie doit se cicatriser secondairement.

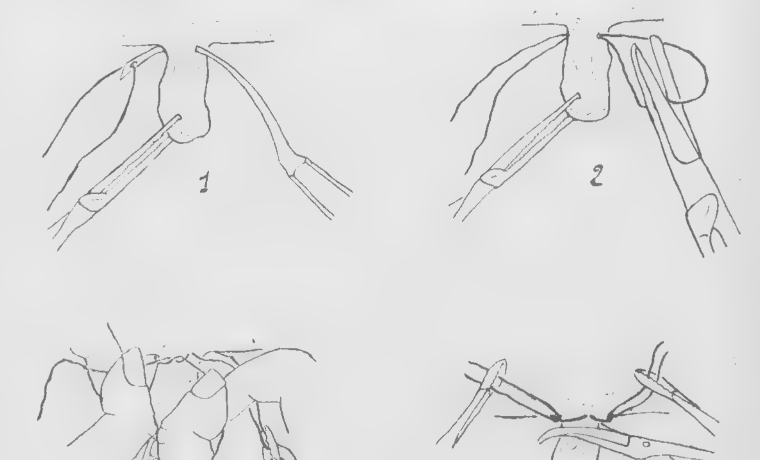
2° La section du pédicule aux ciseaux laisse un moignon qui, dans cette région difficile à désinfecter rigoureusement, « suppurote » habituellement quelque temps avant de se cicatriser complètement. On peut obvier à cette complication en enfouissant le moignon par un surjet au catgut fin : mais alors l'opération perd ses qualités de rapidité et de simplicité et tend à ressembler au procédé habituel de cure radicale par résection, sans en atteindre la perfection.

C'est pourquoi nous employons une technique un peu particulière qui, depuis plus d'un an que nous l'employons régulièrement, nous donne des résultats satisfaisants.

La préparation du malade se fait comme d'ordinaire : purgation, lavements, opium ; on n'y apportera jamais trop de soins.

Comme anesthésie, nous employons très fréquemment l'anesthésie locale qui donne toute sécurité et supprime tout danger de syncope au cours de la dilatation. Nous exécutons cette anesthésie par le procédé habituel : injection de novocaïne à un demi pour cent au pourtour de l'orifice anal (injection sous-cutanée) ; puis quatre injections profondes de dix centimètres cubes chacune, avec une longue aiguille, dans l'épaisseur du sphincter. Quelques minutes d'attente, et l'on peut procéder à la dilatation indolore, soit avec les pouces, soit mieux avec le dilatateur de Trélat, puis aborder l'acte opératoire proprement dit.

Les figures ci-contre, très schématiques, permettront de comprendre facilement les différents temps :



I. **Préhension**. — On saisit la tumeur hémorrhoïdaire au moyen d'une pince de Kocher, puis on exercera sur elle une légère traction pour bien la pédiculiser (fig. 1).

II. **Passage du fil**. — A la base du pédicule, au ras des téguments sains, on passe, avec une aiguille de Reverdin

(1) Travail du Service de M. le Dr Marcel Sénéchal, Maison Départementale de la Nanterre.


TRICALCINE
TRICALCINE

(ou de Doyen), un catgut par son milieu et l'on coupe la boucle : on a ainsi deux brins de catgut traversant la base de l'hémorrhoïde (fig. 2).

III. **Ligature.** — De chaque côté, on lie séparément, *en serrant bien*, les deux chefs de chacun des catguts (fig. 3) : on a ainsi quatre chefs. Dans leur portion intra-hémorrhoïdaires, les deux catguts peuvent être ou séparés (voir fig. 6) ou croisés en x, véritable ligature en chaîne (voir fig. (5) : cette dernière manière est préférable puisqu'elle écarte toute possibilité de mauvaise hémostase.

IV. **Enfouissement.** — On coupe aux ciseaux l'hémorrhoïde, près de la ligature (fig. 4) et, des quatre chefs de catgut (fig. 5), on en supprime deux, pour en conserver deux en opposition (fig. 6). Tandis que l'aide déprime le moignon avec une sonde cannelée (fig. 7) ou une aiguille, on maintient l'affrontement en nouant ensemble les deux chefs alternes de catgut qu'on avait gardés.

Le nœud exécuté, on coupe le catgut. La manœuvre est terminée (fig. 8) ; il suffit de la répéter sur les autres paquets.

Comme on le voit, malgré l'apparente complication due à l'enfouissement, elle est beaucoup plus rapide à exécuter qu'à exposer.

Naturellement, comme dans toute autre technique, on place dans le rectum un drain entouré de gaze, le tout enduit copieusement d'une pommade antiseptique (au collargol à 15 p. 100 par exemple).

Avec ce procédé exécuté soigneusement, on obtient une cicatrice correcte, plane, qui peut rivaliser avec celle obtenue par le procédé classique de résection suivie de suture au catgut.

PSYCHIATRIE

Diagnostic du délire aigu et de l'état de mal comitial à forme agitée ou sympathique.

Par Henri DAMAYE,
Médecin des asiles d'aliénés.

Nous avons étudié, en d'autres articles, les formes cliniques du délire aigu et celles de l'état de mal comitial (1). Nous voudrions aujourd'hui, attirer l'attention sur une question de psychiatrie d'urgence avec laquelle se trouve quelquefois aux prises le médecin des services de mentaux aigus.

Il s'agit de deux états de grande agitation délirante fébrile qui, de prime abord, peuvent être confondus, chez un malade amené à l'hôpital sans renseignements suffisants. Le délire aigu et la forme agitée de l'état de mal épileptique peuvent quelquefois bien embarrasser le clinicien, et ce d'autant plus que la thérapeutique est absolument différente dans l'un et dans l'autre cas.

Le délire aigu présente de l'agitation, de la confusion mentale, des idées délirantes et une fièvre qui s'élève progressivement à 40°, 41° : c'est là du moins, la symptomatologie d'une de ses formes les plus fréquentes. En outre, la langue devient sèche, le facies hagard, infectieux.

La forme agitée de l'état de mal épileptique offre parfois un aspect qui se rapproche plus ou moins du précédent syndrome. Mais un psychiatre averti et habitué aux affections mentales aiguës saura distinguer ces deux états graves dont les thérapeutiques diffèrent essentiellement.

Le délire aigu est une toxi-infection, une intoxication ; l'état de mal agité est, si l'on peut dire, un phénomène mécanique ou de potentiel, pour l'état actuel de nos connaissances. Il s'ensuit que des symptômes analogues auront une physionomie plus ou moins différente, dans l'une ou l'autre affection. Nous avons mis ce fait en relief dans d'autres travaux à propos des confusions mentales toxiques et des obnubilations mentales de l'épilepsie ou de la commotion.

Lorsqu'on sait que le malade est épileptique, étiologie et diagnostic se trouvent déjà, par le fait même, notablement éclairés. Mais en outre, la température s'élève beaucoup plus rapidement dans l'état de mal agité et y atteint des degrés (41°, 42°) plus élevés que dans le délire aigu, en un grand nombre de cas. La forme agitée de l'état de mal n'est, en effet, généralement pas pure et s'accompagne de phénomènes d'éréthisme sympathique très graves : langue rôtie, mydriase, violence des battements artériels à la tête surtout.

En outre, l'état de mal comitial agité, plus impulsif, plus aveugle que le délirant aigu, présente une incohérence psychique et psychomotrice, assez différente de celle du délirant aigu. Chez l'état de mal comitial, le cercle des idées est beaucoup plus pénible et plus restreint : c'est l'obnubilation, l'obtusion mécaniques. C'est l'exaltation impulsive avec amoindrissement et sidération en même temps, plus automatique que l'intoxication ou l'ivresse cérébrale du délirant aigu.

Forme agitée de l'état de mal comitial, forme agitée du coup de chaleur et forme agitée de la commotion cérébrale constituent un groupe, une triade ayant entre eux des rapports de physionomie, mais différents par leur aspect de l'incohérence agitée d'origine toxi-infectieuse.

Nous répétons ici, pour la compréhension et la clarté, que le délire aigu n'est que le plus haut degré, la forme suraiguë de la confusion mentale ou des délires toxi-infectieux, et que, le delirium tremens n'est que le délire aigu chez un éthylique invétéré à l'occasion d'excès éthyliques.

Etant donnée leur étiologie différente, la forme agitée de l'état de mal comitial et le délire aigu ont une thérapeutique tout à fait dissemblable. Le délire aigu, septicémie avec méningo-encéphalite, sera traité par les méthodes antiinfectieuses : électrargol intra-veineux (20 c.c.), abcès de fixation, sérum ioduré-glycosé ; au besoin sérums antiinfectieux. Soutenir le cœur par de petites doses de digitale et bien alimenter avec des œufs battus dans du lait très sucré.

L'état de mal agité sera traité par le somnifène intraveineux avec des injections de génésérine ou mieux encore de tartrate d'ergotamine. Génésérine et tartrate d'ergotamine sont les deux médicaments efficaces à opposer à l'éréthisme sympathique. Sans ces médicaments, le cas sera mortel. Il faut également soutenir le cœur et alimenter avec le lait sucré œufs par la sonde œsophagienne et la voie nasale.

L'état de mal comitial n'a pas de lésions méningo-encéphalitiques décelables par nos méthodes actuelles. De sorte que nous le considérons encore comme un état fonctionnel, une maladie de potentiel pour ainsi parler.

Le lavement purgatif, les sangsues aux mastoïdes, les bottes sinapisées, les scarifications, tous les moyens révulsifs, sont d'excellents adjuvants thérapeutiques dans les trois formes de l'état de mal comitial.

(1) DAMAYE. — Le traitement de l'épilepsie et de l'état de mal. *Progrès médical*, 23 juillet 1927. — DAMAYE et AVELLA. — Les variétés mentales du délire aigu. *Progrès médical*, 21 janvier 1928. — DAMAYE et WARSCHAWSKI. — Forme sympathique de l'état de mal épileptique ; son traitement. *Progrès médical*, 3 sept. 1927.

Mais il est des cas mixtes, car le délire aigu peut parfois éclater chez un épileptique plus ou moins sympathicotonique. On a alors un tableau clinique empruntant une physionomie aux deux affections à la fois. On a une réaction fébrile intense et très rapide à 41°, 42° même : nous en avons observé un cas. L'épileptique sympathicotonique, nous l'avons exposé en des travaux antérieurs, a souvent des réactions fébriles exagérées, à l'occasion des infections, et d'autres symptômes sympathiques également exagérés. Ces cas mixtes sont évidemment beaucoup plus graves, plus sombres que les formes pures. La thérapeutique alors doit s'efforcer de combattre à la fois les deux affections aiguës par les médications que nous venons d'exposer (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1928.

Le vaccin B.C.G. reste encore trop pathogène pour l'espèce humaine. — M. ***Lignières*** rappelle que de sa communication du 17 juillet sur la signification des réactions tuberculiniques, après l'application du B.C.G., on doit retenir que ce vaccin, dans une grande quantité de cas (vraisemblablement la majorité), passe par le tube digestif des très jeunes sujets sans produire la prémunition désirée, mais aussi sans déterminer le moindre accident.

Du long exposé qu'il fait aujourd'hui, il ressort qu'il existe des organismes peut-être exceptionnellement sensibles au B.C.G. chez lesquels ce vaccin est capable de déterminer des accidents plus ou moins graves.

Actuellement, ces organismes sensibles nous ne pouvons les reconnaître, ni même les soupçonner à l'avance.

Tous ces faits justifient, au delà de ses prévisions, les prudentes réserves que formulait l'auteur dans sa communication du 26 juillet 1927.

La mortalité générale des cobayes traités par le B.C.G. n'est pas supérieure à celle des animaux témoins. — MM. ***Remlinger*** et ***Bailly***, des travaux qu'ils ont poursuivis à l'Institut Pasteur du Maroc, tirent les conclusions suivantes : une expérience de trois années portant sur près de 500 animaux permet d'établir qu'à Tanger, la mortalité pour causes étrangères à la tuberculose n'est pas, chez les animaux vaccinés avec le B.C.G., supérieure à ce qu'elle est chez les témoins. Elle est même inférieure (27,4 % au lieu de 28,6 %). C'est exactement ce qui, en Roumanie, se passe chez les enfants vaccinés puisque, d'après Cantacuzène et Jonescu Mihaiesti, c'est, chez eux, non seulement la mortalité par tuberculose, mais encore la mortalité générale qui se trouve abaissée.

M. ***Lignières*** souligne combien il est imprudent de tirer une conclusion d'observations portant sur un aussi grand nombre d'animaux. Il n'a pas été matériellement possible de les suivre avec l'attention nécessaire et l'étude biologique du B.C.G. est particulièrement difficile à faire chez l'animal.

La bradycardie ictérique. — MM. ***Dimitresco-Mante, Hagiesco, Betresco***, et Mme ***Maximo***. — Dans les cas d'ictère catarrhal étudiés par les auteurs, la bradycardie ne pouvait être expliquée d'une manière satisfaisante ni par l'action des éléments de la bile car la cholémie saline était absente dans presque tous les cas, ni par une lésion myocardique car l'électrocardiogramme était normal et l'épreuve de Danielopolu démontrait l'existence d'une bradycardie nerveuse.

D'autre part, toujours dans ces cas, les examens du sang total ont montré des modifications importantes à l'égard de sa teneur en K Ca et surtout une augmentation, quelquefois excessive, de la choline sanguine.

Quoique le nombre de leurs recherches ne soit pas très grand, les auteurs se permettent tout de même de poser la question de la relation entre ces modifications humorales des ictériques et leur bradycardie. Des recherches ultérieures fixeront sans doute sur le rapport possible entre la cholémie et la bradycardie ictérique.

M. ***Jacques***. — Le mal perforant auriculaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juillet 1928 (*Suite*)

Sur un cas de maladie de Hodgkin. — MM. ***M. Letulle, F. Trémolières*** et ***J. Moussoir*** rapportent un cas de lymphogranulomatose maligne, dans lequel l'étendue et la diversité des atteintes prêtait à des considérations histopathologiques intéressantes : les localisations pulmonaires et surtout rénales ne sont, en effet, pas très communes. Mais surtout les aspects histologiques sont tels que les auteurs posent à nouveau la question de la nature humorale de la maladie de Hodgkin. Un certain nombre de constatations sont importantes : on peut en effet parler dans ce cas de véritables métastases viscérales, le rein, par exemple, qui ne contient pas normalement de tissu réticulé, présente des nodules lymphogranulomateux très étendus. Ces métastases sont, d'autre part, excessivement mutilantes, et ce fait est particulièrement net dans le poumon, où on voit se produire un processus de végétations allant jusqu'à l'oblitération puis la disparition des bronches, caractère qu'on ne décrit dans aucune des pneumopathies infectieuses chroniques communément observées ? Dans toutes ces localisations il convient de noter l'importance prédominante du processus *sclérosant* arrivant à former d'immenses placards fibreux, au milieu desquels on retrouve des cellules de Sternberg, rares jusqu'alors dans les nodules jeunes. Enfin, la progression de l'affection se fait suivant un processus de thrombophlébite et de lymphangite à cellules monstrueuses, processus que là encore on ne retrouve dans aucune des lésions inflammatoires habituellement observées et qui a donné aux auteurs l'impression frappante d'un processus *néoplasique* d'un genre particulier.

Un cas de staphylococcie à type érysipélatoïde. — MM. ***F. Rathery*** et ***Maurice Rudolf*** décrivent un cas de pyohémie staphylococcique qui a revêtu tous les cas de la forme décrite par ***P. George*** et ***H. Giroire***, sous le nom de forme érysipélatoïde.

A la suite d'une blessure de la muqueuse nasale par une brindille de bois, le malade présente un large placard cyanique lie de vin, dur, tendu, sans bourrelet périphérique, parsemé de petites vésicules purulentes. L'œdème de la face est considérable, atteint la paupière. On constate à l'autopsie une thrombo-phlébite du sinus caverneux, des abcès du poumon et du rein. L'hémoculture révèle par deux fois du staphylocoque qu'on retrouve également dans les différents abcès.

Crises d'azotémie aiguë récidivantes ; chlorures sanguins et réserve alcaline. — MM. ***F. Rathery*** et ***Maurice Rudolf*** rapportent l'observation d'un malade atteint à plusieurs reprises de crises d'azotémie aiguë. On notait à chaque fois, en même temps qu'une azotémie très élevée, une réserve alcaline très haute et une quantité très fortement abaissée des chlorures sanguins. L'ingestion de chlorures amenait une baisse progressive de l'azotémie, et un abaissement très net de la réserve alcaline.

Le régime déchloruré intensif semblait déterminer chaque fois chez ce malade des crises d'azotémie, et la reprise de l'alimentation chlorurée amenait une sédation rapide des accidents.

Les auteurs se sont bornés à signaler le fait clinique, se refusant à entrer ici dans des discussions pathogéniques.

René GIROUX.

(1) DAMAYE. — Éléments de neuro-phychiatrie. Maloine édit., Paris. — DAMAYE et AVELLA, Réaction fébrile exagérée chez un épileptique tuberculeux à l'occasion d'une grippe ; hyperexcitabilité sympathique. *Annales médico-psychol.*, mars 1927.

THERAPEUTIQUE SPECIALISEE

La cure d'engraissement par l'insuline. (D. Binès, Thèse de la Faculté de Paris, 1928.)

Les indications de la cure d'engraissement par l'insuline sont très difficiles à établir. C'est le médicament symptomatique de la maigreur en général, il ne s'adresse point — en dehors du diabète — à la cause de l'amaigrissement avérée ou cachée, laquelle n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire : la diversité nosologique des malades qui ont bénéficié du traitement en est la preuve : des tuberculeux, des phtisiques, des cancéreux même, ont été traité avec succès.

Persuadé de l'innocuité absolue du traitement par l'iloglandol, lorsque le régime alimentaire est suffisamment riche en hydrocarbonés, pour éviter tout incident d'hypoglycémie, l'auteur a pu constater :

1° Que les doses parfois considérable d'hormone pancréatique administrées par les auteurs allemands et autrichiens n'étaient nullement nécessaires.

2° Que, contrairement aux conclusions déjà formulées, une cure ambulatoire est parfaitement possible sans aucun danger.

La technique personnelle de l'auteur ; basée sur cette double constatation consiste dans l'injection quotidienne de 15 à 30 unités cliniques (1 ou 2 ampoules d'*Iloglandol-Roche*) pratiquée *quelques minutes seulement* avant l'un des principaux repas (celui du soir en général) par voie sous-cutanée profonde, pendant quinze jours à trois semaines. Le régime alimentaire des malades doit être assez riche en hydro-carbonés non seulement pour neutraliser l'insuline administrée (1 gr. 50 à 2 gr. par U. C.) mais encore pour en apporter un appoint supplémentaire. C'est la condition de l'innocuité de la cure et c'est encore la condition du succès. La cure ne nécessite ni l'hospitalisation des malades, ni même un repos au lit plus ou moins prolongé. Les sujets en traitement peuvent parfaitement continuer à vaquer à leurs occupations habituelles : ce qui est un point excessivement important au point de vue de la pratique médicale.

A propos de l'accouchement analgésique. (Dr Odinet, *Journal de médecine de Paris*, 29 mars 1928.)

On parle beaucoup d'analgésie obstétricale depuis quelques années et la bibliographie qui termine ce travail montre que pour l'hémypnal seulement les études ont été très nombreuses. Commentant ses observations avec ce produit administré sous forme injectable, l'auteur mentionne qu'il est possible d'obtenir avec lui un accouchement peu douloureux dans la majorité des cas où il était à prévoir qu'il l'eût été ; qu'il est surtout utile d'y recourir chez les primipares et dans tous les cas d'hypertonie utérine : ce sont là, constate-t-il après Rossier, Hamm, Weber, Pouliot, Pellissier, Labouré, de véritables indications de l'hémypnal, que si celui-ci ne produit pas un accouchement totalement analgésique, avec inconscience de la parturiente, il n'y a pas à le regretter, réduire la douleur obstétricale, la rendre aisément supportable, et cela sans nuire, ce qui est souhaitable et c'est ce que l'on observe par l'emploi de l'hémihpnal.

Contribution à l'étude des traitements des broncho-pneumonies des enfants. (Elisabeth Boudon, Thèse Montpellier 1927-1928.)

La broncho-pneumonie est une affection de l'enfance des plus redoutables. Hutinel et Paisseau estiment la mortalité à 80 %. Les traitements modernes ont abaissé notablement ce chiffre, ce sont ces derniers que Mlle Boudon a étudiés dans le service de son Maître, le professeur Leenhardt, à Montpellier.

Elle a expérimenté successivement la *vaccinothérapie* polyvalente et précoce.

La chimiothérapie à l'aide de la septicémine.

La médication anti-asphyxique : *oxygénothérapie continue*.

Contre cette affection grave, il importe d'abord de mettre en œuvre tous les moyens dont nous disposons : médication diététique, hygiénique, révulsive, stimulante etc., mais la triade citée plus haut constitue la base de la thérapeutique actuelle.

L'oxygénation continue est réalisée par une source d'oxygène dont le gaz se dégage dans un flacon laveur puis de là parvient au nez et à la bouche de l'enfant par l'intermédiaire d'un entonnoir. On peut lui substituer la boîte à oxygène de Ribadeau-Dumas.

La chimiothérapie a été réalisée par la septicémine, corps individualisé résultant de la combinaison d'héxaméthylène tétramine et d'iode en présence d'un corps benzométhylé. Il ne provoque ni réaction ni choc. La septicémine a été administrée en injections intra-musculaires de 2 cc. le premier jour, de 4 cc. les jours suivants.

La vaccinothérapie a été réalisée par un stock-vaccin iodé titré à un milliard de germes par centimètre cube.

Les injections se font à la dose de 1/4 à 1/2 cc. pour les premières injections ; les autres à 1 cc. et 1 cc. 1/2 puis à 2 cc. Le vaccin agit surtout sur les symptômes fièvre, dyspnée, cyanose.

Mlle Boudon a réuni 31 observations dans lesquelles la septicémine a été employée concurremment avec la vaccinothérapie, la septicémine étant injectée tous les jours, le vaccin tous les deux jours. La septicémine, dit l'auteur, corps anti-infectieux polyvalent, s'est trouvé réaliser un agent de valeur presque spécifique dans le traitement des infections broncho-pulmonaires. Son usage, réservé aux cas les plus graves, d'allure toxi-infectieuse, a constitué un adjuvant très précieux à la méthode d'immunothérapie active, que constitue la vaccinothérapie.

La mortalité globale a été de 7 sur 31 soit 22,58 %, qui se répartit ainsi : enfants de plus de 2 ans : 12, 1 décès, soit 8.30 % ; enfants de moins de 2 ans : 19, 6 décès, soit 31.5 %.

Ce travail montre l'efficacité spécifique de la septicémine dans les broncho-pneumonies infantiles : la vaccinothérapie contribue conjointement à créer l'état d'immunité.

L'adonis vernalis. Etude chimique, pharmacologique, expérimentale. (L.-J. Mercier, F. Mercier et F. Lutembacher. *Revue de pharmacologie et de thérapeutique expérimentale*, Paris, 1927, novembre, p. 1 97.)

MM. Mercier ont extrait de l'adonis vernalis deux glucosides qui possèdent une activité constamment identique. L'un est hydrosoluble, c'est l'adonidoside ; l'autre est hydro-insoluble, c'est l'adonivernoside. L'adoverne représente ces glucosides, dans a proportion même où ils se trouvent dans les plantes sélectionnées les plus riches en principes actifs ; leur activité est étailonnée physiologiquement. L'adoverne a quatre propriétés caractéristiques : cardiotonique, diurétique, eupnéique, neuro-sédative ; on peut dire qu'il complète, remplace et continue l'action de la digitale ; il est indiqué dans les insuffisance, cardiaques et rénales des myocardites, des lésions orificielles de l'hypertension artérielle, des aortites, dans toutes les dyspnées et dans tous les œdèmes. On administre l'adoverne par voie buccale sous forme de granules ou de gouttes : X gouttes 2, 3, 6 fois par jour sont admirablement supportées et donnent des résultats souvent surprenants.

Des études particulièrement importantes ont confirmé les recherches de MM. Mercier et les beaux électrocardiogrammes obtenus par M. R. Lutembacher. De toutes ces expériences, il résulte que ces glucosides représentent toute l'activité thérapeutique de la plante elle-même et possèdent des propriétés pharmacodynamiques comparables à celles des glucosides digitaliques (*R. de Méd. et de chir. prat.*, 1927, p. 845). De nombreux essais cliniques ont donné des résultats excessivement intéressants et ont permis de fixer les indications thérapeutiques de l'adoverne, qui est un médicament d'emploi facile, remarquablement toléré, pratiquement atoxique aux doses habituelles et dont l'activité, point très important, est étalonnée physiologiquement.

La carence sexuelle féminine et sa thérapeutique. (Dr Drouin, *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, mars 1928.)

Y a-t-il chez la femme une carence sexuelle et faut-il lui faire

une place nosographique ? L'auteur répond affirmativement et il en donne la preuve par de nombreux cas de malades présentant des troubles divers somatiques et psychiques, qu'il n'hésite pas à placer sous la dépendance directe de cette carence. Suivant que celle-ci est totale ou partielle, elle se traduit par des états de privation, d'insatisfaction, ou d'incomplétude, ces deux derniers se manifestant chez les femmes ayant une vie génitale, mais se refusant à l'imprégnation séminale, les troubles sont souvent plus marqués que chez celles qui sont en état de complète abstinence.

La fatigabilité, l'insomnie, l'aigreur du caractère, l'irritabilité, l'angoisse, l'hypergénésie, l'onanisme, les troubles vagotoniques sont l'expression ordinaire de ces manifestations carentielles. Leur traitement idéal serait évidemment le recours au mari, ou à l'amant avec de saines pratiques sexuelles. Ce n'est pas toujours facile dans la pratique, et le médecin consulté à l'occasion de ces troubles devra souvent se contenter de la médication spermatogénique par l'androstine, qui a fait ses preuves d'efficacité, et qu'on prescrira, soit sous sa forme ingérable, soit sous sa forme injectable. Les résultats de ce traitement sont en général excellents et redonnent l'équilibre à ces systèmes nerveux désaxés ? Car s'il est vrai que les lois de la nature ne se laissent pas tourner, un traitement adéquat peut du moins apporter ses bienfaits à celles qui pour des raisons parfois notablement justifiées, ne peuvent s'y résoudre.

L'allonal comme analgésique en médecine générale. (Dr Quénée, *Conc. méd.*, Paris, 1927, n° 27.)

Les indications de ce médicament sont multiples, d'autant plus que sa toxicité paraît à peu près nulle aux doses usuelles. Sans doute quand il faut un hypnotique vrai, vaut-il mieux recourir au somnifène, dont on sait l'extraordinaire maniabilité ; sans doute aussi, dans les symptômes purement nerveux, faut-il donner la préférence à la valériane et au bromure de sodium sous forme de sédobrol ; mais quand il y a algie, il est plus sûr d'ordonner l'isopropylallylbarbiturate de diméthylamido-antipyrine ou allonal, qui agit, à la dose d'un à trois comprimés, comme un véritable analgésique renforcé, progressivement sédatif et hypnogène. On sait combien les stomatologistes sont satisfaits de l'emploi de l'allonal dans toutes les névralgies si fréquentes en pathologie dentaire, notamment dans les pulpites, les alvéolites, les périodontites, dans les douleurs anté ou post-opératoires, au cours de la réduction des fractures des maxillaires, dans tous les cas enfin où il est indiqué de supprimer l'élément douleur ou de modifier le psychisme spécial du patient. M. le prof. Tellier, notamment, a sur ces divers points, donné toutes indications utiles. De même, en neuro-psychiatrie, l'allonal est employé avec le plus grand succès, en particulier dans les cas où la douleur empêche le sommeil. Dans la pratique journalière, les indications de cet analgésique renforcé sont multiples et son activité est vraiment exceptionnelle non seulement dans les névralgies les plus rebelles, sciatiques, névralgies faciales, intercostales, lumbago, etc. : non seulement dans le rhumatisme, les algies viscérales, coliques, dysménorrhée, dans le zona où son action est certainement remarquable ; non seulement encore, dans les maladies chirurgicales douloureuses, fractures de côtes, de jambes, névrites traumatiques, abcès, brûlures, périostiques, etc., mais encore dans les infections à évolution longue, la tuberculose et surtout le cancer qui conduit si facilement à l'abus de la morphine : l'allonal se montre dans ces maladies un excellent analgésique et un parfait sédatif progressivement hypnogène, bien plus, dans certains cas même, on peut le substituer avec avantage à la morphine, car, administrable seulement par voie buccale, il ne fait pas courir le risque de toxicomanie : c'est donc un médicament qui a une grande importance en pratique journalière.

L'impuissance virile et son traitement. (Ch. David, *Concours médical*, 18 mars 1928.)

Il est peu d'affections, dit l'auteur, qui retentissent davantage sur le moral de ceux qui en sont atteints que l'impuissance ; il en est peu aussi qui aient une plus grande importance sociale. Les causes en sont très diverses. Laissant de côté les impuissances par lésions anatomiques et celles dues à des maladies générales (qu'il faut en général respecter), l'auteur envisage cinq autres catégories qu'il convient de traiter. Dans celles ayant pour causes des lésions infectieuses chroniques de l'urètre et du *veru-montanum* l'indication est très nette : le traitement local, les cautérisations, le massage, etc., en assureront la guérison qui ne sera acquise qu'après désinfection totale contrôlée par la spermoculture. Dans l'impuissance émotive ; la galvanisation rythmée suivant la méthode d'Hartemberg donne de bons résultats. Le traitement général sera tonique (phosphure de zinc, strychnine, phosphate de chaux) et opothérapique (androstine). L'opothérapie spermatogénétique par l'androstine, 4 à 8 comprimés par jour, ou en injections tous les deux jours, est indiquée avant tout dans les impuissances par insuffisance glandulaire, que celle-ci soit primitive ou secondaire à certaines intoxications ; elle joue un rôle adjuvant utile après le traitement local des impuissants lésionnels. Adjuvant utile encore l'hydrothérapie et l'action sur le moral par la persuasion.

Nouvelles recherches chimiques et pharmacologiques sur le gui. (Dr P. M. Nicolini, *Archives de Farmacologia et Scienze*, Affini XLIII, t. 1927.)

A l'Institut Pharmacologique du Prof. Coronedi à Florence, le Dr P. M. Nicolini vient de poursuivre l'étude chimique et pharmacologique du gui.

Contrôlant chaque opération chimique par l'essai physiologique sur la pression sanguine et mesurant la chute de pression obtenue, Nicolini en déduit des conclusions nettes pour l'obtention de préparations de gui présentant une activité maximum avec le minimum d'effets accessoires.

Ses essais lui ont permis de reconnaître dans le gui la présence de trois corps distincts l'un et l'autre par leurs effets physiologiques : l'un hypotenseur, le second hypertenseur, le troisième possédant une action sur le système nerveux central et déterminant les effets toxiques et les troubles respiratoires que l'on a pu constater avec certaines préparations.

Il a essayé de séparer ces corps et de les identifier au point de vue chimique, mais malheureusement sur ce point il est beaucoup moins net et n'a pas obtenu de corps cristallisés. Les indications qu'il fournit ne permettent pas d'infirmer les travaux antérieurs de Leprince, Chevalier, Barbieri et il semble que l'on ait affaire à un mélange d'alcaloïde et de glucosides, ainsi qu'on l'avait indiqué.

Le principe hypotenseur est soluble dans l'eau, dans l'alcool bouillant, moins dans l'alcool froid et encore moins dans l'acétate neutre de plomb et par l'acide phosphotungstique mais non par l'acide picrique et le tanin.

Le principe hypertenseur de même que celui agissant sur le système nerveux central sont insolubles dans l'alcool bouillant et totalement précipités par l'acide phosphotungstique ; Nicolini les différencie l'un de l'autre surtout par l'action qu'exerce sur eux les rayons X qui détruisent le corps hypertenseur et au contraire exaltent l'activité du corps agissant sur le système nerveux central.

Ces études qui demanderaient à être poursuivies montrent cependant toute l'importance qu'il faut attacher au traitement du gui pour l'obtention de préparations actives et non toxiques. Leprince avait déjà insisté sur ce point depuis longtemps et si la guipsine, depuis vingt ans, donne des résultats thérapeutiques toujours constants et toujours identiques, c'est que cette préparation ne renferme que le principe hypotenseur privé du principe hypertenseur et des principes irritants.

C'est presque, du reste, à l'heure actuelle la seule forme pharmaceutique sous laquelle le gui soit prescrit et comme on l'a dit : la « guipsine est le médicament d'entretien de l'artério-scléreux et de l'hypertendu ».

A la dose de 6 à 8 pilules par jour entre les repas, elle détermine non seulement la chute de la pression sanguine et l'amélioration des symptômes fonctionnels et des douleurs provoquées par l'hypertension, mais elle régularise le cœur, elle lève, comme l'a dit Huchard, le barrage périphérique, elle améliore les fonctions d'élimination du foie et du rein, améliore les processus de nutrition et ainsi agit sur la cause même de l'hypertension, alors que les autres vaso-moteurs périphériques n'agissent que passagèrement.

Les troubles mentaux chez les Parkinsoniens post-encéphalitiques (DARRE. Thèse de Lyon 1927-28)

Ce sont les troubles du sommeil qui dominent la scène chez les parkinsoniens, comme chez tous les post-encéphalitiques. Ils sont très fréquents et consistent surtout, au point de vue thérapeutique qui nous intéresse, en insomnie ou inversion du rythme du sommeil qui rendent la vie particulièrement plus difficile au malade et à son entourage. L'insomnie existe malheureusement dans la majorité des cas : pénible pour le parkinsonien, elle doit être encore plus surveillée en raison des complications apparaissant sur des terrains prédisposés et dont elle est souvent la cause adjuvante. C'est ainsi qu'on la trouve à la base de l'agitation nocturne et des syndromes dépressifs. Il convient donc d'étudier d'abord son traitement.

La première condition est donc, avant tout, de les mettre au repos le plus complet, physique, intellectuel et moral ; ce n'est qu'ensuite que devra intervenir une thérapeutique plus active.

Ce repos accompagné, autant qu'il est possible, de changement de milieu, est en général insuffisant chez les malades insomniques ; mais il est un appoint dont on ne doit pas négliger l'importance. Tout d'abord, pour le compléter, il convient d'utiliser les sédatifs nerveux, comme les bromures (de deux à quatre grammes par jour) et dans ce but, l'auteur a toujours employé le sédobrol (de deux à quatre tablettes), qui présente l'avantage d'être à la fois bien dosé, actif et de pouvoir être administré au malade sans qu'il s'en aperçoive ; ainsi sont évitées bien des reflexions et des discussions que le seul mot de bromure fait naître dans l'esprit du malade ou de son entourage ; c'est à son avis, le médicament de choix, surtout lorsque l'insomnie coexiste avec un syndrome dépressif.

Si les sédatifs sont insuffisants, on sera obligé de recourir aux hypnotiques : parmi ceux-ci, on n'aura que l'embarras du choix étant donné leur nombre. Mais le somnifène et l'allonal, que l'auteur a utilisés fréquement, sont particulièrement intéressants grâce à leur maniement facile et à la régularité des résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

Le romantisme et l'art, par Louis HAUTECŒUR, Marcel AUBERT, Paul VITRY, Robert REY, Paul JAMOT, André HOUBIN, Henri FOCILLON, René SCHNEIDER, Gabriel ROUCHÈS, Léon ROSENTHAL, René LANSON, Adolphe BOSCHOT, Henri GIRARD. Préface de Edouard Herriot. Un volume in-8° sous couverture romantique, 48 planches en phototypie hors texte. Broché 40 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon. Paris-VIe.

A l'occasion du centenaire du romantisme, la Direction des Musées nationaux a organisé à la Sorbonne des conférences qui ont eu un très gros succès sur le *Romantisme et l'art*. Tour à tour les personnalités les plus qualifiées appartenant aux Musées nationaux, à l'Université ou à nos grandes bibliothèques ont parlé de sujets d'un haut intérêt : *Origine du Romantisme. Romantisme et moyen-âge, sculpture romantique, Gros-Géricault, Delacroix, les manuscrits d'Eugène Delacroix, Chassériau, le paysage romantique et la peinture étrangère, la gravure romantique, l'Orient romantique, Berlioz, le livre romantique.*

Ce sont ces conférences que la librairie H. Laurens publie aujourd'hui. Le volume donne en un raccourci saisissant toute l'histoire de l'art romantique, où apparaissent très nettement les caractères essentiels de cet art ainsi que ses grandes beautés et sa forte originalité.

En quarante-huit phototypies, défilent les œuvres les plus typiques de cette période, qu'il s'agisse de sculpture, de peinture ou de gravure.

Ainsi est rendu un hommage légitime à cette école romantique d'où sort l'art contemporain.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 1264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 32 LE NUMÉRO: 50 Centimes 11 AOUT 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Chaire de la tuberculose. — Sont créés, pour le service de la chaire de clinique de la tuberculose à la faculté de médecine de l'université de Paris, les emplois ci-après déterminés (Université. — Subvention du département de la Seine) :

Chef de clinique, 1 ; chefs de laboratoire, 3 ; garçons de laboratoire, 2.

Concours pour l'emploi de médecin des troupes coloniales. — Un concours sera ouvert, le 3 décembre 1928, à neuf heures, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenants des troupes coloniales, sans limitation de nombre.

Hôpitaux de Paris. — *A propos des risques professionnels.* — Le Conseil municipal a pris récemment une délibération instituant un régime de garanties des risques professionnels du personnel médical des hôpitaux et du service de l'assistance médicale, analogue au régime du Service de santé appliqué aux internes des hôpitaux et hospices civils de Paris.

« Cette mesure, inspirée en l'absence de toute obligation légale par un esprit de sollicitude à l'égard du Corps médical, écrit *Le Temps*, a été soumise à l'assemblée communale par M. Moriette, sur l'initiative de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique.

Il était apparu, en effet, que les dispositions prises en faveur des internes des hôpitaux, approuvées en juillet 1926 par le Conseil municipal, devaient être, en toute équité, étendues à tous les membres du personnel médical.

La situation de ces derniers est, sans doute, différente de celle des internes qui consacrent toute leur activité au service hospitalier ; mais les dispositions qui ont été adoptées ont tenu compte de cet état de choses en partageant également le risque entre l'administration hospitalière et la victime, toutes les fois que le doute subsistera sur les origines de l'invalidité.

Pour les médecins et sages-femmes du service de l'assistance médicale à domicile et les sages-femmes agréées des hôpitaux, moins exposés dans l'exercice des fonctions qui leur sont confiées, le « forfait » adopté a été sensiblement réduit. L'allocation qui pourra leur être éventuellement accordée a été fixée à 25 p. 100 du taux de l'indemnité versée en cas d'affection notoirement contractée en service.

Pour que le taux des allocations soit en rapport avec le dommage que des praticiens comme ceux qui apportent leurs soins aux malades de nos hôpitaux peuvent être appelés à subir, celui-ci a été fixé en principe, et sous réserve de certaines exceptions, au montant maximum des pensions civiles du personnel administratif.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en faisant siennes les propositions de M. Mourier, et le Conseil municipal, en les adoptant, ont devancé le législateur, saisi d'un projet de cette nature qui n'est pas plus favorable au Corps médical que celui adopté pour le personnel médical des hôpitaux de Paris. »

Faculté de Bordeaux. — L'emploi de chef de travaux pratiques de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est supprimé à dater du 1er octobre 1928.

Faculté de Montpellier. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, une chaire de dermatosyphiligraphie (emploi rétribué sur le budget de la Faculté, subventions diverses).

Guerre. — Sont désignés comme membres du Comité consultatif de santé :

Membres titulaires. — M. Savornin, médecin général, directeur du Service de santé de l'armée française du Rhin, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Jacob, décédé.

M. Rouvillois, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Fournial, passé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Membre consultant. — M. Plisson, médecin colonel, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Percy, en remplacement de M. le médecin général Rouvillois, nommé membre titulaire.

— Mutations :

Médecin colonel. — M. Spick, de l'hôpital militaire de Nancy, est maintenu et désigné comme médecin chef.

Médecin lieutenant-colonel. — Godeau, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Pau, est désigné comme président de commission de réforme.

Médecins capitaines. — MM. Poey, des troupes du Maroc, en congé de rapatriement, est affecté aux troupes du Maroc ; Noillac, des territoires du Sud algérien, est affecté au 99e d'inf. à Lyon.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Agriculture. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Morel (de Toulouse).

L'inscription de M. Ricklin au groupe médical de la Chambre. — A la suite de l'inscription du Dr Ricklin au groupe médical de la Chambre des députés, le Dr André Boekel, de Strasbourg, fils du regretté professeur Jules Boekel — sur le cercueil de qui M. Raymond Poincaré remettait l'an dernier la première médaille des prisonniers de guerre évadés attribuée à un Alsacien ayant passé la frontière pour servir dans l'armée française — vient d'adresser au secrétaire général de ce groupe parlementaire une lettre de protestation.

« Que M. Ricklin siège ou ne siège pas, cela n'est pas de la compétence de votre groupe médical ; mais, dans ma douleur d'Alsacien patriote, je ne puis m'empêcher de penser qu'il vaut mieux que mon père, le professeur Jules Boekel, n'ait pas vu cela avant de mourir, car il aurait pu douter, non pas de la France, mais de son aptitude à se faire respecter.

« Ce qui est, au contraire, parfaitement de votre compétence, c'est de n'admettre dans votre groupe médical que des confrères dignes de ce nom, au strict point de vue professionnel. »

Le Dr André Boekel rappelle que le Dr Ricklin n'a pas été admis au syndicat des médecins de Mulhouse dont l'attitude a été reconnue fondée par la Cour de cassation. Il ajoute : « M. Ricklin a été exclu de la communauté confraternelle de toute l'Alsace, à l'unanimité, par l'assemblée des délégués de notre fédération, qui réunit tous les médecins d'Alsace, à trois ou quatre près. Cette décision, prise le 17 mai 1925, n'a jamais été rapportée. Elle était uni-

quement motivée par ce fait que M. Ricklin avait quitté spécialement sa clientèle du Sundgau pour venir à Strasbourg se mettre au service de la caisse de malades, moyennant de belles conditions financières, au cours de la grève administrative que le corps médical avait alors déclenchée contre la caisse. A noter que l'on ne saurait invoquer le prétexte d'humanité, car les médecins n'ont jamais cessé de donner leurs soins durant cette lutte : ils se contentaient d'ignorer la caisse.

« Je tiens à souligner que l'exclusion de la communauté confraternelle dont a été frappé M. Ricklin n'a été inspirée en rien par la passion politique ; la preuve en est que la décision a été prise à l'unanimité, je le répète ; une autre preuve est que six autres médecins ont partagé le même sort que lui, bien qu'ils n'aient jamais été mêlés, de loin ni de près, à la vie politique de notre région. »

(*Le Temps.*)

Au nom de la Science. — Peut-on considérer que les condamnés à mort appartiennent à l'humanité et que celle-ci a le droit de disposer d'eux pour les forcer à racheter leur faute autant que c'est possible ?

Le Dr Matias Dugne, membre du Conseil national d'hygiène de Cuba, soutient cette thèse.

Comme il poursuit des recherches sur la guérison du cancer, il demande à son gouvernement de lui abandonner quelques condamnés à qui il inoculera le mal pour avoir ensuite l'occasion d'essayer sur eux les traitements qu'il a découverts.

Le gouvernement n'a pas encore répondu. Mais dans le pays, on discute fortement pour et contre cette thèse.

A Cuba, les condamnés à mort passent au garrot. (*L'Ami du Peuple.*)

Clinique de dermatologie et de syphiligraphie (Hôpital St-Louis. Professeur : M. Gougerot). — *Cours de perfectionnement de dermatologie et de vénéréorologie*, sous la direction de M. le professeur Gougerot. — Le prochain cours de dermatologie aura lieu du 1er octobre au 27 octobre 1928 ; le prochain cours de vénéréologie aura lieu du 29 octobre au 24 novembre 1928 : le prochain cours de thérapeutique dermato-vénéréologique aura lieu du 26 novembre au 15 décembre 1928.

Un cours de technique de laboratoire aura également lieu durant cette période. Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande. Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wasermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Burnier, hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

Syndicat des médecins de la Seine. — *Résultats obtenus au cours de l'année 1927 par l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine* — Il y a eu en 1927 ; Nouveaux dossiers constitués, 63 ; fiches, 105 : plaintes adressées à la Préfecture, 27 ; affaires envoyées au Parquet, 17 ; condamnations, 20.

1. B..., condamné le 6 janvier 1927 à 200 francs dommages et intérêts au S. M. S. et 500 francs d'amende.

2. W... D...., condamné le 18 février 1927 à 200 francs d'amende et 1.000 francs dommages-intérêts au S. M. S.

3. C.., condamné le 24 février 1927 à 100 francs d'amende.

4. C..., condamné le 25 mars 1927 à 100 francs d'amende et 300 francs dommages-intérêts au S. M. S.

5. C...., condamné pour exercice illégal, le 14 avril 1927, à 1.000 francs d'amende et 200 francs de dommages intérêts au S. M. S.

6 et 7. F... et L..., condamnés le 18 mars 1927 : le premier à 200 francs d'amende ; le second à 100 francs d'amende ; solidairement à 500 francs dommages-intérêt au S. M. S.

8 et 9. Dr et Mlle D..., condamnés par arrêt Cour de 19 mars 1927, à 500 francs d'amende, confirmation jugement 29 janvier 1926, solidairement 1.000 francs dommages-intérêts au S. M S.

10, 11 et 12. K... F... et K..., condamnés le 1er juillet 1927 ; le premier à 200 francs d'amende ; le deuxième à 200 fr. d'amende, et le troisième à 300 fr. solidairement 1.500 francs dommages-intérêts au S. M. S.

13 et 14. Dr C... et L..., condamnés le 27 juillet 1927 : le premier à 300 francs d'amende ; le deuxième à 100 fr. d'amende, solidairement 1.500 francs dommages-intérêts au S, M. S.

15. J... F..., condamné le 4 octobre 1927 à 100 fr. d'amende, 500 francs dommages-intérêts au S. M. S. et 500 fr. à Mme B..., qu'il avait soignée pour un panaris.

16. C..., condamné le 24 novembre 1927 à 200 francs d'amende, 500 francs de dommages-intérêts au S. M. S., 4.337 fr. 50 dommages-intérêts à la personne qu'il avait soignée.

17. E..., condamné le 22 décembre 1927 à 200 francs d'amende, 500 francs dommages-intérêts au S. M. S.

18. B..., condamné le 24 décembre 1927 à 100 francs d'amende, 300 francs dommages-intérêts au S. M. S.

19. C...., condamné le 30 décembre 1927 à 1.000 francs d'amende et 1.000 francs dommages-intérêt au S. M. S.



Hôpitaux de Lille. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires et une place d'interne provisoire s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1928, à 9 h. du matin, dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité de Lille.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au jeudi 5 octobre 1928, à 5 h. du soir (dernier délai). Les inscriptions peuvent se faire par correspondance.

Concours de l'externat. — Un concours pour huit places d'externes s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1928, à 9 h. du matin, dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, à Lille.

Les inscriptions sont reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au vendredi 12 octobre 1928, à 5 h. du soir (dernier delai). Les inscriptions peuvent se faire par correspondance.

Pour les conditions de ces deux concours, consulter les programmes deposés au secrétariat et les affiches apposées à la Faculté et à l'hôpital.

Hôpitaux d'Orléans. — *Concours de l'internat.* — Ont été admis : M. Montaigne (avec félicitations, Renac, Le Baron, Pineau,) internes titulaires ; Bourderionnet, interne provisoire.

La question d'anatomie fut : « La crosse de l'aorte. »

Les questions restées dans l'urne étaient : « Nerf sciatique. — Triangle de Scarpa. »

Faculté de Paris. — Sont nommés professeurs honoraires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

MM. Jeanselme et Marfan, anciens professeurs de ladite Faculté.

Faculté de Lyon. — Par décret en date du 27 juillet 1928, le titre de la chaire ci après désignée de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est modifié ainsi qu'il suit :

Ancien titre : Thérapeutique, hydrologie et climatologie (M. Savy, titulaire).

Nouveau titre : Thérapeutique.

Faculté de Montpellier. — M. Margarot, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de dermato-syphiligraphie de ladite Faculté (chaire transformée).

Faculté de Toulouse. — M. Moog, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1er octobre 1928, professeur de chimie et toxicologie à ladite Faculté (chaire vacante : M. Aloy, dernier titulaire).

Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 15 juillet 1928 est approuvé le projet de convention intervenue entre la Faculté de médecine de l'Université de Paris et l'Association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile en vue de rattacher à cette Faculté, sous le titre d'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris l'école de puériculture fondee par l'Association susvisée.

Médailles d'honneur des assurances sociales. — *Médaille d'or.* — MM. les Drs Kayser (de Colmar) et Mouchet (de Veurdre).

Médaille d'argent. — MM. les Drs Dehorter (de Lille), Millet (de Lyon) et Virey (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Ducaillon et Huriez (de Tourcoing), Rumpler (de Schiltigheim).

Académie royale de médecine de Belgique. — MM. Brouha et Firket (de Liège) ont été élus correspondants belges.

MM. Hopkins, Mingazzini, Leriche et Buchanan ont été élus correspondants étrangers.

MM. Bing, Bouin et Faure ont été élus membres honoraires étrangers.

Nécrologie. — M. le Dr Saint-Martin, sénateur de la Haute-Garonne, décédé à Saint Béat (Haute-Garonne).

ACTUALITÉS

Le S.O. S. de la route.

L'usage veut que le vendredi soit depuis longtemps consacré aux vernissages. Salons de peinture, de l'automobile, etc. Le Touring de Club de France a voulu que celui du 3 courant le soit à ses postes de secours.

Pour cela il avait convvié la presse parisienne : politique, sportive et médicale à une promenade sur la route de Paris à Etampes qui venait, après Paris-Rambouillet, d'être dotée de 9 postes de secours.

Ces postes échelonnés de 5 en 5 kilomètres sont placés aux endroits les plus dangereux. Ils sont munis d'un brancard, d'une musette avec paquets de pansements, bandes hémostatiques, coton, ampoules d'éther etc. Ils sont iastallés de préférence chez un garagiste ou café.

Dès l'accident signalé, les brancardiers se portent à l'endroit indiqué pendant que, par téléphone ou, à défaut, par tout autre moyen rapide l'on avise le docteur ou le chirurgien du secteur. Le ou les blessés sont amenés, s'ils sont transportables, au poste de secours où le médecin ne peut tarder à venir. C'est à lui qu'incombe alors les ordres à donner.

Néanmoins, dès que les brancardiers sont arrivés auprès du ou des blessés, ils signalent leur présence au moyen d'un fanion portant Croix Rouge sur Fond bleu et T. C. F. en lettres blanches. *C'est le S. O. S. de la route*. Ce fanion indique a tout conducteur d'une voiture, cycliste ou motocycliste, qu'un devoir d'humanité leur ordonne de s'arrêter, qu'il y a des blessés et que leur concours est peut-être nécessaire. Le transport a lieu soit au poste de secours, à la clinique ou la ville la plus proche.

D'autres itinéraires sont en voie d'organisation.

A Etampes un excellent déjeuner, offert par le T. C. F. nous réunissait à l'Hôtel Saint-Christophe sous la présidence de M. Auscher, vice-président du T. C. F. Le Ministre de la guerre était représenté par le Général Crinon directeur de la police sur route pour toute la France ; celui du Commerce par M. Grimpert ; des Travaux Publics par M. Hubert.

Aprés un exposé général des secours dus à tout accidenté de la route par M. Auscher, M. le Docteur Behague, qui est l'âme de cette organisation, nous a exposé à son tour comment l'on arrive à installer un poste de secours et à s'assurer les concours dévoués nécessaires à leur bon fonctionnement ; l'espoir qu'il a de voir ces postes former autour de Paris, comme des grandes villes une véritable toile d'araignée en attendant qu'ils s'étendent dans toute la France.

A. Rouzaud

BIBLIOGRAPHIE

L'amour de l'Art. Revue mensuelle ; abt : France : 95 fr. Librairie de France, 110, Boulevard Saint Germain, Paris.

Sommaire du n° de juillet 1928 : Les décorateurs de 1928, par G. Vareune. — Jordaens, par Grégoire Le-Roy. — Madame Ellin par Marie Dormoy. — D'Ingres à Picasso, par Léon Dordoré. — L'architecture du béton armé : une œuvre classique par Marce Mayer.

Chronique : chroniqne des expositions. — L'exposition Pillement. — Le mouvement des Art appliqués. — Bibliophilie. — Une nouvelle galerie d'art moderne au Havre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le paludisme en pratique obstétricale,

Par Henri VIGNES.

Influence de la gestation sur le paludisme. *La gestation ne confère aucune immunité* vis-à-vis des inoculations ou des reviviscences du paludisme (Dmitrieff) (1).

Bien au contraire, la gestation réveille souvent le paludisme chez les femmes guéries. Elle le réveille, même, chez des femmes qui ont quitté les pays infectés depuis plusieurs années, sans que cependant cette éventualité soit constante, ni même fréquente.

La gestation peut modifier le type des accidents paludéens : on peut observer, par exemple, une transformation du type quotidien au type tierce ou quarte.

La gestation rendrait le paludisme plus sévère. On observerait avec une fréquence augmentée les accidents suivants :
névralgie faciale,
cachexie palustre aiguë avec mort rapide,
crises graves « la fièvre intermittente simple se transforme en pernicieuse pendant la grossesse », a-t-on pu écrire jadis ;
tachycardie grave (Burdel),
anémie (Manaberg).

Pour Dmitrieff, en cas de paludisme habituel chez une femme enceinte, on note une diminution de l'hémoglobine et, par contre, une formule leucocytaire normale.

Bolaffio distingue, au cours de la gestation, les anémies paludéennes simples, qui sont la règle, et les anémies pernicieuses, qui sont l'exception : malgré que la gestation rende fréquemment les anémies pernicieuses, il est rarissime que l'anémie paludéenne tourne au « pernicieux ». Le pronostic de l'anémie paludéenne ordinaire est favorable (2).

L'albuminurie serait assez fréquente ; mais les convulsions éclamptiques ne semblent nullement favorisées (Kaufman).

Pour Kaufman, le paludisme associé à la gestation ne devient grave que s'il n'est pas traité, soit par négligence de la malade, soit par timidité du médecin.

A titre de curiosité, rappelons un cas de Coppin (3) qui a pu donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic. Une rate palustre en ectopie fut repoussée à droite par l'utérus gravide, à tel point qu'on l'aurait confondue avec le foie, s'il n'y avait pas eu une bande de sonorité entre les deux viscères.

Influence du paludisme sur la gestation. *Le paludism peut n'avoir aucun effet sur la gestation*, même chez les femme qui n'ont point été traitées.

Le paludisme détermine souvent l'interruption de la gestation, avortement et plus souvent encore, accouchement prématuré. Dans une statistique ancienne de 105 cas, Bonfils (*Thèse de Paris*, 1885) relevait 12 avortements, 61 accouchements prématurés et 32 accouchements à terme. Dans un travail plus récent, Le Gall (4) note l'interruption de la gestation dans 50 % des cas. Récemment aussi, Weatherly, aux Indes, a observé 46 % d'avortements et seulement 3,56 % en Angleterre. Par contre, sur 15 femmes, Whitridge Williams relève seulement deux accouchements prématurés (à Baltimore (1).

Voici quelques autres chiffres :

	Avortements	accouchements prématurés.	Total
Laffont (2) (stat. globale) . .	8 %	28 %	36 %
(Cas non traités).			72 %
Canton (3) (cas bénins non traités)	9,7 %	33 %	40,7 %
(Cas graves non traités)	12,5 %	35 *a* 50 %	
(Cas graves traités)	1,8 %	21 %	22,8 %

Fontoynont (4) a décrit le cas de femmes hovas qui commencent une série d'accès par des douleurs hypogastriques et lombaires indiquant une menace d'avortement ; ces douleurs disparaissent par un traitement antimalarique.

L'interruption de la gestation peut se produire après un accès unique.

Il a été classique d'enseigner que les formes aiguës et les accès pernicieux déterminent plutôt l'avortement que l'accouchement prématuré et que la cachexie palustre est la cause de presque tous les accouchements prématurés.

Le paludisme réalise un ensemble de conditions défavorables au développement de l'enfant : même s'il naît à terme, il est fréquent qu'il soit débile (Dmitrieff).

Il arrive d'autre part, souvent qu'il naisse mort, surtout dans les cas où la gravité de la maladie détermine un accouchement prématuré et dans certaines statistiques, cette éventualité se rencontre une fois sur trois.

Les interruptions de la grossesse sont déterminées soit par la mort du fœtus, soit par d'autres circonstances : on les a attribuées à l'hyperthermie, ce qui semble peu probable, ou encore à une action toxique s'exerçant sur des fibres utérines prédisposées.

* * *

Influence de la parturition sur le paludisme. *Il est rare que l'on observe des accidents paludéens provoqués par l'accouchement et au cours de l'accouchement.* Cependant, tout récemment, Hervier (5) a rapporté l'observation d'un accès pernicieux rapidement mortel, survenu à la suite d'un accouchement prématuré d'un enfant mort.

Ce qui est fréquent, c'est d'observer un réveil de paludisme pendant les suites de couches, réveil conditionné par la parturition. C'esr un fait très général que tout traumatisme, tout choc, toute perturbation du systèm neuro-évgétatif, est susceptible de réveiller le paludisme. Il en est de même du traumatisme de l'accouchement.

Je ne peux m'empêcher, d'autre part, de supposer que la modification de la circulation abdominale ne soit capable de retentir sur la circulation splénique et de favoriser l'essainage des hématozoaires « embusqués » dans la rate.

L'influence du paludisme sur la parturition n'est pas établie de façon certaine : on a parlé d'accélération du travail et on a parlé de ralentissement. L'étude de ce point est à reprendre, en tenant compte des facteurs obstétricaux et en tenant compte du diagnostic : accès habituels, accès au cours de l'accouchement, cachexie palustre.

(1) Dmitrieff. — Le paludisme chez la femme enceinte et dans les suites de couches. *Livre jubilaire du professeur* Okintchitz, Moscou, 1924.
(2) Bolaffio. — Paludisme et anémie de la gestation. (*La Clinica Ostetrica*, 1925, p. 505.
(3) Coppin. — Rate palustre en ectopie chez une femme enceinte (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine*, mai 1926.)
(4) Le Gall. — De la grossesse et du paludisme. 1917. (*Thès. de Paris*, n° 97.)

(1) Whitridge Williams. — *Obstetrics*. éd. de 1923, p. 551.
(2) Laffont. — Thèse de Paris, 1909-1910.
(3) Canton. — Malaria et fonction de reproduction (*Prensa medica* 20 juillet 1926, p. 161.
(4) Fontoynont. — *Presse médicale*, 27 août 1902, page 824.
(5) Hervier. — Sur un cas d'accès pernicieux palustre après l'accouchement (*Bull. de la Soc. méd. chir. de l'Indochine*, octobre 1925, n° 10. p. 533).

Laurentie (1) a observé un accouchement se produisant pendant un accès grave qui détermina un état de choc et la mort de la femme. « Ce fait, ajoute-t-il, nous a frappé par sa brutalité, étant peu habitué à observer de pareils désastres dans les nombreux cas de paludisme et grossesse que nous voyons ici » (à Beyrouth).

Influence des suite de couches sur le paludisme. *Il est très frequent qu'au cours ces suites de couche, il se produise un réveil des accès* probablement conditionné par les motifs indiqués ci-dessus.

* * *

Ce réveil est précoce.

Les accès ont en général leur périodicité habituelle.

« Certaines malades, écrit Deromps (2), à Téhéran, qui ont eu dupaludisme à un moment donné... présentent souvent à l'occasion de leur accouchement, surtout lorsqu'il y a eu intervention, donc un plus grand traumatisme, un reveil de ce paludisme latent ».

Dmitrieff (3) a signalé l'existence de psychoses dans les suites de couches ; il en a observé, du moins, deux cas sur cinquante-six accouchements de paludiéennes. Ces psychoses prennent souvent la forme hallucinatoire.

Le problème du diagnostic peut être particulièrement délicat dans les pays où le paludisme est ignoré ou méconnu. C'est un point sur lequel a insisté Piet (de Denain) (4) : « On entend parler çà et là, discrètement, à l'heure actuelle, de suites de couches inquiétantes et paradoxales, inertie utérine et hémorragies sans rétention placentaire, fièvre intense sans altération des lochies... troubles gastro-intestinaux atypiques, congestion pulmonaire instable, etc... Dans les cas graves, on incrimine, faute de mieux, soit une septicémie... d'emblée, soit une infection typhique... sans symptômes cardinaux, et parfois sans hémoculture ni agglutination, soit une granulie... sans cyanose ou même sans dyspnée. Après avoir accepté longtemps ces hypothèses, peu satisfaitantes, je me suis trouvé conduit à envisager une autre interprétation qui s'est adaptée beaucoup mieux aux cas de ma petite sphère. Il s'agit du paludisme larvé... Et tout porte à croire qu'il serait bon de l'envisager plus souvent, en bien des endroits... »

Nous résumerons sommairement les observations de Piet :

I. — Septième gestation. Accès fébriles pendant la gestation. Accouchement à terme. Fièvre à 40° le septième jour avec lochies normales. Curettage : pas de débris. Mort deux heures après avec 42°.

II. — Primipare. Accouchement à terme. Fièvre, abcès du rein un mois après l'accouchement ; prostration sans stupeur et fièvre à 42°2. Grosse rate, utérus involué. Guérison par la quinine. Par les suite, cette jeune femme a présenté des courbatures et des névralgies périodiques (paludisme fruste), qui ont disparu chaque fois en quarante-huit heurees, par la quinine seule.

III. — Primipare. Au septième jour, fièvre à 40° avec lochies normales et utérus normal. Grosse rate. Diagnostic : paludisme probable ; au reste la fenêtre de la chambre s'ouvre directement sur un bois marécageux par-dessus un canal d'eau dormante. Le lendemain, l'examen du sang montrera des éléments typiques d'hématozo. ires.

L'auteur rapporte onze autres observations analogues, dont une avec contrôle hématologique.

Après avoir éliminé l'infection puerpérale, la dothienentérie et la tuberculose aiguë, Piet donne les signes suivants en faveur du paludisme :

1° grosse rate et congestion pulmonaire de voisinage ;

2° ballonnement et diarrhée ;

3° symptômes nerveux (courbature et abattement) accentués avec psychisme normal.

Divers auteurs ont indiqué d'autres signes de probabilité (en dehors de la recherche de l'hématozoaire), c'est à savoir l'existence d'intervalles apyrétiques, la lenteur du pouls entre les accès et sa lenteur relative pendant lesdits accès.

Influence du paludisme sur les suites de couches. L'involution utérine serait retardé en cas d'accès fréquentes.

D'après Chevers, les accès dans les suites de couches s'accompagnent d'arrêt de la sécrétion lactée et de la sécrétion lochiale.

On observerait parfois après les accès des métroorragies abondantes et tenaces.

La sécrétion lactée est diminuée par les accès

* * *

Paludisme du nouveau-né. *Il est fréquent que les nouveau-nés présentent des signes de paludisme.* On est amené alors à discuter soit l'infestation par les anophèles, soit l'origine congéntale.

1° Un certain nombre d'auteurs nient l'origine congénitale. Graham, en 1904, isolant les enfants de leur mère nettement paludéenne et les mettant à l'abri des contagions n'a jamais trouvé de germes dans leur sang ; cependant, il admet que, s'il se produit des hémorragies dans le placenta, il peut y avoir invasion du fœtus. (Jamaïque : 4 observations),

De même W. Williams, sur quinze cas, n'a jamaistrouvé de protozoaire (Baltimore). Van den Branden (1) qui a constaté, lors de 31 accouchements, la présence de plasmodium dans le sang de la mère, n'a rien trouvé chez le fœtus (Congo Belge).

2° D'autres auteurs affirment la possibilité d'une origine congénitale.

Teissier et Brumpt ont pu observer la transmission de l'hématozoaire de la mère au fœtus. Adam (2) aurait constaté l'existence du protozaire dans le sang du cordon. Griaznov (3) a publié un cas qu'il considère comme démonstratif de la transmission intra-utérine : il s'agissait d'une fillette de trois mois chez laquelle l'examen du sang montrait du plasmodium viva.. La mère avait eu des crises graves pendant sa gestation, l'enfant naquit à terme le 5 décembre et resta bien portante jusqu'en février (Russie . On peut se demander cependant s'il s'agissait bien là d'une transmission intra-utérine et non pas d'une contagion néonatale.

Olivelli (4) a publié un cas qu'il considère comme démonstratif : il s'agissait d'une fillette de six mois dont la mère originaire d'une région impaludée, présentait des accès de malaria, en particulier au cours de sa gestation. La femme étant accouchée dans une région où il n'y a pas de malaria, Olivelli en conclut que son observation est en faveur d'une origine congénitale (Italie).

Langeron et Van Nitten (5), qui ont pu étudier cinq enfants morts-nés ou morts peu après la naissance et vingt-cinq enfants vivants nés de mères paludéennes considè ent que la contamination congénitale, trans-placentaire, révélée par la présence de Schizontes est très fréquente (Congo Belge).

Weselko a constaté de façon constante les plasmodies dans le sang des enfants nés de mères parasitées (Dalmatie).

Nous avons cité plus haut les travaux de Piet. Pour cet auteur, le paludisme serait très fréquent dans nos pays. Or, il attribue au

(1) Laurentie. — Accouchement rapide et normal au cours d'un accès paludéen. Mort de la malade, 30 minutes après (*Bull. de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 560.)

(2) Deromps. — Paludisme et grossesse (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 227).

(3) Dmitrieff. — Psychoses paludiques dans les suites de couches. (*Vratchebnoïe Delo*, 1925, n° 24-26.)

(4) Piet. — Paludisme et suites de couches. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 18 et 25 dec. 1921.)

(1) Communication à la *Société de pathologie exotique*, séance du 6 avril 1927.

(2) Adam. — Un cas de paludisme congénital (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, p. 181.)

(3) Griaznov. — Transmission intra-utérine du paludisme (*Vratchebnoïe Delo*, 1er août 1924.

(4) Olivelli. — Malaria congénitale (*La Pediatria*, tome XXXII, fasc. 16, 15 août 1924.

(5) Communication à la Société de Pédiatrie (seance du 28 février 1928). Voir aussi Arias-Aranda. A proposito del Paludismo Congénito (*Archivos Latino-Americanos de Pediatria*, sept. 1926).


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

paludisme congénital ou néo-natal un grand nombre des eczémas observés chez les nourrissons (1). Il appuie son dire sur plus de cent observations, dans lesquelles il s'agissait d'érythèmes fessiers de forme classique, ou plus souvent d'eczémas suintants véritables du pourtour de l'anus et des fesses, étendus parfois jusqu'aux talons et jusqu'à l'ombilic, résistant à tous les traitements locaux et aux changements d'alimentation.

Les enfants, parfaitement sains apparemment à leur naissance, présentaient un peu plus tard avec l'eczéma, quelques sueurs évoquant l'idée d'un mouvement fébrile passager, des troubles intestinaux ou gastro-hépatiques plus ou moins accentués : subictère, vomissements ou vomiturition, diarrhée avec matières granuleuses et vertes ou verdissant à l'air.

La diète ou les modifications des tétées n'y changaient rien. Il fallait chercher une autre modification.

Piet a essayé de la quinine en raison de symptômes présentés par les mères et qui avaient une forme palustre : fièvre survenant après des couches normales, sans aucune sensibilité du ventre, sans modifications des lochies, avec les rémissions du soir, et les reprises périodiques caractéristiques, tierces, quartes ou septanes des 7e, 13e, 19 ou (6n × 1 jours).

Du reste, les accidents des enfants, y compris l'eczéma, débutaient aussi les 7e, 13e, 19e jours après le jour de l'accouchement, ou du travail et les rechutes après détente se reproduisaient régulièremt après une ou plusieurs périodes de six jours.

La quinine a été administrée en suppositoires, à doses relativement élevées : *deux suppositoires de 0 gr.* 15 de quinine par jour pour un nouveau-né, trois même au besoin. Ces doses, qui peuvent sembler troublantes au premier abord, auraient été parfaitement supportées par les tout petits enfants, comme le constatent tous les auteurs qui se sont occupés du paludisme.

Les résultats ont été très réguliers. Le suintement de l'eczéma à plus forte raison le simple érythème, ont toujours cessé dans les quarante-huit heures, exceptionnellement en trois jours, comme les troubles gastro-hépatiques ou les symptômes de fièvre, bien qu'il ait fallu parfois davantage pour reconstituer un épiderme sain : six ou huit jours par exemple.

Il faut réserver cette thérapeutique aux cas où il y a quelques présomptions de paludisme pour la mère ou l'enfant. Mais, ajoute l'auteur, ces cas ne sont pas rares.

3° D'autres auteurs, enfin, soutiennent une opinion mixte. Œconomos considère que le passage est possible seulement si l'infection de la mère est récente.

***

Paludisme et nouveau-né. Nous renverrons pour l'étude clinique du paludisme chez le nouveau-ne à la communication de Dumolard faite en 1909 à la *Société médicale des hôpitaux.*

Paludisme et placenta. Pour Dmitrieff, le placenta, en cas de paludisme chronique présente une dégénérescence hyaline du tissu conjonctif avec thrombose des vaisseaux des villosités.

Blacklock et Gordon (2), travaillant dans une région très infectée (Sierra Léone), ont consacré à ce sujet deux importants mémoires dont voici les principales données :

1° sur 26 placentas, 12 ont montré du *plasmodium falciparum* ; soit plus de 30 % ;

2° sur 23 mères examinées, 4 étaient infectées de par la clinique et le laboratoire.

3° dans le sang placentaire on trouvait des spores et des formes jeunes ou à moitié développées, et jamais de croissants ;

4° aucun cas de malaria congénitale n'a été constaté ;

5° les enfants peuvent naître morts ou peuvent succomber pendant la première semaine.

6° il y a souvent des signes d'érythrolyse marquée dans le cordon, sans infection du fœtus.

Le *Board of Health* du Canal de Panama (rapport d'avril 1915) a publié des observations intéressantes d'examen du placenta en cas de malaria estivo-automnale, compliquant la gestation. Si l'on fait des frottis avec la surface maternelle du placenta, on y trouve très souvent les parasites, plus souvent que dans le sang circulant. Le placenta de par sa vascularisation, ressemble un peu à la rate et à la moelle osseuse et les hématozoaires s'y localiseraientvolontiers. Les auteurs recommandent de faire systématiquement cet examen dans les régions impaludées pour avoir éventuellement ce renseignement au cas où il serait utile pour l'évolution ultérieure des suites de couches.

***

Traitement du paludisme au cours de la période obstétricale. *L'expérience montre que si une femme devient enceinte, il faut lui administrer de la quinine absolument comme si elle n'était pas enceinte.* Telle est l'opinion classique, confirmée par les publications récentes de Whitridge Williams, d'Adam (1), de Deromps.

Dmitrieff conseille l'emploi de doses fractionnées.

Ubago (Nicaragua) injecte, deux fois par jour, cinquante centigr. de quinine dans cinq centicubes d'eau et, pour prévenir tout effet abortif, il administre une cuillerée à café d'elixir parégorique avant l'injection. En cas d'insucès, il injecte, à doses croissantes, de l'arrhénal et administre la quinine *per os.* S'il s'agit d'un accès pernicieux, il injecte un gramme et demi de quinine en une fois.

On ne compte plus les cas où un traitement quinique énergique a enrayé un avortement imminent. Le Gall en rapporte une observation très démonstrative. Adam en publie quatre autres où l'emploi de grosses doses permit d'arrêter un avortement imminent.

On discute encore, pour savoir si la quinine employée chez une femme paludéenne peut déterminer un avortement. Tarnier, jadis a administre la quinine à la dose quotidienne de quatre grammes sans provoquer d'accouchement. Slartscheff (Bulgarie) a publié récemment l'observation d'une multipare de 42 ans à qui il a administré, sans inconvénient, 100 gr. de quinine (2) pendant le quatrième mois de sa gestation. De Vecchi, quoi qu'il considère la quinine comme presque toujours sans danger, conseille à la fin de la gestation de lui associer des opiacés (3).

Nous ne nous lancerons pas dans une revue complète des opinions exprimées à ce sujet. A Razetti (de Caracas) qui prétend n'avoir jamais observé d'avortement dû à la quinine (1919) nous opposerons l'opinion de Ubago. « Il est entendu que la quinine peut causer l'interruption de la grossesse et nous avons vu tels cas dans lesquels, sitôt faite l'injection sous-cutanée de quinine, l'avortement s'est déclaré, alors qu'aucune menace ne paraissait exister auparavant ». Il semble bien démontré que, chez certaines femmes prédisposées la quinine est un abortif, mais il faut reconnaître aussi que certains cas d'avortement sont dus à l'intensité de la maladie paludéenne et non au médicament.

En pratique, les avortements dus à la quinine sont trop peu fréquents pour contre indiquer l'emploi de ce précieux anti abortif (4).

On a proposé d'administrer systématiquement la quinine après l'accouchement dans les régions impaludées ou chez la femme

(1) Piet. — Notes cliniques sur des cas d'eczémas (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 29 janvier 1928, p. 69.

(2) Blacklock et Gordon. — Parasite de la malaria dans le sang placentaire (*Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, mars 1925) p. 37. — Paludisme a la fin de la gestation. (*Ibid.*, sept. 1925, p. 327.)

(1) Adam. — Paludisme au cours de la grossesse traité par des doses massives de quinine. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, p. 179.

De plus, pour décongestionner le foie, il administre dix centigr. de calomel le soir et trente grammes de sulfate de soude le matin.

Ubago. — Traitement du paludisme chez la femme enceinte (*Gynéc. et obst.*, 1926, tome

(2) Slartscheff. — Action de la quinine sur la gestation, d'après une analyse, in *Arch. fur Schiffs und Trop. Hygien.*, 1923, p. 46.

(3) Zocchi. — Action de la quinine sur l'utérus gravide (*Rassegna d'Ostetricia e Gin*, 1923, p. 161.) — Voir aussi De Vecchi. — Quinine et malaria chez la femme enceinte (*Policlinica*, 7 février 1927, p. 207.)

(4) Canton. — Sur 152 femmes enceintes traitées par voie buccale et 62 traitées par injection intramusculaire, n'a jamais observé d'avortement (Argentine).

paludéenne, puisque les premiers jours des suites de couches sont souvent troublés par des réveils de paludisme.

On a employé avec succès divers autres agents thérapeutiques en cas d'insuccès de la quinine. FONTOYNONT, en 1902, a publié des observations où l'arrhénal a arrêté des ménaces d'avortement, fonction d'accès paludéens.

L'hectine, le néo-salvarsan, le bleu de méthylène (injection veineuse de trois centigr.) ont été employés avec succès par UBAGO.

Malariathérapie au cours de la gestation. On sait que l'inoculation thérapeutique de la malaria a été employée avec des succès variables contre diverses maladies du système nerveux.

Récemment, UNGER (1), ayant à soigner une femme atteinte de paralysie générale sur laquelle la gestation exerçait une influence aggravante, lui inocula un paludisme à type quotidien. Cette femme eut vingt-deux accès et monta jusqu'à 39°. Elle accoucha à terme, sans douleur, d'un enfant vivant, qui pesait 2.640, qui avait un Wassermann négatif à la différence de sa mère et chez qui on ne constata pas d'hématozoaires.

(1) UNGER. — Amélioration d'une paralysie progressive par la malariathérapie. (*Méd. Klin.*, 2 oct. 1925).

Corrélation entre la maladie de Fauchard et les foyers infectieux gastro-intestinaux. Déductions pathogéniques et thérapeutiques.

Par le Dr **René VINCENT.**

Depuis que cette maladie nous est connue, c'est-à-dire depuis Fauchard, en 1746, tous les auteurs qui se sont attachés à son étude lui ont donné une appellation nouvelle en rapport avec les modifications de leur conception pathogénique ;

Scorbut des gencives pour Fauchard, pyorrhée interalvéolodentaire pour Toirac, ostéopériostite alvéolodentaire pour Magitot, gingivite arthrodentaire infectieuse pour Malassez et Galippe, polyarthrite alvéolodentaire pour Redier, etc.

La multiplicité de cette terminologie reflète bien la complexité de cette maladie.

Actuellement, lorsque nous la voulons désigner, nous disons communément pyorrhée alvéolodentaire, comme faisait Toirac en 1849.

Mais, à la lumière des interprétations anatomopathologiques et pathogéniques que permettent les travaux des auteurs modernes, parmi lesquels il convient de citer Beaum, Hopewell, Smith, Mendel, Roy, Tellier, nombreux sont ceux qui, avec Rousseau-Decelle, s'élèvent contre ce terme :

« Ce n'est qu'un symptôme, dit M. Rousseau-Decelle, « important, capital il est vrai, mais tout de même un « symptôme qui n'est ni initial, ni constant. »

Pour ma part, je suis tenté d'aller plus loin encore et de dire que la pyorrhée n'est qu'une complication, habituelle mais non constante, d'une affection dont la première manifestation pathologique est osseuse. L'accord semble, en effet, bien fait, à l'heure actuelle, pour reconnaître que les lésions osseuses sont primitives. Le premier temps de la maladie, c'est la résorption alvéolaire. Aussi M. Rousseau-Decelle propose-t-il de rechercher un terme nouveau qui tienne compte de ce fait anatomopathologique primordial et, pour sa part, suggère celui d'alvéoloclasie.

Il serait, en tous cas, infiniment désirable qu'un accord se fît sur une appellation susceptible de rallier les suffrages du monde dentaire, pour mettre fin à la confusion créée par la diversité et l'imprécision des termes usités jusqu'ici. Pour notre part, nous ne voyons pas la nécessité de rechercher une dénomination pathogénique, puisque c'est justement la pathogénie de cette affection, et non son entité clinique, qui demeurent incertaines, alors qu'il serait si simple de nous entendre pour l'appeler, sans froisser l'amour-propre de personne : maladie de Fauchard. N'avons-nous pas, en pathologie générale, nombre de maladies à pathogénie pourtant mieux connue, que nous désignons, en rendant hommage à l'auteur qui les a le premier décrites, telles que, pour n'en citer que quelques-uns, la maladie bronzée d'Addison, le mal de Pott, le mal de Bright, la maladie de Basedow, etc.

La pyorrhée alvéolodentaire, puisque tel est encore son nom classique, doit aujourd'hui être envisagée comme une altération tissulaire des alvéoles et des gencives. La plupart des auteurs, tout en attribuant la priorité aux lésions maxillaires, reconnaissent celle des gencives. Elle est concomitante ou secondaire.

De là, deux variétés anatomopathologiques et cliniques distinctes.

Dans le premier cas, les tissus osseux et gingivaux se résorbent suivant une marche simultanée ; le collet des dents se dénude, le cément est mis à nu, la dent se mobilise, mais il n'y a pas trace de suppuration, de pyorrhée, au sens étymologique du mot.

Dans le deuxième, la lésion osseuse prend le pas à une vitesse plus ou moins accélérée sur la lésion gingivale : la racine flotte, partiellement tout d'abord, dans la gencive comme la jambe dans le fourreau du pantalon. Un cul-de-sac périradiculaire se constitue, qui offre aux nombreux microbes, hôtes habituels de la bouche, un abri parfait pour leur pullulation et l'exaltation de leur virulence. La suppuration, la pyorrhée, vraie cette fois, s'installe et vient aggraver et accentuer, par complication secondaire, les lésions déjà créées par la maladie causale.

Si nous semblons, actuellement, bien fixés sur l'existence et la chronologie de ces faits anatomopathologiques, nous le sommes beaucoup moins quant à l'interprétation pathogénique de leur détermination.

Il est impossible, en raison de leur nombre et du volume de leurs travaux, de passer en revue tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Nous résumerons seulement les écrits de quelques-uns, où nous trouverons, d'ailleurs, rappelées avec leurs idées personnelles, celles de la majorité des autres auteurs, tant français qu'étrangers.

M. Roy, dans son travail intitulé « Pathogénie et Prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire », élimine successivement toutes les causes d'origine locale :

1° Tout d'abord, la gingivite, pourtant admise par Biggs, Müller, Landgraf, car l'inflammation et l'infection gingivales, constantes chez certains individus, par absence d'hygiène dentaire, ne sont pas obligatoirement suivies de pyorrhée et, pour cet auteur, la gingivite ne viendrait que compliquer secondairement la pyorrhée.

2° Les calculs dits sériques.

En se basant sur les démonstrations de Buichard, qui peuvent se résumer ainsi : « il y a toujours un espace « entre le péricément et le calcul, montrant que le dé- « collement ou la porte du péricément est en avance sur « le calcul. »

3° L'infection.

Impossibilité de trouver un microbe spécifique dans les poches pyorrhéiques ou dans les tissus périradiculaires.


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY
38 Bd Bourdon NEUILLY


OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL
doses à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

Pas de contagion de dent à dent ou d'individu à individu, pour cet auteur.

Impossibilité de reproduire la maladie par des inoculations du pus ou des microbes (expérience de Galippe, Müller, Goodly).

« Enfin, dit M. Roy, si la théorie de l'infection, cause « première de la pyorrhée, devait être admise, il faudrait « expliquer pourquoi quantités d'individus, avec des bou- « ches très infectées, ne présentent pas de pyorrhées, « alors que celles-ci se rencontrent dans des bouches qui « ont toujours été très soignées ».

Et M. Roy conclut que l'infection ne saurait être la cause première de la pyorrhée, et qu'elle n'est, en réalité, qu'un élément secondaire de la maladie, n'entrant en jeu que lorsque celle-ci est déjà constituée.

4° Les causes traumatiques.

On sait que, pour certains auteurs, Karoly, Blac, Godon (rupture d'équilibre du système dentaire) les lésions primitives seraient des troubles d'origine traumatique, consécutivement circulatoires et trophiques.

Sans nier leur intervention dans l'évolution de la pyorrhée, M. Roy ne leur attribue que le rôle de causes prédisposantes : « toutes les causes traumatiques pouvant se « rencontrer sans pyorrhée et, d'autre part, la pyorrhée « étant susceptible de se développer en dehors d'elles. »

Ayant ainsi rejeté les causes locales comme susceptibles de déterminer la lésion initiale, M. Roy affirme que la pyorrhée alvéolaire est une maladie d'origine générale et, reprenant les vues de Magitot, déclare que c'est l'arthritisme et les affections qui s'y rattachent qu'il faut incriminer à l'origine de la pyorrhée.

M. Roy se livre ensuite à une étude clinique et anatomopathologique des lésions alvéolaires et conclut, avec Hopewel, Smith, que les altérations osseuses des maxillaires sont le résultat d'une sénilité précoce.

L'atrophie sénile des bords alvéolaires n'est qu'un processus physiologique quand elle se produit à un âge avancé ; mais la sénilité n'est pas nécessairement une question de nombre d'années.

Quant aux lésions inflammatoires osseuses rencontrées au cours de la pyorrhée sénile, M. Roy les explique par des phénomènes secondaires qui intéressent la gencive et le péricément qui étant, eux, de nature inflammatoire, provoquent dans l'os sous-jacent des phénomènes de même nature.

Enfin, pour expliquer l'apparition de cette sénilité précoce, M. Roy invoque encore l'arthritisme ! ! !

M. Rousseau-Decelle, dans ses considérations générales sur la pyorrhée et son traitement, pense que, jusqu'à quarante ans, la pyorrhée est surtout conditionnée par des causes locales, en particulier le traumatisme, mais qu'ensuite ce sont les causes internes et les causes générales qui prédominent dans l'étiologie de cette maladie. Age critique que celui de quarante à cinquante ans : perturbation des glandes à sécrétion interne, apparition des troubles dus aux auto-intoxications de toute nature : déficience du sympathique dans son rôle régulateur de la vie organique, etc... » Cette involution, dit M. Rousseau-Decelle, c'est-à-dire la prédominance de la désassimilation, va du reste se précipitant sans cesse, c'est ainsi que l'alvéoloclasie constitue l'aboutissant physiologique et fatal de l'évolution de la dent.

En somme, l'alvéoloclasie est un processus physiologique qui, normalement, ne se développe qu'à partir d'un âge plus ou moins avancé, mais qui peut être déclenché d'une façon précoce sous l'influence de causes locales et de causes générales. « Puis M. Rousseau-Decelle s'appuie sur les travaux d'Auguste Lumière sur l'état colloïdal et la floculation qu'il résume ainsi : l'état colloïdal conditionne la « vie, l'état de floculation humo- « rale et cellulaire conditionne la pathologie et la mort », et, pour lui, tous les états pathologiques susceptibles d'amener par des mécanismes divers le mûrissement des colloïdes et la floculation, doivent être invoqués et, notamment, ces états sont l'arthritisme, les troubles endocriniens, l'hypothyroïdie, l'insuffisance ovarienne. Enfin, il rappelle la relation si étroite entre le système endocrinien et le système nerveux végétatif, et les réactions de ces systèmes l'un sur l'autre.

Et M. Rousseau-Decelle conclut : « l'alvéoloclasie, qui « existe virtuellement chez tout individu arrivé à l'âge « adulte, est déclenché plus ou moins tôt sous l'influence « de causes générales ou locales. Ce sont tantôt les unes, « tantôt les autres qui débutent, mais il arrive toujours « un moment où elles s'additionnent, se combinent et « s'enchevêtrent, précipitant et aggravant ainsi le pro- « cessus d'alvéoloclasie ».

M. Lebedinski, dans son travail sur la physiologie, estime qu'il faut attribuer à la pyorrhée toutes les causes générales susceptibles de déterminer l'atrophie alvéolaire et, observant que la trophicité est sous la dépendance du système nerveux vasculaire et de l'intensité des échanges, étudie des causes nerveuses, des causes vasculaires et des causes dues à l'état catabolique réalisé pathologiquement par :

1° les infections ;
2° les intoxications ;
3° l'arthritisme ;
4° les troubles endocriniens.

Pour M. Lebedinski, il est une forme particulièrement fréquente de la maladie de Fauchard : c'est la forme sénile.

Cette forme sénile n'est pas pathologique tant qu'elle se borne à l'atrophie aseptique des alvéoles, et la maladie n'apparaît qu'avec l'infection secondaire de l'articulation alvéolodentaire par les germes du polymicrobisme buccal.

Ces quelques analyses résument à peu près l'état de nos connaissances et des idées actuelles sur la pathogénie de la pyorrhée alvéolodentaire. Si nous trouvons précision, clarté et logique dans l'étude des faits anatomopathologiques, dès qu'il est question d'en expliquer les causes profondes, nous assistons à un véritable rebondissement vers les idées générales plus ou moins étroitement liées aux sujets.

Peut-on dire que la pyorrhée est un trouble trophique déterminé par l'arthritisme et se satisfaire de cette explication ? Aujourd'hui, les termes d'arthritisme, de diathèse, ne sont plus admis et ne correspondent plus à rien. Le rôle de plus en plus important que nous attribuons aux troubles endocrinosympathiques en particulier a transformé et transporté cette question.

Certes, nous sommes charmés par les hauteurs sur lesquelles nous emmène M. Rousseau-Decelle, lorsqu'il nous brosse à grands traits les beaux travaux d'Auguste Lumière sur la floculation : mais ces généralités, sans doute vraies, ne pourraient-elles pas s'appliquer à la plupart des affections pathologiques. Elles portent loin de l'immédiate précision vers laquelle nous aspirons.

Enfin, s'il faut distinguer deux pyorrhées, l'une physiologique et aseptique, la forme sénile, l'autre en tous points semblable à la première, mais prématurée et, de ce fait, septique, pourquoi cette distinction basée sur l'infection et d'où vient cette infection ? ne saurait-elle venir que du milieu buccal ?

En somme, la pathogénie de la maladie de Fauchard demeure encore, de nos jours, bien insuffisante et, dès que les auteurs veulent serrer le sujet d'un peu plus près et descendre des généralités où nous ne trouvons que le mirage des mots, ils entrent dans le domaine de l'hypothèse.

Des faits, récemment observés, pourraient, dans une certaine mesure, aider à concevoir certains côtés encore mal expliquées de ce complexe sujet et, notamment, compléter nos connaissances sur le rôle et la source de l'infection dans la pathogénie de la pyorrhée.

Nous nous rendons compte de l'insuffisance de notre travail puisqu'il ne comporte que deux observations, mais leur divulgation, peut-être prématurée, nous paraît utile, ne fût-ce que pour entraîner ceux qui, plus favorisés que nous par le temps et les moyens d'action, pourraient pousser plus avant le travail que nous regrettons de ne faire qu'ébaucher.

Première observation. — Dans la première, il s'agit d'un malade, M. D..., âgé de trente sept ans, dont le passé pathologique est le suivant :

A dix-sept ans, il est opéré pour une appendicite suppurée, et réopéré quinze jours après.

A dix-huit ans, il se rend à Java et contracte la malaria.

Pendant la guerre, il fait de 1.500 mètres, une chute d'avion et, tombant dans des arbres, est projeté à terre de si heureuse façon qu'il ne se fait même pas une égratignure. Pourtant, la commotion a été violente, avec perte de connaissance. Transporté à l'intérieur des lignes, des accidents péritonéaux avec température élevée, éclatent aussitôt. On diagnostique une déchirure de l'épiploon.

Après la guerre, le malade ne cessant de se plaindre de douleurs dans l'hypochondre droit, de gastralgie et d'entérite, on diagnostique un ulcère du pylore.

En juillet 1920, il est opéré par le Professeur Gosset. On trouve un épiploon déchiré et enroulé et une péritonite plastique : l'épiploon est reséqué et la vésicule et le pylore sont libérés des adhérences qui les englobent.

En 1922, il est réopéré par le Professeur Gosset, qui pratique une gastro-entérostomie pour trouble du transit ; on ne trouve ni ulcère, ni rétrécissement.

En 1923, il est à nouveau opéré par le Docteur Duval, qui lui enlève la vésicule, pourtant trouvée saine, et qui enfouit le pylore.

Avant et depuis cette opération, le malade mène une existence précaire : son amaigrissement est considérable, il est presque cachectique ; sont teint est plombé ; il souffre sans arrêt de troubles intestinaux caractérisés par une entérite chronique.

De temps à autre, de véritables crises paroxystiques éclatent avec douleurs violentes dans l'abdomen, redoublement des phénomènes entéritiques et poussées de température.

C'est au cours d'une de ces poussées aiguës que nous sommes appelé, en octobre 1925, auprès de ce malade pour un abcès dentaire dont la douleur vient s'ajouter à celle de la crise.

Le malade présente une dentition et une occlusion parfaites — ni tartre, ni caries —. La première molaire inférieure droite est le siège d'une arthrite aiguë suppurée, localisée dans le vestibule. La dent ne présente pas trace de carie dentaire et, de plus, est vivante.

Nous pensons à une arthrite de cause externe, par piqûre ou infection : nous débridons la collection, d'ailleurs très peu importante — quelques gouttes de pus — et nous prescrivons la thérapeutique d'usage.

A quelques mois de là, nous sommes encore rappelé auprès de ce malade dans les mêmes conditions : l'inflammation ligamentaire siège sur l'incisive centrale supérieure droite, absolument saine et vivante, mais il n'y a pas de collection purulente, la température ne dépasse pas 38°5, la crise intestinale a été beaucoup moins violente que lors de notre première visite.

Frappé par la coïncidence des crises intestinales fébriles avec les accidents buccaux sus-mentionnés, nous prions le malade de venir nous voir régulièrement et, notamment, à l'occasion de simples poussées douloureuses sub-fébriles qui sont, chez lui, monnaie courante.

A quelques semaines de là, le malade vient à notre cabinet dans les conditions réclamées : il ne se plaint d'aucun accident buccodentaire, si ce n'est que les dents qui ont été frappées précédemment par une poussée inflammatoire restent mobiles.

A l'examen, nous constatons à nouveau l'excellence générale de la dentition. Effectivement, D_6 et D_1 sont légèrement mobiles ; la gencive ne présente aucune modification de son aspect général, pas de décollement, mais résorption légère en relation avec une résorption, qui semble plus importante, de l'alvéole sous-jacent. Au niveau du septum interdentaire de D_3 et D_4, nous constatons que la pupille gingivale interdentaire est hypertrophiée, rouge violacé, et qu'une aréole marginale rouge va en s'amincissant passer sur le rebord vaginal de D_3 et se terminer en mourant au niveau du septum interdentaire de D_3 et D_2 : mobilité à peine plus marquée que la normale de D_3 : pas de troubles fonctionnels.

Avec une pipette stérile, nous prélevons, en piquant la languette intergingivale, une goutte de sérosité sanguinolente et nous ensemençons. Nous donnons la culture à notre ami le docteur Philibert, professeur agrégé à la Faculté. Le misrobe, qui cultive et pousse aussitôt, est un streptocoque. Sur notre demande, il est fait un vaccin avec le bouillon filtré plus les microbes tués par la chaleur !

Toute cette expérience a été répétée deux fois et, dans les dexu cas, a donné le même streptocoque.

A la suite des injections de vaccin pratiquées sur le malade, on assiste à une véritable résurrection : disparition des doulenrs et des crises intestinales, le malade s'alimente presque normalement et, en moins de deux mois, la balance accuse un accroissement de poids de six kilogs. Il reprend une vie active, sort, conduit son auto et se remet aux affaires.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un confrère, âgé de quarante-six ans, qui, depuis de nombreuses années, se plaint de troubles gastro-intestinaux, entérocolite, appendicite chronique. Il fait partie de cette cohorte si importante de malades que les traitements améliorent peu, qui hésitent à se faire opérer de l'appendicite parce que, surtout dans le cas particulier, ils doutent de son existence réelle et, obligés de satisfaire aux dures nécessités de leur existence, agissent quand même.

Depuis cinq ans, il a présenté par poussées successives tous les symptômes décrits dans la période prépyorrhéique chaleur de la bouche, agacement des dents et, parfois, véritables douleurs névralgiques localisées à une partie de la mâchoire, mais sans irradiations.

Il semble qu'ici, il existe encore une certaine corrélation entre les poussées douloureuses et la recrudescence des manifestations intestinales (douleurs, diarrhée.)

A l'examen de la bouche, on constate de nombreuses caries dentaires soignées : l'occlusion est correcte, mais g_1 et d_1, présentent des lésions pyorrhéiques avec culs-de-sac. suppuration nettement constituée, et mobilité.

Au maxillaire supérieur, plusieurs dents sont légèrement décolletées ; mise à nu du cément sur D_6 et D_3 et G_5 notamment, peu de mobilité pas de cul-de-sac, pas de suppuration, résorption nette de la table externe du maxillaire.

A l'occasion d'une période de surmenage. de recrudescence des phénomènes intestinuux et d'une poussée douloureuse de névralgies gingivales, nous avons l'occasion de constater une congestion et une hypertrophie papillaire au niveau de b_4, avec légère mobilité de la dent.

Nous procédons comme il a été expliqué à l'observation précédente.

L'examen bactériologique, pratiqué par le docteur Michel Cohendy est le suivant :

Staphylocoque anaérobie............	8 %
Pneumocoque....................	1 %
Catarrhalis.........................	5 %

Note. — « Un diplobacille, court et fin, Gram positif, assez abondant à l'examen direct sur lame colorée au Leishmann, n'a pas été obtenu en cultures. 5 juin 1926. »

Un vaccin sensibilisé autogène est injecté.

Depuis cette époque, tout est rentré dans l'ordre du côté buccal, plus d'agacement des gencives, plus de crises douloureuses et, parallèlement, les troubles intestinaux, malgré un surmenage plus intense et de graves préoccupations morales, se sont considérablement améliorés. Il faut noter, pourtant, que la suppuration au niveau de d_1 et gl_1, si elle a diminué, n'a pas disparu complètement : le cul-de-sac persiste.

Ces observations nous prouvent (surtout la première) qu'il peut exister une corrélation entre des foyers inflammatoires intestinaux et les manifestations pyor-

rhéiques ou prépyorrhéiques et il est permis de penser, tout d'abord, que cette corrélation que le hasard nous a permis de rencontrer dans deux cas particulièrement favorables, pourrait être décelée à des degrés plus ou moins nets si la recherche en était systématiquement pratiquée sur des sujets porteurs de foyers infectieux intestinaux.

Il semble bien que les microbes recueillis au niveau des gencives soient les mêmes que ceux des foyers profonds restés inaccessibles à la thérapeutique médicale ou chirurgicale.

Nous regrettons vivement de n'avoir pas pratiqué une hémoculture concomitante qui nous eût permis de constater si ce transport microbien vers la gencive a pu se faire par voie sanguine, par septicémie ; la voie lymphatique, telle que nous la connaissons anatomiquement, aboutit au canal thoracique et, à première vue, paraît mieux plausible. Pourtant, il nous est impossible de méconnaître l'étrange concomitance de bien des manifestations buccales et intestinales, notamment les poussées d'angine et les crises d'appendicite aiguë.

La réelle connexion pathologique existant entre tous les étages du tube digestif nous permet d'émettre l'hypothèse d'une voie encore inconnue, permettant la diffusion microbienne le long des voies digestives, de bas en haut aussi bien qu'inversement.

Nous ne saurions prétendre que les éléments microbiens en migration dans les voies digestives inférieures sont l'élément pathogénique de la pyorrhée alvéolodentaire. Il est facile, en effet, d'objecter que leur localisation au niveau des maxillaires s'explique aisément parce que ceux-ci, déjà frappés de résorption, constituent un point de moindre résistance, donc un appel à leur fixation.

Mais nous croyons pouvoir affirmer que l'infection, dans la pyorrhée n'est pas uniquement d'origine buccale, et qu'un foyer de suppuration, même très éloigné, la peut déterminer.

Enfin, nous savons tous combien nos connaissances sur les infections intestinales chroniques sont encore rudimentaires et combien nous sommes encore malhabiles à les combattre.

L'observation n° 1 nous montre clairement cette impossibilité, tant médicale que chirurgicale, d'atteindre certains foyers de suppuration abdominaux et intestinaux.

Aussi, conseillons nous une étroite collaboration entre le médecin et le stomatologiste dans la recherche de la concomitance des manifestations intestinales et gingivales : il est bien certain que, le plus souvent, ces manifestations, qui ne sont d'ailleurs jamais recherchées, peuvent être, par leur bénignité fonctionnelle, inaccusées par le malade et passer, de ce fait, inaperçues.

Cette technique et cette thérapeutique nouvelle mise en pratique, ne pourront-elles aider à l'étude plus rationnelle des affections intestinales et au traitement, sinon à la guérison, de nombre d'entre elles devant lesquelles nous demeurons encore impuissants et désarmés.

Transfusion. — Brem, Zeiler et Hammack (dans l'*American journal of medical sciences*, janvier 1928, page 96), ont mis en évidence que, souvent, les réactions fébriles consécutives à la transfusion sont dues à la présence dans le sang du donneur de produits en rapport avec la digestion. Il y a donc intérêt à se servir de donneurs qui soient à jeun au moment du prélèvement. — H. V.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des anévrysmes artériels spontanés.

(A propos d'un cas d'anévrysme poplité d'origine spécifique.

Par L. PLISSON.

Professeur au Val-de-Grâce.

Messieurs,

Dans une précédente leçon, nous avons examiné ensemble un blessé atteint d'anévrysme artério-veineux d'origine traumatique, et je vous ai, à cette occasion, brièvement résumé l'histoire clinique et le traitement de cette curieuse affection.

Aujourd'hui, je vais encore vous montrer un malade porteur d'ectasie vasculaire ; mais, il s'agit cette fois d'une lésion développée spontanément, insidieusement, chez un sujet en apparence très vigoureux mais atteint il y a huit ans d'une syphilis coloniale qu'il n'a jamais soignée.

Cet *anévrysme vrai*, spontané, d'origine syphilitique, et qui, chez notre malade, s'est développé aux dépens de l'artère poplitée gauche présente à notre étude un intérêt particulier.

En effet, dans une première période, à son arrivée à l'hôpital, le malade se montrait avec tous les signes pathognonomiques d'une ectasie artérielle volumineuse et progressive.

Puis, l'effet du traitement spécifique a été si rapide et si actif que, en quelques semaines, cet anévrysme a été tellement modifié dans sa forme, ses dimensions, ses réactions cliniques qu'aujourd'hui les signes cardinaux de la dilatation anévrysmale ont disparu pour laisser seulement quelques signes discrets mais très importants d'une lésion artérielle oblitérante.

De plus, l'ectasie artérielle porte chez ce malade sur l'artère poplitée : artère spéciale, dangereuse, en raison de sa disposition anatomique, et dont la ligature ou l'extirpation totale ou partielle ne va pas sans risques graves, surtout quand elle est pratiquée sur la partie basse de l'artère, au niveau du court trajet d'où partent les collatérales qui par leurs anastomoses concourent à former le cercle péri-artériel du genou.

Heureusement, chez ce sujet, le traitement purement médical semble avoir arrêté l'évolution de sa lésion : elle paraît même avoir subi des modifications de structure qui sont peut-être l'indice d'une guérison sinon anatomique, du moins fonctionnelle. Il n'est donc pas question chez lui pour le moment d'un traitement opératoire quelconque.

Je voudrais cependant profiter de cette occasion, non seulement pour examiner aujourd'hui ce malade devant vous, mais aussi pour vous rappeler en quelques mots l'histoire thérapeutique des anévrysmes artériels et ajouter quelques indications sur les particularités du développement et du traitement des anévrysmes développés aux dépens de l'artère poplitée.

Observation. — G......, vigoureux sujet de 41 ans, résidant habituellement aux colonies n'a jamais été malade dans son enfance.

Il présente de temps en temps de petits accès palustres, n'a jamais eu de dysenterie, mais il a contracté en 1920 un chancre syphilitique qu'il a complètement négligé de soigner et dont on voit encore très nettement les traces aujourd'hui. J'ajoute tout de suite que le Wassermann pratiqué à son arrivée à l'hôpital est très positif.

Il y a environ un an, le malade a commencé à ressentir de vagues douleurs dans le membre inférieur gauche ; fatigue à la marche, fourmillements dans le pied, sensation de lourdeur dans toute la jambe.

Il n'attribura d'abord aucune importance à ces petits signes ; mais, leur persistance et leur aggravation attira son attention en même temps qu'il constatait le développement progressif dans le creux de la poplité d'une tuméfaction à peu près indolore.

A mesure que cette tuméfaction augmentait, sa gêne fonctionnelle s'accentuait aussi, mais elle n'était pas incompatible avec la continuation de ces occupations.

Mais, vers le mois de novembre 1925, il vit s'accroître très brusquement la tumeur située derrière son articulation du genou : il s'aperçut lui-même qu'elle était animée de battements : la gêne fonctionnelle augmente sous forme de fourmillements, de fatigue très rapide, de crampes, d'un peu d'œdème péri-malléolaire le soir ; le tout s'améliorait beaucoup pendant le repos de la nuit.

C'est dans ces conditions qu'il se décide à entrer au Val-de-Grâce où quelques-uns d'entre vous ont pu l'examiner à son arrivée le 29 mars 1926.

A ce moment, il présentait avec la plus grande netteté tous les signes d'un anévrysme de l'artère poplitée. Après avoir fait coucher le malade à plat sur le ventre, la jambe gauche étendue, on voyait une tuméfaction oblongue, à grand axe vertical occupant tout le creux poplité, s'allongeant en haut jusqu'au sommet du triangle formé par les muscles de la cuisse, s'insinuant en bas sous les jumeaux ; tuméfaction régulière, bombée, occupant le grand axe du losange poplité, et présentant régulièrement à chaque systole cardiaque deux symptômes très importants à retenir c'est-à-dire des battements et une expansion synchrones au pouls.

Je vous rappelle en passant que les battements synchrones à la systole cardiaque dont peut-être animée une tumeur, n'indiquent pas qu'elle est fatalement d'origine vasculaire. Vous savez en effet que les tumeurs non vasculaires, mais développées au contact des gros vaisseaux, peuvent être soulevées à chaque systole par les battements des artères sous-jacentes et donner par conséquent une fausse sensation de battements qui ne sont que *des battements transmis*.

Pour que le battement d'une tumeur soit révélateur d'une lésion d'origine artérielle, il faut qu'il soit accompagné d'un autre signe absolument pathognonomique, mais qui peut manquer quand l'ectasie artérielle est petite ou profondément située, c'est l'*expansion systolique*.

Cette expansion systolique correspond, comme vous le savez, à une dilatation de la poche tumorale en communication avec l'artère toutes les fois que la systole cardiaque envoie sous pression l'ondée sanguine qui vient distendre la poche et augmente le volume en même temps qu'elle bat.

La peau recouvrant la région était normale, parcourue cependant par quelques veines superficielles un peu plus développées que du côté opposé. La palpation large de la tumeur faisait percevoir, mieux encore que la vue, les battements et l'expansion synchrones au pouls radial. En dehors de ces symptômes, la tumeur donnait la sensation d'une tumeur liquide, mate, régulière, à parois assez épaisses, rénitente, soulevant régulièrement les plans superficiels mobiles sur elle.

Pour mieux percevoir les limites de la tumeur et la libérer de la sangle musculaire qui la recouvrait, lorsqu'on faisait fléchir le genou, la tuméfaction semblait un peu peus molle, et ses limites apparaissaient un peu plus nettes. En haut, elles s'arrondissaient en ogive sous le triangle poplité supérieur ; en bas elle semblait se poursuivre sous les jumeaux jusqu'à l'anneau du soléaire. Elle avait donc en longueur à peu près la longueur totale de l'artère poplitée (ce qui ne veut pas dire que toute l'artère poplitée était dilatée, car il est possible et même probable que cet anévrysme était de la variété sacciforme et que la tumeur globuleuse apparaissant dans le creux poplité n'était en communication avec l'artère que par un orifice plus ou moins large et qu'elle s'était ensuite étalée en arrière d'elle en la recouvrant).

L'auscultation de la tumeur permettait d'entendre un bruit de souffle continu à renforcement systolique des plus nets.

Les signes à distance n'étaient pas moins intéressants à constater : aucun signe de compression veineuse, pas de varices, pas d'œdème, pas de gonflement du mollet qui mesurait le même diamètre que celui du côté opposé.

On ne *voyait pas battre* comme du côté sain, les artères pédieuse et tibiale postérieure, mais la palpation attentive permettait de sentir faiblement le pouls pédieux et tibial postérieur sur le côté atteint, avec cette particularité très interessante qu'ils présentaient un retard appréciable sur le pouls des artères similaires du membre sain.

Il n'existait aucun signe de compression nerveuse (pas de douleurs spontanées, pas de points sensibles dans le territoire et sur les troncs des nerfs, sciatique, poplité interne et externe. Seuls les fourmillements agaçaient le malade plutôt qu'ils ne le faisaient souffrir dès qu'il se fatiguait un peu.

L'articulation du genou était libre, le jeu musculaire du membre inférieur parfait, pas de ganglions dans l'aine, examen somatique à distance négatif.

En somme, il s'agissait à ce moment, d'*une grosse tumeur située dans le creux poplité, pulsatile et expansible, rénitente, non adhérente aux plans superficiels, non enflammée, amenant par sa présence un retard et un affaiblissement du pouls dans le membre sous-jacent, sans troubles veineux ni nerveux appréciables et déterminant seulement à distance une sorte de déficience fonctionnelle comparable à la claudication intermittente provoquée par la diminution de l'irrigation artérielle.*

Ce sont là les signes caractéristiques, pathognonomiques d'une ectasie artérielle portant sur l'artère poplitée, d'un anévrysme poplité, qui, au dire du malade, aurait évolué depuis un an et qui nous apparaît en relation étroite avec l'infection syphilitique dont il était porteur.

Nous nous proposions donc d'étudier anatomiquement et surtout fonctionnellement cet anévrysme en voie d'accroissement rapide, en vue d'une intervention (car je vous ai déjà dit que la localisation de cette ectasie sur l'artère poplitée est dangereuse en raison des dispositions particulières du tronc et des branches de ce vaisseau).

Je vous rappelle en effet que l'artère poplitée prend son origine par continuation de la fémorale superficielle au niveau de l'anneau du troisième adducteur. De là, elle suit la direction du grand axe du losange poplité en se dirigeant en bas pour passer à travers l'anneau du soléaire et se divise ensuite en ses deux branches terminales constituées par l'artère tibiale antérieure et par le tronc tibio-péronier.

Au point de vue chirurgical, le tronc artériel poplité présente deux portions bien distinctes : une portion supérieure privée de branches collatérales, et une portion inférieure d'où naissent groupées sur un petit espace toutes ses branches collatérales qui sont : les articulaires supérieures, l'articulaire moyenne, les articulaires inférieures, et les artères jumelles. Leurs noms indiquent suffisamment leur destination.

Mais, il convient de se rappeler que les artères articulaires destinées à des tissus fibreux ou osseux sont grêles, et que si leurs riches anastomoses, soit entre elles, soit avec le cercle anastomotique latéral (constitué par la grande anastomotique, branche de la fémorale et par la récurrente tibiale antérieure, branche de la tibiale), forment un riche réseau artériel, ce réseau est cependant composé d'artères de petit calibre : les autres à la jambe ne se prêtent pas au développement d'une circulation collatérale de suppléance intra-musculaire abondante entre le territoire fémoral et le territoire jambier.

C'est pourquoi la ligature ou l'obturation mécanique ou pathologique de l'artère poplitée est pleine d'aléas.

NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles DUJARIER, directeur des travaux scientifiques.) — *Avis.* — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Drs P. WINTER, chef de clinique, MOATTI et ROSSERT, interne des hôpitaux de Paris, commencera le lundi 10 septembre 1928, à 2 heures, et continuera tous les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 350 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS.

1° Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Ossiculectomie. Trépanation mastoïdienne. — 2° Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — 3° Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (trombo-phlébite, méningite, abcès encéphaliques et périencéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — 4° Résections sous-muqueuses du septum nasal. Les plastiques nasales. 5° Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde et du sphénoïde. Les rhinotomies. — 6° Chirurgie du sinus maxillaire. Chirurgie de la voûte et du voile du palais. Résection des maxillaires. — 7° Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, thyrotomie-trachéotomie, laryngo-trachéotomie). — 8° Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — 9° La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — 10° La broncho-œsophagoscopie.

Concours pour l'emploi de médecin chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 15 octobre 1928 à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2 rue Lobau, 2e étage, pièce 22) de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix-sept heures du lundi 10 septembre au samedi 22 septembre 1928 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé par la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924 inséré au *Journal officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal officiel* du 22 mai 1926.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'histologie. I. Histologie générale, 1 vol. Prix : 32 fr. — **II. Histologie des organes**, 1 vol. Prix : 28 fr. Bibliothèque Carnot et Fournier. Baillière, éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Jugeant avec raison que les étudiants en médecine n'ont à consacrer aux sciences biologiques qu'un temps très court, et qu'ils demandent à ces disciplines des notions simples mais précises, en vue de leur formation professionnelle ultérieure, M. Champy a réussi à résumer, dans ces deux volumes abondamment illustrés, ce que, dans l'état actuel de la science, on est en droit de considérer comme le bagage cytologique indispensable des élèves de nos Facultés de médecine.

Il eût été facile à M. Champy plus qu'à tout autre, d'étendre davantage les considérations que comporte l'étude de l'histologie : mais il n'a pas voulu écrire à nouveau, à propos de l'histologie, des chapitres entiers de physiologie ; pas plus qu'il n'a sacrifié aux idées nouvelles la somme des faits certains, acquis définitivement, qui sont la base des connaissances médicales.

Tout ce précis porte la marque de l'originalité de l'esprit de son auteur et révèle l'étendue et la variété de ses connaissances.

S'il s'adresse surtout aux étudiants, sa lecture sera, pour ceux qui s'intéressent plus spécialement à l'histologie, l'occasion de réflexions et de méditations utiles, et pour les médecins un instrument précieux de culture générale.

Les associations microbiennes. Leurs applications thérapeutiques, par G. PAPACOSTAS et J. GATÉ. 1 vol. in 8° de 410 pages : 20 francs Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Parit (6e).

Après un chapitre de généralités sur la symbiose et le parasitisme chez les végétaux, les animaux et les bactéries, les auteurs étudient les associations microbiennes proprement dites, qu'ils classent suivant le milieu où elles s'opèrent et suivant leur résultat final : associations microbiennes *in vitro* avec leurs deux modalités, stimulation et antibiose ; assoctations microbiennes *in vivo* avec leur deux tyoes, synergie et antagonisme. Certaines questions secondaires comme l'action de certains microbes sur certaines toxines microbiennes, comme le problème des milieux dits « vaccinés » (autoantibiose) sont également envisagées par les auteurs. Il en est de même de la question si mal précisée de la concurrence vitale entre bactéries.

Un chapitre est consacré au mécanisme des associations microbiennes.

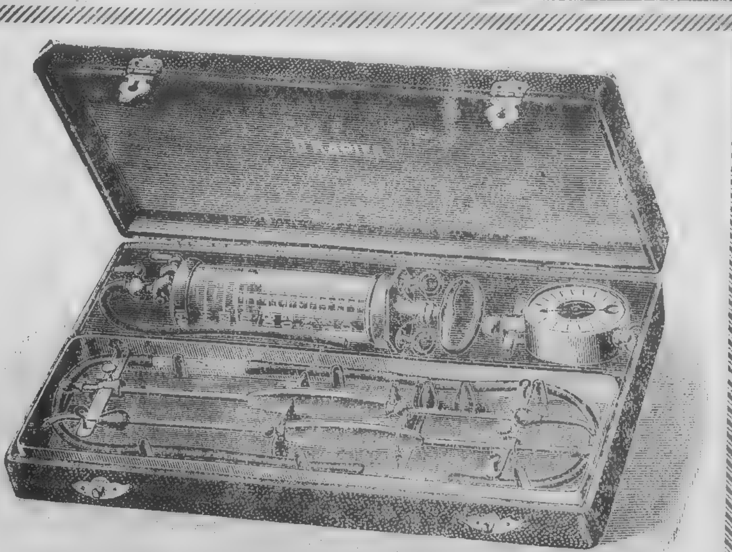
Dans un court appendice, les auteurs rapportent leur recherches expérimentales sur les associations microbiennes dans la diphtérie, recherches qui illustrent parfaitement les différentes modalités possibles de ees asssciations.

Enfin, dans un chapitre sur les applelations pratiques des associations microbiennes les auteurs étudient les acquisitions de la bactériothérapie (action thérapeutique des ferments lactiques de la pyocyanose, des levures, etc.)

Une riche bibliographie complète l'ouvrage qui comprend, de plus, un index alphabétique des différents microbes étudiés permettant au lecteur de trouver rapidement le sujet qui l'intéresse.

L'impuissance virile, par le Dr E. MONIN (Le François, éditeur, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris). Prix : 10 fr.

Avec un talent littéraire qui n'a d'égal que son savoir thérapeutique, le Dr E. Monin nous détaille les causes, symptômes et conséquences de l'apragmatisme sexuel.



La situation du point lésé ou obturé de cette artère présente aussi une certaine importance.

Si, en effet, c'est la partie haute de l'artère, celle d'où ne naît aucune collatérale qui est lésée, la circulation collatérale s'établit facilement par le cercle artériel du genou et par l'intermédiaire des branches restées libres et perméables de l'artère poplitée basse.

Si c'est au contraire la partie basse de l'artère poplitée qui est obturée par des caillots ou lésée par un traumatisme, ou extirpée au cours d'une opération, les branches collatérales sont, elles aussi, soit obturées soit détruites, soit liées au ras de la poche à extirper, et c'est autant de voies collatérales qui vont manquer pour assurer une bonne circulation de dérivation périphérique.

J'ajoute que le tronc tibio-péronier qui tient sous sa dépendance la circulation des territoires péronier et jambier postérieur est lui aussi bien près de la partie lésée ; une ligature basse, ou un traumatisme de la poplitée peut aboutir à la formation d'un caillot qui s'engagera dans la fourche constituant l'origine de la tibiale antérieure et du tronc tibio-péronier, ce qui rend des plus précaire la possibilité d'une circulation de retour utilisant la voie grande anastomotique, récurrente tibiale antérieure, tibiale antérieure pour passer par trajet rétrograde dans le système jambier postérieur en utilisant le tronc tibio-péronier.

Et c'est pourquoi la gravité d'un anévrysme développé sur l'artère poplitée basse est toujours plus grande que celle qui résulte de l'ectasie de la partie haute de l'artère ; car dans les lésions hautes, l'obstruction, la ligature de l'artère ne lèsent aucune collatérale : au contraire dans les lésions basses, les caillots peuvent boucher l'origine des collatérales, l'extirpation du sac peut amener la destruction de tout ou partie de ces collatérales, enlevant ainsi autant de chances au rétablissement de cette circulaire périphérique indispensable à la réussite du traitement chirurgical de l'anévrysme.

Nous n'avons heureusement pas à envisager cette question et par conséquent à étudier les moyens de ménager l'état fonctionnel ultérieur du système artériel puisque nous n'avons pas eu à intervenir.

Considérant en effet que cet anévrysme était d'origine syphilitique nous avons appliqué immédiatement un traitement spécifique par l'arséno-benzol.

Le résultat a été immédiat et remarquable.

Voici à peine un mois que ce traitement a été entrepris et cependant la lésion n'est plus reconnaissable, et il serait aujourd'hui très difficile d'affirmer que la tumeur que l'on sent encore est un anévrysme si l'on n'avait pour se guider les examens antérieurs.

Voici en effet ce qu'on constate maintenant :

La tuméfaction a gardé ses caractères extérieurs et ses limites. Mais elle est plus dure ; elle se présente plutôt actuellement avec les apparences d'une tumeur solide que d'une tumeur liquide.

On ne sent absolument plus aucun battement ni aucune expansion. Le souffle a disparu.

Le pouls tibial et pédieux autrefois affaibli, retardé, mais net, est à peine perceptible. Le malade ne souffre plus, sa marche est plus aisée, ses crampes ont disparu. Seule, persiste une légère fatigue après la marche ou la station debout prolongée.

En somme, à part l'absence de pouls périphérique et la présence d'une tuméfaction persistante du creux poplité, tous les autres signes de l'ectasie anévrysmale ont disparu, amenant en même temps la disparition de la plupart des petits signes fonctionnels sauf les phénomènes de claudication intermittente due à une diminution notable dans l'afflux sanguin dans la partie du membre inférieur sous-jacente à la lésion.

Cette diminution de l'irrigation artérielle se manifeste du reste par des signes pathognomoniques très nets.

La pression prise au Pachon au bras ou à la jambe saine est de Max. : 16. Min. : 9 avec un indice oscillométrique voisin de la normale. Au membre malade, au moment où tous les signes de l'anévrysme existaient, la pression était de : Max. : 12. Min. : 8 et l'indice oscillométrique encore bien marqué quoique moins élevé que du côté sain.

Actuellement, l'indice oscillométrique est nul et les pressions Max. et Min. se confondent aux environs de 7.

Nous sommes donc aujourd'hui en présence d'un anévrisme poplité d'origine spécifique dont l'évolution a été rapidement arrêtée par le traitement anti-syphilitique.

Ferons-nous autre chose ? Actuellement nous aurions, je crois, tort d'appliquer un traitement chirurgical à une lésion qui semble s'être améliorée d'une façon très sensible par un simple traitement médical et qui paraît en très notable régression.

Il est à supposer que sous l'influence de ce traitement, la poche anévrysmale s'est remplie de caillots et que le sang poussé par la systole artérielle n'y pénètre plus : mais, l'absence du pouls périphérique fait supposer aussi qu'il existe un barrage dans la lumière de l'artère poplitée qui n'est plus perméable. La circulation dans la jambe et le pied se fait uniquement par les collatérales. Cette constatation basée sur l'absence du pouls périphérique est d'un excellent augure, non seulement au sujet de l'arrêt possible du développement de l'anévrysme, mais du pronostic opératoire au cas où pour des raisons que je vous exposerai tout à l'heure on serait obligé d'intervenir chirurgicalement, car la ligature des deux bouts artériels suivie ou non de l'extirpation du sac n'entraînerait vraisemblablement aucune suite fâcheuse à condition de ménager les voies collatérales déjà développées, puisque dès maintenant l'examen clinique nous montre que ce sont seulement ces voies collatérales qui entretiennent la circulation artérielle de la périphérie du membre.

Aussi dans le cas présent, la logique et la prudence nous conseillent-elles de continuer le traitement spécifique, d'observer et de suivre le malade et de ne lui proposer une intervention que si anatomiquement ou fonctionnellement cet anévrysme poplité actuellement en régression subissait une nouvelle poussée évolutive amenant soit des troubles vasculaires, soit des troubles nerveux, soit des risques de rupture ou d'infection.

***

Si l'observation de ce malade a pu vous donner à loisir l'occasion de rechercher les signes d'une ectasie artérielle, son évolution heureuse ne doit pas vous faire méconnaître la gravité des complications et les difficultés du traitement de ces sortes de lésions qui n'évoluent pas toutes avec la même simplicité que celle que nous venons d'examiner et sur l'avenir de laquelle il convient du reste de faire de prudentes réserves.

Permettez-moi donc, pour compléter cette étude, de vous rappeler maintenant quelques notions classiques relatives à l'origine, à l'évolution, aux complications de ces anévrysmes et de vous résumer brièvement les méthodes chirurgicales de traitement qui sont aujourd'hui mises en œuvre pour rechercher la guérison de ces graves lésions.

a) *Les anévrysmes artériels vrais, spontanés,* qui ne sont *ni d'origine congénitale, ni des anévrysmes emboliques,* ou *par érosion, ni des anévrysmes post-traumatiques,* sont dus à des modifications de la tunique moyenne musculo-élastique de l'artère qui perd sa résistance et se laisse distendre par l'ondée sanguine.

L'arthritisme, l'alcoolisme, *la syphilis,* en constituent les causes les plus communes.

b) Les anévrysmes se présentent sous l'aspect *fusiforme globulaire, sacculaire.*

Leurs dimensions sont très variables. A mesure qu'ils grossissent, leurs parois deviennent plus irrégulières et diminuent de résistance.

Ce sont des tumeurs *pulsatiles, expansives,* présentant *un bruit de souffle continu à renforcement systolique.*

c) Leur développement amène des troubles par compression des organes voisins (veines, nerfs, organes splanchniques) ; il modifie de plus en plus le régime circulatoire, provoque de la gène et des douleurs. L'extension progressive de la poche amène enfin un amincissement de ses parois qui finissent par se rompre spontanément ou à la suite d'un traumatisme, phénomène qui détermine une hémorragie très grave, souvent foudroyante et qui peut se faire soit à l'extérieur, soit dans un viscère creux (estomac, intestin, pharynx, vessie) soit provoquer le développement d'un hématome interstitiel.

Ajoutons enfin que la poche anévrysmale peut s'infecter.

En tout état de cause, lorsque l'anévrysme appartient à un tronc artériel chirurgicalement accessible, il y a presque toujours intérêt à proposer un traitement chirurgical au malade qui en est porteur, lorsqu'un traitement médical bien conduit et s'adressant à la cause de la dilatation artérielle n'a pas donné un résultat rapide et durable.

Méthodes thérapeutiques d'ordre chirurgical.

Pour guérir un anévrysme, il faut interrompre la circulation dans la poche anévrysmale, tout en s'assurant que le rétablissement de la circulation périphérique sera réalisé.

L'interruption pure et simple de la circulation dans l'anévrysme, qu'elle soit obtenue médicalement ou chirurgicalement, arrête l'évolution progressive de l'anévrysme mais ne permet pas toujours de pallier aux accidents (de compression en particulier entretenus par le développement du sac anévrysmal, quand ils existent.

Il vaut donc mieux toutes les fois que cela est possible et quand l'intervention est décidée, compléter cette intervention par la suppression du sac.

Les méthodes opératoires proposées pour traiter les anévrysmes sont extrêmement nombreuses.

On peut les diviser en deux grandes classes : les méthodes indirectes et les méthodes directes.

Les méthodes indirectes sont celles qui ont pour but d'essayer d'agir sur la poche anévrysmale, d'y interrompre la circulation du sang, d'y favoriser la coagulation en pratiquant soit directement sur l'artère, soit à travers les parties molles *mais à distance*, des manœuvres opératoires variées.

Les méthodes directes sont celles qui, au contraire, s'attaquent à l'anévrysme lui-même ou à l'artère au voisinage immédiat de la dilatation anévrysmale.

I. Méthodes indirectes.

Trois seulement sont à retenir : ce sont :
Les injections de sérum gélatiné ;
La compression ;
Les ligatures à distance.

a) **Injections de sérum gélatiné.** — Elles ont pour but d'amener la coagulation du sang dans la poche anévrysmale.

La méthode consiste à injecter tous les huit jours 200 cmc. de sérum gélatiné parfaitement stérilisé à 1,5 % (Le Dentu.)

Ce procédé a donné des résultats encourageants à Monod et Vanverts, à Le Dentu, etc.. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il ne présente pas d'inconvénients, à condition d'injecter un liquide bien stérilisé. On pourra toujours l'essayer dans les cas où toute autre méthode ne serait pas applicable.

b) **Méthodes de compression** Elles ont également pour but d'amener la coagulation du sang dans la poche et de préparer en même temps le développement de la circulation collatérale.

Aucune des méthodes anciennes de compression ne paraît digne de retenir l'attention depuis que les chirurgiens sont armés pour agir plus efficacement à distance par la ligature ou directement sur le sac.

Il convient cependant de signaler la *méthode de Matas et Allen* qui préconisent *la compression en amont de l'anévrysme* par une bande d'aluminium.

La mise en place de cette bandelette métallique équivaut en somme à une ligature d'attente qu'on peut serrer au degré qu'on veut, et qui ne lèse pas l'endothélium vasculaire.

Dans ces conditions, on peut la retirer à volonté si l'on s'aperçoit que la striction détermine des phénomènes d'ischémie.

Dans le cas contraire, cette striction qui peut être progressive, amène le développement favorable d'une circulation collatérale de dérivation, en même temps qu'elle favorise une obturation de la poche anévrysmale par les caillots.

Cette méthode peut être retenue pour les cas où l'anévrysme paraît difficilement curable par d'autres méthodes en raison de la crainte de l'établissement insuffisant d'une circulation collatérale de dérivation (racine du cou, racine des membres.)

c) **Ligatures à distance.** — Les anciens chirurgiens qui avaient observé des accidents très graves (hémorragies secondaires) dus le plus souvent à l'infection après le traitement des anévrysmes par l'intervention directe sur la poche avaient essayé d'obtenir la guérison par la ligature de l'artère malade au-dessus ou au-dessous de la poche.

Quatre méthodes étaient en usage :

Méthode de Hunter. — La ligature porte *loin du sac en amont* et laisse entre elle et le sac une ou plusieurs collatérales.

Méthode d'Anel. — La ligature porte encore en *amont du sac mais au ras* de ce dernier.

Méthode de Wardrop. — La ligature est placée *loin du sac, mais en aval* et laisse entre elle et le sac une ou plusieurs collatérales.

Méthode de Brasdor. La ligature est placée immédiatement *sous* le sac.

II. Méthodes directes.

Les méthodes indirectes qui ne laissent pas de susciter des critiques justifiées sont à peu près abandonnées aujourd'hui et appliquées seulement dans les rares cas où les moyens thérapeutiques plus directs ne peuvent être utilisés.

Le plus souvent, on pourra faire plus et mieux en procédant à la cure chirurgicale de l'anévrysme, *soit par ligature des deux bouts artériels avec ouverture simple du sac* (méthode d'Anthyllus) *soit par ligature des deux bouts avec extirpation du sac* (méthode de Purman et de Philagrius) soit par l'emploi d'une *méthode conservatrice*, permettant de rétablir la circulation artérielle dans le vaisseau intéressé après avoir supprimé opératoirement la poche anévrysmale (anévrysmorraphie conservatrice de Matas), sutures, greffes.

a) **Méthode de Purman ou de Phylagrius.** — Elle consiste en principe à *découvrir le sac anévrysmal*, à *isoler les deux bouts artériels*, afférent et efférent, à *les lier*, à *les sectionner au ras du sac* et à *extirper ce sac.*

Vous prendrez pour faire cette opération les mêmes précautions concernant l'hémostase et la conduite opératoire générale, que celles que je vous ai indiquées dans le traitement des hématomes diffus récents ou organisés.

Cette intervention sera rendue souvent très difficile par les adhérences du sac aux parties voisines et par la difficulté de reconnaître, pour les libérer, les organes voisins du paquet vasculo-nerveux (veines et nerfs). Il est


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété.
Vous agrandirez votre clientèle.
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple, pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.

pourtant de toute importance de libérer ces organes, les nerfs surtout.

M. le professeur Delbet a montré, en effet, que les phénomènes de *compression nerveuse sont dus en grande partie non pas seulement à la compression simple de troncs nerveux par le contact de la poche anévrysmale, mais à l'enclavement des nerfs dans le tissu fibreux qui entoure l'anévrysme.*

Il est donc très important d'extirper la poche anévrysmale et si on ne peut l'enlever d'un bloc, on pourra essayer de la détruire par morcellement.

Les nerfs sont relativement faciles à isoler si l'on prend soin de les rechercher d'abord en partie saine, au-dessus et au-dessous de la poche et en les suivant de proche en proche.

La *veine satellite* est quelquefois plus difficile à ménager et à reconnaître, surtout si elle est vide de sang après l'application de la bande d'Esmarck. Aussi fera-t-on bien d'employer le petit moyen recommandé par M. Delbet et qui consiste à laisser la veine gorgée de sang en sautant avec la bande d'Esmarck la partie du membre qui correspond à la région opératoire et en plaçant un lien hémostatique au-dessus et au-dessous, pour isoler un segment veineux qui reste plein de sang.

Lorsqu'on extirpe la poche anévrysmale, il est préférable de commencer par l'ouvrir après que l'on a assuré l'hémostase directe par la ligature des deux bouts artériels, afférent et efférent. Cette manière de faire permet en effet de voir si des collatérales débouchent dans le sac et de les lier.

Quand l'extirpation du sac est terminée, il convient de suturer les parties molles, de faire relâcher le lien hémostatique pour voir si aucun vaisseau n'a échappé à l'hémostase et de ne refermer que lorsqu'il n'existe plus aucune crainte à ce sujet.

b) **Méthode d'Anthyllus**. — Quand on ne peut pas extirper le sac on est obligé de se contenter de lier les deux bouts de l'artère au-dessus et au-dessous de la dilatation anévrysmale. On fait néanmoins suivre cette opération de l'ouverture du sac pour assurer l'hémostase des collatérales qui pourraient y déboucher ; on termine en tamponnant la cavité de façon à attendre la cicatrisation secondaire par bourgeonnement. Dans certains cas très favorables, on peut tenter la fermeture primitive après capitonnage de la cavité anévrysmale.

c) **Méthode oblitérative de Matas**. — Matas, partant de ce principe que les surfaces endothéliales des vaisseaux se prêtent à l'accolement par suture aussi bien que les surfaces péritonéales ; croyant que les manipulations et la dissection qu'on pratique autour du sac détruit des vaisseaux qui peuvent dans une certaine mesure contribuer à l'établissement de la circulation collatérale, préconise l'obturation de la lumière artérielle par l'ouverture première du sac suivie de suture oblitérante du vaisseau sur toute la partie de celui-ci qui communique avec la poche.

d) **Méthodes conservatrices**. — Dans les cas favorables, en raison de la disposition de l'anévrysme et où, d'autre part, on pourrait craindre que la ligature soit suivie de phénomènes d'ischémie ou de gangrène, on peut utiliser des méthodes opératoires ayant pour but de traiter l'anévrysme en conservant la lumière de l'artère.

a) **Anévrysmorraphie restaurative de Matas.** — Quand l'anévrysme ne communique avec l'artère que par un orifice assez étroit (anévrysme sacciforme), Matas ouvre la poche et par l'intérieur suture l'orifice de communication, en conservant la lumière artérielle. Il s'agit en somme d'une véritable suture latérale endo anévrysmatique de l'artère. On termine l'opération en supprimant la poche anévrysmale par capitonnage.

b) **Anévrysmorraphie reconstitutive**. — La méthode consiste à reconstituer la lumière normale de l'artère en utilisant les parois du sac.

On emploie soit la *méthode de Matas*, soit la méthode *d'Hellopeau*.

Matas après avoir ouvert le sac, refait le tube artériel en rapprochant les parois libérées de l'anévrysme par un surjet exécuté par l'intérieur du sac et en ne prenant du sac que la quantité nécessaire pour rétablir le calibre primitif de l'artère. Ce qui reste du sac est réséqué en totalité ou en partie ou fermé par capitonnage.

Hellopeau, au contraire, dissèque les parois du sac et ne garde dans la profondeur que deux bandelettes suffisamment larges pour que, après avoir été rapprochées par une suture à deux étages, elles aient rétabli la continuité de l'artère dans son calibre normal.

Quelle que soit la méthode conservatrice utilisée, si cette méthode implique la nécessité de se servir du sac, toute opération devra être précédée des temps suivants :

1° Hémostase provisoire comme dans toute chirurgie vasculaire.

2° Exposition du sac. Cette manœuvre devra respecter la continuité des parties du sac qui sera conservée avec les organes voisins de façon à ne pas priver les parois qui serviront à refaire l'artère de ses connections vasculaires et par conséquent de ses moyens de nutrition.

3° Incision du sac et évacuation des caillots.

4° Exploration de la cavité du sac, d'où découlera la décision opératoire d'après les possibilités reconnues.

Ces méthodes, si attrayantes qu'elles paraissent en principe, présentent, entre autres, le grave inconvénient de refaire une paroi artérielle avec une portion du sac qui en principe représente une paroi artérielle altérée et qui pourra ultérieurement se laisser de nouveau distendre.

c) **Extirpation et suture artérielle**. — En présence d'un petit anévrysme fusiforme, un chirurgien rompu à la chirurgie vasculaire peut tenter une extirpation totale de l'anévrysme suivie de la suture bout à bout des parties afférente et efférente du vaisseau, car l'élasticité artérielle permet de rapprocher les deux extrémités sectionnées si l'espace qui les sépare ne dépasse pas 3 ou 4 cm.

d) **Extirpation suivie de greffe.** — Si la solution de continuité est plus grande, on peut prélever sur place un segment de veine en le laissant si possible adhérent aux plans voisins et greffer cette portion veineuse sur les deux bouts artériels pour combler la perte de substance.

Valeur comparée des méthodes thérapeutiques.

Telles sont les principales méthodes dont le chirurgien dispose pour traiter les anévrysmes.

Laquelle choisir ? Cela dépend de la valeur absolue et relative de chacune, de la possibilité de leur application aux cas d'espèce, des indications de leur emploi à propos du cas considéré.

Chacune des méthodes a ses défenseurs et ses détracteurs. Aucune ne doit être acceptée ou rejetée d'une façon exclusive.

Ici, plus peut-être que partout ailleurs, un éclectisme raisonné est à la base du succès qu'on est en droit d'espérer. Pour le choix de l'intervention, il convient de se baser sur les données générales suivantes, fruits d'une longue expérience et qui découlent de nombreux travaux résumés et discutés dans les monographies de Vanverts et de Monod, les articles de Delbet et de Mocquot du Traité de Chirurgie, les communications diverses à la Société de Chirurgie, le livre récent de Moure, etc., etc. *Le but général qui devra toujours être recherché par le chirurgien sera la guérison de l'anévrysme suivie de la conservation anatomique et fonctionnelle du membre.* Et comme le dit Moure, *on doit considérer comme une opération idéale, non pas celle qui, au prix d'une intervention grave cherche à rétablir la continuité anatomique de l'artère, mais celle qui, sans exposer la vie du malade guérira l'anévrysme en conservant un membre utile.*

a) L'emploi du *sérum gélatiné* ne paraît plus guère réservé qu'aux cas où toute action directe sur l'anévrysme

est contre-indiqué ou impossible (Delbet) (anévrysmes de l'aorte par exemple).

b) *Les méthodes de compression* sont en principe toutes à rejeter, car, lorsqu'on peut faire utilement la compression, on peut généralement faire plus et mieux.

Cependant la *compression à distance* peut être un bon moyen de préparer le développement de la circulation collatérale avant d'entreprendre une intervention chirurgicale dans les cas où l'on craint l'ischémie post-opératoire (gros anévrysmes dans lesquels la poche sert encore de passage principal à l'ondée sanguine allant du bout supérieur au bout inférieur).

c) D'une manière générale, *les ligatures simples à distance* sont à peu près abandonnées non pas qu'elles soient absolument inefficaces, puisque Vanverts et Monod leur accordent 74 % de succès, mais parce qu'elles sont susceptibles d'amener des accidents (embolies, gangrènes) ou une quantité encore trop grande d'insuccès ou de récidives.

La *ligature de Hunter* (en amont et loin du sac) agit comme une véritable compression permanente à distance.

Elle détermine évidemment l'arrêt de la circulation dans le sac par le bout central.

Mais deux causes d'échec se présentent :

Si la circulation collatérale ne se développe pas assez vite, le membre est menacé de gangrène.

Si la circulation de dérivation existe ou s'établit trop rapidement, le sac reçoit de nouveau du sang par le bout inférieur et le malade ne guérit pas.

De plus, un grave inconvénient de la méthode de Hunter consiste en ce fait que la coagulation du sang peut se produire non seulement dans la poche anévrysmale, mais remonter jusqu'au niveau où porte la ligature, ce qui exclut un long segment artériel sus-jacent à l'anévrysme et par conséquent un nombre quelquefois important de collatérales.

Les mêmes reproches s'adressent à la *ligature d'Anel* en amont du sac.

Il convient d'ajouter que lorsqu'on peut pratiquer une ligature en amont on peut toujours *dans les membres* pratiquer aussi une ligature en aval.

Par contre, *au cou*, dans certains cas, on pourra pratiquer une ligature en amont et ne pas avoir la possibilité d'en placer une en aval si l'anévrysme est trop près de la base du crâne.

Dans ce cas la ligature en amont suivie d'un traitement au sérum gélatiné pourra être une ressource précieuse.

Les *ligatures simples en aval* de la poche anévrysmale présentent également des inconvénients.

La ligature loin du sac et laissant entre elle et ce dernier une ou plusieurs collatérales (Brasdor) amène difficilement une obturation du sac par les caillots si des collatérales importantes débouchent dans la poche anévrysmale.

Et, si le sac était encore utilisé comme voie de communication entre les deux bouts de l'artère, la ligature en dessous peut amener une dilatation du sac.

Cette opération parait donc réservée aux cas où seule une ligature à distance et en aval peut être posée racine du cou, tronc brachio-céphalique par exemple .

La ligature en aval au ras du sac (Wardrop) présente les mêmes inconvénients et prête aux mêmes critiques. Elle est cependant plus coagulante du sang dans le sac que la ligature à distance en aval car elle supprime la circulation possible qui peut se faire directement entre le sac et les collatérales inférieures. Elle ménage aussi mieux la circulation de dérivation dans le bout inférieur si toutes les collatérales sont perméables.

Les *ligatures simples en aval* exposent toutes aux mêmes inconvénients que les ligatures en amont : ischémie si la circulation de dérivation n'était pas assurée, récidive si la circulation collatérale ramène trop de sang par les collatérales débouchant dans l'anévrysme.

Par contre, les ligatures sous l'anévrysme n'exposent pas comme les ligatures placées en dessus, à l'embolie.

Enfin toutes les ligatures simples ont le grave inconvénient de laisser le sac en place.

d) La *ligature des deux bouts* avec *simple ouverture du sac* et *hémostases des collatérales* est déjà supérieure, mais elle présente encore le grave inconvénient de ne pas pallier aux accidents de compression nerveuse si souvent graves que présente le malade.

e) La ligature des deux bouts suivie de l'extirpation du sac serait parfaite, si elle n'apportait avec elle la crainte d'une ischémie ou d'une gangrène consécutives.

f) La *méthode obturatice de Matas* ne paraît comporter aucune supériorité sur les méthodes précédentes et on peut lui faire le grave reproche de laisser le sac en place.

g) Les *méthodes restauratives et reconstitutives* seraient plus séduisantes si, dans la pratique, elles étaient toujours suivies de la persistance de la perméabilité artérielle, ce qui est loin d'être le cas. Elles encourent elles aussi le reproche de laisser le sac en place.

h) *L'excision suivie de suture ou de greffe* serait l'idéal si la perméabilité artérielle pouvait être toujours assurée.

Chaque méthode a donc ses avantages et ses inconvénients et c'est, croyons-nous, au bon sens basé sur l'expérience qu'il faut généralement demander le choix d'un procédé.

Indications opératoires et choix d'un procédé.

L'indication du mode opératoire employé pour traiter un anévrysme découle en grande partie de l'étude clinique de cette lésion et des modalités physio-pathologiques nouvelles qui régissent le régime circulatoire du membre intéressé.

Plus l'anévrysme est ancien, et plus il y a de chances pour que la circulation collatérale soit rétablie : les gros anévrysmes sont moins dangereux à opérer que les petits puisqu'ils ont eux aussi déterminé des nouvelles conditions de circulation qui permettent de croire à l'établissement d'une circulation de dérivation suffisante : méfiez-vous cependant des anévrysmes à parois minces, à souffle intense, à battements très marqués, à « expansion totale » suivant l'expression de Lejars. Leur manque d'organisation intérieure a dû laisser la possibilité au sang de continuer de passer par le bout inférieur et la circulation collatérale sera mal ou peu établie lors de la ligature des deux bouts artériels.

Au contraire, les anévrysmes durs, à symptômes frustes, à parois épaisses, sont ceux dans lesquels la circulation se fait mal ou ne se fait plus et qui, par conséquent, se sont accompagnés du développement d'une circulation suffisante qui permettra la ligature artérielle sans danger.

Un des points principaux à déterminer est donc la détermination à l'avance du régime circulatoire dans le territoire commandé par le bout périphérique de l'artère. Aussi a-t-on recherché des signes cliniques capables de renseigner le chirurgien à cet égard.

L'absence de pouls périphérique est un excellent symptome en faveur de l'établissement de la circulation collatérale. Au contraire, *si le pouls existe encore*, méfiez-vous des accidents de gangrène possibles et *avant d'opérer, preparez le développement de la circulation de dérivation par des moyens appropriés* (compressions au-dessus de l'anévryme) ou pensez à pratiquer une *operation conservatrice* de la lumière du vaisseau.

L'exploration de la pression artérielle au manomètre donne aussi des renseignements utiles. Si la compression de l'artère en amont de l'anévrysme, ne modifie que peu ou pas la pression artérielle en aval, on peut en conclure à une bonne circulation de dérivation

Matas a préconisé le moyen suivant :

On enroule une bande d'Esmark autour du membre en partant de l'extrémité et jusqu'au dessus de l'anévrysme. On place en ce point une pelote compressive exactement sur le trajet de l'artère et l'on enlève la bande d'Esmarck.

La "**Névrosthénine FREYSSINGE**", *association des trois principaux éléments nervins, doit être régulièrement prescrite à tous les sujets soumis à une cure de désintoxication ou d'amaigrissement par le régime alimentaire restreint ; l'état de mieux-être, la sensation d'énergie ainsi procurés permettront de faire suivre le traitement diététique tout le temps nécessaire pour obtenir les résultats qu'il doit donner.*

On suit alors à la vue de recoloration progressive de la peau sous-jacente produite par l'afflux du sang dans les capillaires. Si cette coloration va jusqu'au bout du membre c'est que la circulation sera assurée dans de bonnes conditions après ligature de l'artère.

MM. Delbet et Mocquot résument ainsi leur opinion sur la valeur relative des différentes interventions : La *ligature est plus grave que l'extirpation*. Elle expose davantage à la gangrène : *elle est moins efficace* : la guérison est moins parfaite, car on n'a aucune action sur les lésions nerveuses.

Les *méthodes conservatrices ne donnent guère de résultats supérieurs à la méthode d'extirpation*. Elles paraissent d'un emploi superflu dans les cas où l'on peut s'être assuré auparavant de l'établissement d'une bonne circulation de retour.

Dans les cas contraires, elles conservent des indications précieuses, soit qu'on procède à la manière de Matas, s'il s'agit d'anévrysmes sacciformes (anévrysmorraphie restaurative ou réparatrice), soit mieux que l'on procède par suture directe des deux bouts artériels ou par greffe après extirpation de l'anévrysme dans les cas d'anévrysmes fusiformes.)

Conclusions.

Comme conclusions pratiques disons :

1° Quand on ne peut absolument pas faire autre chose, la ligature simple en amont ou en aval suivie d'injection de sérum gélatiné est un pis aller dont il faut savoir se contenter.

2° Quand l'examen clinique permet de supposer que la ligature ne sera pas suivie de phénomènes d'ischémie, la *méthode de choix paraît être la ligature des deux bouts suivie de l'extirpation de la poche*.

C'est encore à cette méthode que l'on aura recours si les parois artérielles sont malades et ne se prêtent pas à des manœuvres de sutures.

3° La *chirurgie restaurative ou réparatrice* sera réservée au cas où la circulation collatérale paraît mal établie.

L'opération idéale est constituée par la résection du sac et la suture des deux bouts artériels ; à son défaut par la greffe d'un segment veineux. Son emploi sera toujours restreint, car elle demande pour sa réalisation des conditions spéciales rarement toutes présentes : petit anévrysme, bonnes parois artérielles, possibilité matérielle de réaliser la suture ou la greffe.

Soins consécutifs.

Il convient, après une intervention sur un anévrysme, d'éviter l'infection, de s'assurer que la circulation de dérivation s'établit et de faire le nécessaire pour la favoriser.

a) Il faudra toujours s'efforcer de refermer la plaie par une suture primitive et de protéger l'artère, les ligatures ou les sutures en ramenant le segment vasculo-nerveux dans son lit et en le recouvrant des parties molles qui en constituaient normalement la couverture.

b) Le membre opéré devra être bien immobilisé dans un pansement ouaté épais et non serré, l'extrémité restant visible pour pouvoir surveiller de la main et de l'œil (chaleur, coloration) l'état de la circulation périphérique.

Prurit anal. — Gibson (dans le *Bristish medical Journal* du 14 mai 1927) a attiré l'attention du public médical sur ce que l'eczéma de l'anus peut, quelquefois, être consécutif à l'emploi des divers liquides à base d'huile de paraffine qui sont si employés actuellement dans le traitement de la constipation. — H. V.

VARIETÉS

Souvenirs des années d'apprentissage.

Variations sur le thème du stage clinique et la timidité (1).

Le stage dérisoire des années septantes. — Le stage obligatoire actuel peut encore être amélioré. — Les tribulations d'un stagiaire timide. — Le service de Guyon est mon port de refuge. — Culture des greffes épidermiques. — Je signale un Empereur de l'Arc. — Piège malicieux d'aimables amphitryons et double gaffe d'un convive bavard et troublé.

Outre les lacunes que j'ai signalées dans l'enseignement que la Faculté aurait dû donner dans ses amphithéâtres et ses laboratoires, il en était une dont j'ai particulièrement souffert et comme moi, je suppose, beaucoup des étudiants qui pour des raisons diverses ne bénéficiaient pas des fonctions d'externes et d'internes ; je veux dire l'inexistence d'un stage clinique obligatoire, bien réglé et bien surveillé.

Les quelques contemporains que je compte encore pourront juger autrement ce que je vais exposer ; ceux qui ont été bien dirigés, qui ont eu l'heureuse chance de rencontrer dès le début de leur fréquentation hospitalière un ou plusieurs chefs qui se sont intéressés à eux, ne comprendront peut-être pas mes récriminations rétrospectives ; ne me plaindront peut-être pas non plus ceux qui ont dès le début concouru pour l'externat et se sont trouvés ainsi pendant trois ans *encadrés* dans des services, avec des fonctions définies dans lesquelles ils ont pu faire apprécier leur bonne volonté, en se créant des protecteurs et des amis.

Pour juger l'inégalité des conditions d'études existant alors entre les élèves *fonctionnaires* (si on peut employer ce terme un peu ambitieux pour la fonction d'externe de l'Assistance publique) et les élèves simplement inscrits à la Faculté, qui ne fréquentaient les hôpitaux qu'en qualité de *bénévoles* (dits roupious) ou *stagiaires*, je suis d'autant mieux en situation que c'est uniquement en cette qualité que j'ai suivi pendant six ans beaucoup de services parisiens, y acquérant bien peu de connaissances pratiques en clinique, tandis que, recommençant mes études en 1878 en qualité d'externe, j'ai plus acquis en deux ans que dans les six années précédentes.

On peut affirmer que, sans le personnel médico-chirurgical des Hôpitaux, le niveau des praticiens français n'aurait pu être aussi élevé qu'il l'a été, de l'avis de tous les étrangers qui ont vécu en France au XIXe siècle ; car la Faculté, en tant que rouage Universitaire, ne faisait littéralement *rien* pour assurer l'enseignement clinique pratique aux jeunes gens dont elle recevait l'argent en échange des inscriptions. Sans doute il y avait des Professeurs de Clinique officiels qui parlaient fort bien presque tous, soit aux lits des malades, soit dans les amphithéâtres. Mais leurs belles descriptions des malades et leurs conseils de traitement ne laissaient aucun profit réel en vue de la médecine pratique aux auditeurs qui les suivaient, tout en prenant beaucoup de notes, mais sans avoir déjà eux-mêmes interrogé, palpé et ausculté.

En résumé, la Faculté était coupable ne d'avoir pas mieux

(1) Voir le n° du 28 Juillet 1928.

organisé alors le *stage clinique* que les travaux pratiques pour les sciences fondamentales. Le règlement disait bien que pendant deux ans les étudiants devaient être inscrits comme stagiaires dans des services hospitaliers, mais personne ne s'assurait qu'ils s'y rendaient régulièrement ; personne ne s'assurait qu'ils y seraient bien accueillis, mis en contact quotidien avec les malades et conseillés et interrogés, au même titre que les externes.

Je concède que, quand un stagiaire était présenté personnellement par un des externes ou internes au chef de service, quand il témoignait le désir d'être utilisé et de travailler, il rencontrait en général un accueil bienveillant et pouvait s'instruire à peu près aussi bien que les externes. Mais, s'il ne connaissait personne, s'il était timide, — (et combien nombreux sont les adolescents timides !) —, si le chef du service n'était pas de ceux qui, n'aimant pas voir autour d'eux des auditeurs inactifs, interpellent ceux-ci en leur offrant du travail, — le stagiaire, comme le bénévole, suivait, suivait, écoutait, souvent sans comprendre, prenait ou non des notes et persévérait sans profit, ou plus souvent s'en allait de salles en salles en simple curieux.

Une particularité à noter est que les Provinciaux se trouvaient en meilleure posture à ce point de vue que les Parisiens dépourvus de relations médicales. Les premiers s'agglutinaient inévitablement dès leur arrivée avec des compatriotes, qui les conseillaient et les amenaient dans leurs services, les présentaient à leurs internes ou à leur chef. Le Parisien, qui ne connaissait aucun chef de service, aucun interne, aucun médecin même — c'était mon cas — et timide (oh ! combien alors, hélas !), pouvait errer pendant un an, deux ans, dans les hôpitaux, sans trouver à quel instructeur s'accrocher et, tout plein de bonne volonté latente, finir par prendre l'habitude d'être un simple promeneur. J'ai gardé rancune aux Doyens et aux Conseils de la Faculté d'alors.

Le Progrès marche souvent *pede claudo*, comme la Justice ; il arriva pourtant. Quand, après tant d'années de discussions, tant de réformes lentes et souvent incohérences, d'autres Doyens et d'autres Conseils ont fini par réaliser une organisation à peu près rationnelle. (mais encore insuffisante, je le montrerai plus loin) du stage, il s'est trouvé que, par suite d'étranges avatars, ma destinée fut d'être chargé d'un *Cours de clinique annexe pour l'enseignement des stagiaires*. Alors j'ai fait de mon mieux pour être plus utile à ceux qui m'étaient confiés qu'on ne l'avait été pour moi. Ai-je réussi ? Quelques-uns du moins d'entre eux ont eu l'indulgence de me le dire.

Ce qui manque encore au stage actuel, c'est la possibilité ou l'obligation pour le stagiaire de se rendre à l'hôpital non seulement le matin. mais à l'heure de la contre-visite, et, dans les services de chirurgie, de pouvoir assister aux décisions que doit prendre à l'improviste l'interne de garde. D'autres l'ont dit avant moi, et je crois que c'est une lacune aussi à combler : l'organisation d'une équipe de garde, dans chaque hôpital, équipe avec l'interne et quelques externes, équipe où un certain nombre de stagiaires seraient à tour de rôle admis, afin de se préparer aux imprévus de la clientèle.

***

Je reviens à mon mouton (c'est de moi que je parle, j'en avais la douceur et la timidité, hélas !). Lasègue répétait souvent que chacun a *sa* migraine ; Paul Hartenberg, dans la monographie si fouillée qu'il a consacrée aux Timides et à la Timidité (1), après avoir analysé les multiples signes physiques et psychiques de cette névrose en général, ajoute que chacun a sa variété personnelle. Il en résulte qu'il y a des variétés incompatibles avec certains actes sociaux, quoique peu gênantes dans la plupart des autres.

Guérit-on de la timidité ? Je crois qu'on n'arrive guère qu'à la masquer ; elle se camoufle, comme le complexe sexuel de Freud, sous des apparences diverses. Tel timide se fait bourru ou hargneux, tel autre loquace. Mon masque était une politesse minutieuse, une courtoisie excessive, et parfois ridicule ; c'était moins désagréable pour autrui. Ma timidité, pour demoralisante qu'elle fût, ne se manifestait guère d'ailleurs qu'au premier contact avec une ou plusieurs personnes inconnues, mais disparaissait vite et définitivement, la glace une fois rompue. Ainsi je ne l'avais éprouvée au lycée que les premiers jours de chaque année scolaire vis-à-vis de professeurs et de condisciples nouveaux. Quand j'ai commencé à donner des leçons, la première entrevue avec un nouvel élève m'était horriblement pénible ; dès la seconde leçon j'étais tout à fait à l'aise.

Quand j'avais été présenté à l'Ecole de Rochefort, j'avais l'état psycho-physiologique d'un départ pour l'assaut ; ma place prise dans l'équipe des étudiants, je me suis trouvé pendant tout mon séjour dans cet hôpital militaire comme en famille avec les blessés et malades des deux armées. Mais dans un hôpital parisien, tant que je n'y ai connu personne, je n'ai jamais pu surmonter la sensation paralysante qui s'emparait de moi, quand je devais ouvrir la porte vitrée à travers laquelle semblaient m'hynoptiser les rangées de lits, qu'il y eût ou non dans la salle le chef de service et son personnel. Il fallait, pour m'y décider, que j'eusse en main la carte de stagiaire, qui non seulement m'autorisait à pénétrer, comme ma simple carte d'étudiant, mais m'y obligeait.

Je profitais, pour entrer dans une salle, de l'entrée d'un groupe d'étudiants auquel je me mêlais ; je suivais le flot des visiteurs ou des élèves du service ; jamais je n'aurais osé parler à un ou à une malade ; j'écoutais, je prenais des notes, figurant muet.

Quand vint la date où le règlement prévoyait pour moi le début du stage, j'allai au secrétariat de la Faculté me faire inscrire pour le stage médical : l'employé me tendit la liste des services hospitaliers parmi lesquels je pouvais choisir ; tous ces noms m'étaient inconnus. Pourtant j'en vois un qui me rappelle quelque vague souvenir d'un nom célèbre : Delpech médecin à l'hôpital Necker ! J'avais oublié que le Delpech historique avait été chirurgien à Montpellier. Je balbutie ce nom, l'employé l'écrit sur ma carte et me voilà le lendemain à Necker.

Le Delpech médecin était un hygiéniste, et même membre du Conseil d'hygiène ; il ne faisait pas bien régulièrement son service, il ne parlait guère qu'à son interne, s'entretenait surtout, à ce qu'il me parut, avec son entourage de généralités et des évènements du jour. J'abordai l'interne avant l'arrivée du chef, en lui montrant ma carte de stagiaire ; il me répondit que je pouvais à ma guise suivre la visite avec ou sans tablier, ne me présenta pas au chef, qui jamais ne m'adressa la parole. Au bout de peu de jours, j'étais dégoûté de cette situation, quand un matin, au Bureau des entrées, en allant signer la feuille de présence, bien inutile — personne ne faisait d'appel et ne vérifiait les signatures, — je rencontrai un étudiant que j'avais connu à un cours et qui me demanda dans quel service je commençais mon stage. L'ayant appris, il se mit à rire : « Ja-

(1) Paris Félix Alcan, 1901.

mais vous n'y apprendrez rien ! Venez donc avec moi chez « Boule d'Ebène ». C'est un chef très agréable et peu importe que vous signiez dans un service ou un autre. Vous avez signé la feuille au Bureau, cela suffit bien pour la Faculté ».

Boule d'Ebène n'était ni nègre, ni mulâtre, mais seulement d'un teint brun comme un créole ou simplement un homme du Midi, qui paraissait encore plus foncé, surmonté d'une ample calotte noire. C'était l'aimable LABOULBÈNE, le futur professeur d'Histoire de la médecine, connu surtout alors comme parasitologue ; le monde des vers intestinaux n'avait plus de secrets pour lui et son service était renommé dans tout Paris pour la cure du tænia. « Ici on ne le rate jamais », disait-il avec une fierté joyeuse et un accent méridional.

Ce savant brave homme était très causeur, racontait toutes sortes d'anecdotes, mais n'examinait guère que certains malades qui lui étaient signalés par l'interne ; quand il se décidait à ausculter, il commençait presque toujours par porter ses deux mains à sa tête et s'écriait « Assurons donc notre calotte et donnons un coup d'oreille ». Mais jamais il ne connut mon nom, ni ne m'offrit d'ausculter moi-même. Mon camarade, qui était d'autre part aide-préparateur au laboratoire de Balbiani, au Collège de France, ne s'intéressait guère qu'à l'évolution des vers et à la recherche des œufs de parasites dans les matières fécales ; il m'avait présenté à l'interne et à un ou deux externes, et ne s'occupa plus de moi. Personne ne me mit au contact des malades et je n'appris guère pendant un trimestre que l'histoire et les traitement des tænias. C'était quelque chose, c'était peu toutefois. Aussi étais-je profondément découragé et humilié, quand une occasion inattendue me conduisit à continuer mon stage en chirurgie et à prendre enfin pied dans un service.

***

J'avais en Normandie un oncle cultivateur et grand chasseur ; cet oncle, calculeux comme beaucoup de Normands, fut lithotritié par FÉLIX GUYON, avec lequel il avait conservé des relations sous la forme de gibier qu'il envoyait chaque année à l'habile chirurgien, son sauveur. Ayant visité mon oncle, je lui dis que j'allais tous les matins à l'hôpital Necker, où Guyon avait son service. Mon oncle aussitôt m'engage à me présenter de sa part près du Maître avec une lettre d'introduction.

Du moment que j'étais muni de ce talisman, ma timidité était à moitié vaincue ; elle le fut complètement par l'accueil bienveillant et la physionomie souriante de l'homme froid d'abord, mais excellent qu'était Guyon. Il comprit vite que je barbotais dans un stage médical mal commencé et m'intima de venir désormais dans son service, me présenta à ses trois internes, me fit embrigader parmi les nombreux élèves, qui ne manquaient pas de besogne dans ces salles où régnait une si grande activité à la fois pour la chirurgie générale et les maladies des voies urinaires. Alors commença pour moi une période de satisfaction sans mélange et une affection croissante pour mon nouveau Maître. Mes relations avec lui ont été d'ailleurs assez particulières pour égayer mes lecteurs.

Très grand, très droit, portant haut une tête dont le profil de médaille était imposant, mais qui, vue de face, exprimait surtout une douceur un peu somnolente ; sous un grand front des yeux clairs, au regard bienveillant, assez mornes en général, mais s'égayant d'un fugitif éclair malicieux, quand de sa voix lente et mesurée, au milieu d'un discours sage et instructif, il avait laissé tomber un de ces énormes jeux de mots, dont l'assistance hésitait à rire, tant cette bouffonnerie gamine contrastait avec son imperturbable sérieux Guyon, tel m'apparut. Ce grand chef d'Ecole qui a fait faire tant de progrès à l'urologie par le perfectionnement de la technique opératoire et par les travaux expérimentaux, les recherches physiologiques et chimiques qu'il a suscités autour de lui, m'a toujours semblé un esprit de portée moyenne, surtout clair et laborieux. Il avait une confiance absolue « dans ce travail régulier, persévérant qui mène à tout, même sans génie. » Que de fois je lui ai entendu répéter cette phrase ! Et il avait sans doute à peu près raison, lui que cette méthode a conduit à l'Institut.

Les internes de cette année étaient Campenon, médaille d'or, long, maigre, d'aspect Don Quichottesque, dans le tablier duquel se trouvait habituellement une pipe, quand il ne pouvait l'avoir entre les dents ; il a fait une très honorable carrière de chirurgien des hôpitaux ; avec lui contrastait Martin (de Genève) grand aussi, mais qui, quoique gros et gras, n'avait rien de Sancho Pança, car il me paraissait plus fin que son collègue et professa plus tard la chirurgie dans son pays ; entre deux se trouvait, comme moyen terme, l'élégant Martinet qui devint chef de clinique médicale. Tous trois furent pleins de bienveillance pour moi.

Un des précédents internes de Guyon, Jacques Reverdin (de Genève) avait fait connaître les heureux résultats des greffes épidermiques pour hâter la guérison de certaines plaies et on en poursuivait l'application à ces ulcères de jambe qui encombraient alors les services de chirurgie. Au bout de quelque temps, me voyant très zélé et pas trop maladroit grâce à l'habitude des pansements que j'avais prise à Rochefort, mais que maintenant je voyais faire proprement, Guyon me confia une petite salle contenant tous les ulcères du service. Je me piquai d'honneur et je pratiquai d'innombrables greffes avec tant de sollicitude que les succès étaient brillants : chaque fois qu'un chirurgien étranger suivait la visite, le chef l'arrêtait devant mes lits et faisait constater l'extension régulière des ilots épidermiques ; mais trop souvent, à la veille de l'épidermisation complète, le patient exigeait son exeat, sinon par impatience de retourner au travail, du moins par nostalgie de quelque « zinc » familier, ou pour conserver une plaie qui lui permît de se faire admettre dans un autre service. En outre un résultat imprévu fut que les ulcéreux impénitents se présentaient désormais moins souvent les jours d'admission dans le service de Guyon, trouvant qu'on les y guérissait trop vite.

Une autre circonstance me fit monter dans l'estime de mon chef.

Il devait faire une notice historique sur Denonvilliers, et pour corser l'intérêt de la vie scientifique de ce chirurgien anatomiste, aurait désiré trouver quelqu'une de ces particularités biographiques qui rendent moins austères les articles nécrologiques ; mais en causant dans le service il nous avait confié le regret qu'il éprouvait de ne trouver aucun épisode « à côté » dans la vie de son mort. Pour les biographes il y a de bons et de mauvais morts.

Or, en fouillant les boîtes des bouquinistes, sport auquel je me complaisais alors, je tombai sur une vieille brochure intitulée *Règlement de la Société des* ARCHERS DE FRANCE, dédiée à Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris, EMPEREUR DE L'ARC. J'en demeure ébloui, j'achète cette vieillerie poudreuse, je la porte chez Guyon à l'heure de sa consultation. Il reçoit ma communication avec le sourire et me dit : « Maintenant il faut expliquer ce document. En chasse pour éclairer ce côté obscur de la vie du défunt ! » Non sans embarras je m'en allai d'armu-

riers en arquebusiers jusqu'à un fabricant d'arcs dans une vieille rue du Marais, où j'obtins cette précision : Denonvilliers avait dans sa jeunesse fait partie d'une de ces Sociétés d'archers qui existaient dans le Nord de la France ; il était devenu un si habile tireur qu'après maint triomphe dans les réunions d'archers il avait mérité d'être élu à l'honneur suprême. Son «violon d'Ingres» était un arc. Mais ses collègues de la Faculté l'avaient ignoré.

Muni de ces authentiques renseignements, Guyon agrémenta sa notice d'un paragraphe inédit qui fut remarqué et j'entrai plus avant dans sa familiarité.

Il m'invita à sa table pour un jour prochain afin de me présenter à Madame Guyon et cet honneur tourna, je dois l'avouer, à ma confusion par suite d'une malice innocente du maître et de la maîtresse de la maison, malice aggravée par ma maudite timidité.

La veille du jour où ce dîner eut lieu, j'assistais à une première représentation au théâtre de l'Odéon ; j'avais des camarades parmi les comédiens et recevais souventune entrée de faveur. — Pendant que je suis dans la voie des aveux, j'ajouterai que peu après j'y présentai moi-même une pièce en deux actes, qui me fut rendue quelques mois plus tard «à correction» et que je négligeai toujours de corriger, après l'avoir relue de sang-froid et reconnu qu'elle manquait vraiment trop d'originalité. Ainsi gît en moi un dramaturge mort-né à qui le médecin survécut sans regret.

La Première de ce soir là était celle d'un jeune auteur à peu près inconnu, Albert Delpit, qui vers 1880 conquit une juste célébrité par *Le Fils de Coralie*. Mais ce début, un *Robert Pradel*, fut un four noir. Pendant un des entr'actes je vis, non sans quelque étonnement, mon chef Guyon se promener dans le foyer du public avec sa gravité coutumière ; il ne passait pas pour s'intéresser à la littérature ni aux mondanités. J'allai le saluer ; il m'accueillit aimablement et me retint quelques minutes, ne faisant aucune allusion à la pièce, me parlant de l'hôpital, de mes études et me rappelant l'invitation à dîner.

Le lendemain, j'étais donc présenté à Madame Guyon, maîtresse de maison charmante, affable et spirituelle, qui me fit asseoir à côté d'elle. J'ai dit que mon masque de timidité était dans le monde un effort perpétuel pour causer de tout avec un entrain presque excessif et je paraissais très à l'aise, quand au second service ma voisine me dit avec le plus aimable sourire : « Je sais que vous aimez le Théâtre ! Mon mari m'a dit vous avoir vu hier à la Première de l'Odéon. Que pensez-vous de la pièce ? » — Moi avec élan : « Oh ! Madame, quel four c'était ! » — Elle, riant aux éclats : « Au moins voilà de la franchise ! Vous savez que l'auteur est mon frère ? »... Horreur ! ! J'ignorais que Guyon eût épousé Mlle Delpit, et lui, il me regardait de son air bonhomme, mais avec le clin d'œil malicieux qui accompagnait ses pires calembours. Que dire ? Je riposte en balbutiant : « Madame, vous m'avez tendu un piège ; j'ignorais votre parenté avec M. Delpit. Mais, si son début est un échec, que la Presse a enregistré avec ensemble aujourd'hui, tous les critiques ont ajouté que l'auteur avait fait preuve d'un réel talent naissant, ... plein de promesses ... et qu'il a beaucoup d'avenir, etc. » Et Madame Guyon riait de plus en plus, et plusieurs convives aussi, et Guyon souriait toujours.

Pour que la catastrophe fût complète, dans mon trouble je renversai mon assiette et son contenu sur ma serviette et sur mes genoux : domestiques effarés d'accourir, cherchant à garder leur sérieux, pendant que toute la tablée pouffait de rire, moi seul excepté d'abord, puis bientôt comme la galerie.

La bonne grâce de la maîtresse de maison, accrue sans doute par quelque remords d'avoir tendu un piège au grand nigaud que j'étais, eut vite fait de me remettre en selle et je devins par la suite un familier de son hospitalière demeure. Mais mon vieux Maître n'oublia jamais cet incident comique : trente ans après, à l'issue d'une conférence qu'il m'avait demandé de faire sous sa présidence à l'*Union des Femmes de France*, il m'y glissa encore à l'oreille une amicale et malicieuse allusion à sa plaisanterie d'autrefois.

(*A suivre.*) Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1928.

Contribution à l'étude de la météoropathologie « Syndrome vent du Midi et baisse h grométrique ». — MM. ***Mouriquand*** et ***Charpentier***. — Une longue observation de plus de dix ans a convaincu l'un des auteurs qu'il existait dans la région lyonnaise, chez le nourrisson, un syndrome clinique relevant de l'action pathogène du vent du sud. Ils l'ont dénommé *Syndrome du vent du Midi*.

Ces manifestations atteignent principalement les nourrissons et s'expriment par de l'agitation et même un certain état fébrile. Il y a spoliation hydrique par voie respiratoire du fait de la baisse de la courbe hygrométrique de l'atmosphère. Parfois il peut y avoir des cas suivis de mort. Le remède consiste à faire agir le ventilateur de la salle sur des blocs de glace.

MM. ***Netter*** et ***Jules Renault*** ont déjà noté depuis longtemps l s mêmes faits à Paris et M J. Renault les a combattus également en faisant installer dans son service des ventilateurs aspirant de l'air sur la glace.

Sur un traitement des septicémies pneumococciques par l'injection intra-veineuse de sels biliaires. — M. ***Barjot***. — Les septicémies pneumococciques ont, chez les noirs, une malignité particulière. Or, on sait que les sels biliaires ont une action dissolvante rapide sur les pneumocoques virulents. Ces sels paraissant peu toxiques, l'auteur, par tâtonnements, est arrivé à injecter par voie endo-veineuse 7 grammes de taurocholate à des adultes sans autre inconvénient qu'une légère hémoglobinurie quand l'injection était poussée trop rapidement. L'auteur a fait l'essai expérimental et clinique de cette méthode et les résultats en paraissent intéressants dans les septicémies pneumococciques.

M. ***Netter***. — L'action de la bile sur le pneumocoque est connue depuis longtemps. Nicolle puis Lamarre, en déterminant chez le chien une méningite pneumococcique expérimentale, avaient remarqué que l'emploi isolé de la bile, soit du sérum antipneumococcique ne donnait aucun résultat, au contraire leur emploi conjoint amenait la guérison.

Nécessité d'un contrôle biologique précis des substances renfermant des vitamines. — MM. ***E. Lesné***, ***Robert Clément*** et ***S. Simon*** montrent la nécessité d'un contrôle biologique et d'un étalonnage en unités physiologiques des substances renfermant des vitamines.

La multiplication des médicaments et des aliments que l'on prétend contenir des vitamines, l'inégalité de leur activité, le fait que certains d'entre eux sont totalement dépourvus de vitamines rendent évidente la nécessité d'un contrôle. Les vitamines ne se prêtant à aucune mesure pondérale, volumétrique ou colorimétrique, le seul moyen de déceler leur présence et de connaître leur abondance dans un produit est d'expérimenter celui-ci sur un animal soumis au régime de carence correspondant. On peut ainsi étalonner une substance en « unités physiologiques » de chaque vitamine comme on le fait pour l'insuline et les extraits endocriniens. Si, outre l'appréciation de son activité en vitamines, chaque produit prétendu riche en vitamines portait la date de sa préparation ou la date limite de son emploi, le médecin aurait à sa disposition des indications précises pour diriger une thérapeutique dont on sait la valeur.

GLANURES

Pharmaciennes. — Sous ce titre M. Hughes Delorme célèbre dans *le Figaro* les élèves femmes de plus en plus nombreuses à la Faculté de pharmacie.

Réforme que l'on apprécie,
L'art des Purgon et des Homais
Tombe (heureuse, la Pharmacie !)
Aux mains des dames désormais ;
Et déjà leur troupe pullule
Qui, sachant dorer la pilule
Mieux, que le plus adroit potard,
Détaille bismuth et rhubarbe...
(Car la puissance de la barbe
Doit disparaître tôt ou tard.)

Respectons l'effort méritoire
Des jeunes filles qui soudain
Pour le sombre laboratoire
Délaissent tout plaisir mondain.
Le dur métier d'apothicaire
N'offre qu'un agrément précaire ;
On n'y distille pas que miel.
Ajoutez que nos ingénues
(*Dura lex, sed lex*) sont tenues
Au secret professionnel...

Unissant le démon et l'ange,
La femme toujours excella
Dans le dosage d'un mélange
Fatal ou propice ; et cela
Nous inquiète et nous rassure
Tour à tour : — « Après la blessure,
Ce que la femme fait très bien
(A dit Barbey), c'est la charpie !... »
Ainsi parfois une harpie
Se transforme en ange-gardien...

Souvent la grâce féminine,
Par d'involontaires méfaits,
De l'antifébrine quinine
Détruira les heureux effets ;
Et la dame au charmant physique
Qui nous vend comme analgésique
Du baume très tranquille pour
Modérer l'ardeur de nos fièvres,
Peut fort bien, le sourire aux lèvres,
Nous donner la fièvre d'amour !...

Hugues Delorme.

La guerre des gaz. Un calcul du Dr Charles Richet, fils. — Le docteur Charles Richet, fils, a envoyé la lettre suivante à l'*Animateur des Temps nouveaux* :

« J'ai été très ému de la découverte du stock de phosgène à Hambourg.

« J'ai fait le calcul suivant :

« 40 milligrammes de gaz rendent irrespirable un mètre cube d'air. Donc 40 tonnes rendront irrespirable un milliard de mètres cubes.

« La surface de Paris est approximativement de 100 kilomètres carrés, soit 100 millions de mètres carrés.

« Ainsi, 40 tonnes de phosgène peuvent rendre toxique l'atmosphère de Paris, sur une hauteur de 10 mètres.

« Bien entendu, ce chiffre est théorique. Il faut admettre une répartition du phosgène absolument égale en surface et en hauteur.

« Ce calcul ne tient pas compte du vent.

« Mais il faut savoir que 40 tonnes constituent le chargement de 20 avions de commerce seulement.

« L'Allemagne en a peut-être 200 ou 300. Et le phosgène est loin d'être le gaz le plus toxique.

« Alors ?

« Le public n'a pas absolument compris, malgré la presse, ce que signifiait la présence de 150 tonnes de phosgène à Hambourg.

« Le parlement ne semble pas s'en être ému, puisqu'à ma connaissance, il n'y a ni question écrite ni interpellation.

« Je me demande si l'*Animateur des Temps Nouveaux*, dont je connais le numéro contre la « Guerre des Gaz », ne pourrait pas présenter au pays inconscient le danger des gaz sous la forme suivante :

« Chaque tonne de phosgène qui, dans une ville allemande, est stockée, représente un danger de mort pour deux quartiers de Paris. »

La loi du silence. — Le Dr P. Hartenberg a publié (*Bul. de la Chambre synd. des ph. de la Seine*, 31 mai 1928) sur la relation entre médecins et pharmaciens, quelques pages qui méritent d'être reproduites :

« Nous avons toujours pensé, et nous pensons plus que jamais qu'entre pharmaciens et médecins doit régner la plus cordiale harmonie, aussi bien pour l'étude des questions qui nous touchent les uns et les autres que pour la défense de nos intérêts communs. Or, pour réaliser cette étroite et confiante collaboration, il est nécessaire d'écarter tous les prétextes à malentendus, toutes les causes de friction qui peuvent survenir entre nos deux professions.

Parmi ces causes, il en est une, très importante pour le médecin, que je voudrais signaler ici : ce sont les commentaires, parfois les critiques des ordonnances médicales, faits par les pharmaciens devant le client. Trop souvent, lorsqu'il prend connaissance de notre prescription, le pharmacien, ou son aide émet quelque réflexion, toujours inutile, parfois maladroite, parfois même désagréable pour son auteur.

Comme je n'aime à parler que de ce que je connais bien, je ne rappellerai que des faits personnels. En raison de ma spécialité neuro-psychiatrique, je suis obligé souvent de rédiger des ordonnances un peu baroques dans un but psychothérapique, pour frapper l'imagination des malades ; je suis obligé aussi de prescrire quantité de substances toxiques à doses relativement élevées, telles que la strychnine, la codéine, l'hyosciamine, etc. : je suis amené enfin à essayer des thérapeutiques nouvelles et encore peu connues. Je devine aisément la surprise que quelques-unes de mes formules peuvent provoquer dans l'esprit du pharmacien qui les lit, mais je regrette qu'il ne la conserve pas pour lui seul et fasse part de ses réflexions à mes malades.

En voici quelques exemples :

Il y a plusieurs années, je faisais des recherches sur l'acide borique dans l'épilepsie et je prescrivais cette substance en cachets. Or, un jour, un malade m'avoue n'avoir pas absorbé

les cachets indiqués parce que le pharmacien lui avait dit « que l'acide borique était un médicament pour l'usage externe et ne pouvait être ingéré ».

Récemment, je prescris à une jeune fille deux comprimés de gardénal à 0.10 centigrammes. Le préparateur en lui remettant le produit déclare : « Cette dose me paraît un peu forte pour vous ; vous feriez bien de ne prendre qu'un seul comprimé ».

Une autre fois, je prescris simultanément une potion sédative à base de bromure et une formule tonique. Le pharmacien fait la réflexion suivante : « Il a une drôle de méthode ce médecin : il veut vous calmer et vous exciter en même temps. »

Je pourrais multiplier ces exemples.

Mais c'est surtout à propos des alcaloïdes que les réserves ou les recommandations du pharmacien prennent un ton souvent vexatoire. J'ai préconisé, il y a longtemps déjà, une méthode d'emploi de la strychnine à doses intensives et progressives. En utilisant l'accoutumance très rapide de l'organisme à cette substance, on peut arriver à en faire absorber jusqu'à 8 à 10 centigrammes par jour, sans aucun inconvénient.

On se doute de la stupéfaction du pharmacien qui doit délivrer de telles quantités et des réflexions qu'il ne peut s'empêcher d'émettre.

En voici quelques échantillons :

Votre médecin est fou. — Votre médecin veut donc vous empoisonner ! — Votre médecin a dû se tromper ! — C'est de la mort-aux-rats ! — Je ne veux pas vous laisser tuer en vous donnant autant de poison ! etc., etc.

Vous imaginez-vous combien sont désagréables, froissantes pour le médecin, de telles paroles qui lui sont rapportées par les malades ! Que diraient les pharmaciens si nous critiquions ainsi la façon dont ils préparent les médicaments ? Et le procédé est pour nous non seulement vexatoire, mais encore préjudiciable. Car trop souvent, le client, inquiété ou effrayé par les commentaires du pharmacien, perd sa confiance dans le médecin et ne retourne plus chez lui. J'ai, pour ma part, perdu de la sorte un certain nombre de malades.

Il est donc hautement désirable que, quelles que soient l'étrangeté, l'audace ou même l'erreur d'une ordonnance, le pharmacien ne laisse rien paraître de son sentiment devant les clients qui éprouvent toujours quelque malin plaisir à constater nos conflits. Se taire doit être pour lui une règle absolue. Qu'il sache s'abstenir de toutes ces manifestations de censure, dont le moindre défaut est d'être parfaitement inutiles, car elles ne servent à rien ni à personne.

Certes, je reconnais que dans les cas douteux, il est de son intérêt, de son droit et de son devoir de couvrir sa responsabilité. Mais alors, sa conduite est toute simple : donner un coup de téléphone au médecin pour demander confirmation de l'ordonnance, confirmation verbale ou même confirmation écrite si la question est sérieuse. Ce simple petit geste éviterait tant de froissements.

Certes, je reconnais que la plupart de ces fautes sont commises, non par le pharmacien lui-même, mais par ses préparateurs. Le pharmacien est un homme pondéré, réfléchi, possédant une culture scientifique qui assagit son jugement et modère ses réactions. Mais il n'en est plus de même pour ses aides qui se laissent aller trop souvent au défaut assez commun dans l'humanité de s'attribuer des compétences discutables, et de critiquer ce qu'on ne comprend pas. Que leurs patrons leur fassent la leçon et leur rappellent les règles de la bonne déontologie médico-pharmaceutique. Qu'ils les invitent à respecter la loi du silence !

Toutes ces considérations, je le répète pour terminer, n'ont d'autre but, en écartant l'une des causes de friction entre pharmaciens et médecins, que de contribuer à la parfaite cordialité des relations qui doivent régner entre nos deux professions.

La saison des Eaux.
Les Médecins inspecteurs. Les Médecins consultants.

(Air de *La Lorette*, de NADAUD.)

Enfin la neige
Lève son siège,
Les pics glacés bientôt vont reverdir :
Tout est moins sombre,
Tout sort de l'ombre,
On le sent bien, les beaux jours vont venir.
Les inspecteurs de nos sources thermales,
Les consultants qui glanent auprès d'eux,
Se hâtent tous de terminer leurs malles,
A leurs foyers d'adresser leurs adieux.
La clientèle
Ouvre leur aile,
Et fait partir ces oiseaux migrateurs :
Ils vont en masse
Faire la place,
Comme le font les commis-voyageurs.

Chaque docteur recevra leur visite ;
C'est un impôt, il faut le supporter,
Perte de temps se répare bien vite,
Pour quelques-uns vous aurez à dîner.
A leur campagne
Buvons Champagne,
Vins de Bourgogne et puis Château-Margaux
Très chers confrères
Choquons nos verres
A vos succès auprès des buveurs d'eaux.

Si vous avez là-bas sous votre égide,
Certain client qui s'affole de vous ;

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Traversée de jour entre Nice et la Corse

Par suite des modifications apportées aux services maritimes entre Nice et la Corse, les départs de Nice des paquebots effectuant les traversées de jour ont lieu :

Le vendredi à 9 heures pour Ajaccio. Le samedi à 12 heures pour la Balagne (Calvi et Ile Rousse ou Ile Rousse et Calvi alternativement par quinzaine). Le dimanche à 10 heures pour Bastia.

Les voyageurs partant de Paris le vendredi par le train n° 15 à 17 h. 10, sont en Corse le lendemain soir. Ils trouvent à leur arrivée à la gare de Nice, à 10 h. 55, un service automobile qui les transporte avec leurs bagages au port d'embarquement.

Si par nos soins, il vous a pris pour guide,
Soyez prudent en lui parlant de nous.
C'est ridicule,
On est crédule,
Et quand on souffre, on voudrait tant guérir !
Il pourrait croire
A votre histoire,
Et puis chez nous ne jamais revenir.

Je le sais bien, votre arsenal immense
Peut réparer tous les maux d'ici-bas,
Et dans vos mains vous avez la puissance
De faire encore quand nous ne faisons pas.
Eaux merveilleuses,
Prodigieuses,
Dont vous jouez avec tant de bonheur !
Grand bain de cuve,
Ou bain d'étuve,
Vous avez tout pour calmer la douleur.

Tout est blanchi par vos eaux de cocagne.
Tout doit céder à la Thermalité.
Qu'on aille en Suisse, en France, en Allemagne,
Partout vos eaux sont une vérité.
La dyspepsie,
La gastralgie,
Les estomacs devenus paresseux ;
La cuisse étique
Par la sciatique,
Et puis les tics surnommés « douloureux ».

Rien ne résiste, au bout de trois semaines,
Et vingt-cinq jours est le terme fatal.
Si par hasard vous avez des migraines,
Trois jours de plus font passer votre mal.
On voit l'enflure,
La courbature,
Le mal aux yeux, l'engorgement des seins,
Pertes diurnes,
Pertes nocturnes,
S'éliminer et fluer par les reins :

Le gros mangeur que gêne sa bedaine,
A Kissingen va dégraisser sa peau ;
Il est barrique au moment qu'on l'entraine
Après la cure, il a passé tonneau.
Les Pyrénées
Sont destinées
Aux affections du pal'tot cutané ;
Sans qu'on en souffre,
Là, par le soufre,
Le derme ancien est de nouveau tanné.

Séjour heureux des monts et des cascades !
J'ai vu par toi s'éloigner les chagrins ;
J'ai vu bien mieux, comme des camarades,
J'ai vu chez toi vivre les médecins.
Tuberculose
Et toi chlorose
Qui fais pâlir le minois féminin :
Femmes pleureuses
Et vaporeuses,
Allez aux eaux colorer votre teint.

Les essoufflés cultivent le Mont-Dore,
On y refait le jeu de son poumon :
Par l'arsenic bientôt il expectore
De son tissu ce qui restait de bon.
A la famine,
A la débine,
Opposons Bade à l'infâme tripot.
Pour vous refaire
Et vous défaire,
Là, la fortune a son vaste entrepôt.

Ceux qu'ont réduits les grands vins de Bourgogne,
La truffe noire au parfum enivrant ;
Ceux dont la marche en passant vous étonne
Et vont tomber sans doute au premier vent ;
Ceux dont l'absinthe
A glauque teinte,
A convulsé les muscles rabougris ;
Ceux que Cythère,
Et son mystère,
Bien avant l'âge ont déjà fait tout gris ;

Tous ces vaincus des voluptés mondaines
Sont pour Plombières et pour vos hauts fourneaux.
Guérissez-les, ils vont là par centaines,
Guérissez-les, pour l'honneur de vos Eaux.
Beaucoup de gloire
Peu de déboire,
Que le succès vous fasse tous heureux
Et que ruiselle
Votre escarcelle
Sous l'or bien pur des clients généreux !

Chers inspecteurs de nos sources thermales,
Et consultants qui glanez auprès d'eux ;
Il faut, hélas ! recommencer vos malles
A vos griffons adresser vos adieux.
Partout la neige
Reprend son siège,
Les pics glacés vont bientôt reblanchir
Tout devient sombre
Et fuit dans l'ombre :
On le voit trop, l'hiver va revenir.

MUSCULUS.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médic. de Bordeaux*, n° 5, 1er février 1885 et *Umfia*, juillet 1928.)

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Le n° 3 fr. 50. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juillet 1928. A Mathiez : La réaction thermidorienne (IV) : Babeuf Tallieu, Fréron et sa « jeunesse ». — E Le Roy. Les origines humaines et l'évolution de l'intelligence (XVI) : Conclusion. - E. Estève : Un grand poète de la vie moderne Emile Verhaeren (XI) : Conclusion. — Th. Gerold : Les instruments de musique au moyen-âge (V). Tambours et orgues. — J. Pommier : Les dernières années du philosophe Jouffroy (III)(fin). — L. Villard : Le théatre contemporain en Amérique (VII). L'œuvre d'Eugène O'Neill.

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 33 LE NUMÉRO: 50 Centimes 18 AOUT 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

1, Rue des Écoles, PARIS (V°)

C. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Il est créé à la faculté de médecine de Paris un emploi de chargé de cours ; le titulaire donnera son enseignement à l'école de puériculture.

Le traitement de cet emploi est fixé à 34.000 fr.

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine en 1928. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 15 octobre 1928.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et agés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 6 octobre, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. *Régime d'études de* 1893-1899. — 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. *Régime d'études de* 1911-1912. — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924. — Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. *Régimes d études de* 1893-1899 *et de* 1911-1912. — Etudiants à 4 inscriptions : *a*) Une composition d'anatomie : ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b*) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions : *a*) Une composition de médecine ; Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions : *a*) Une composition de médecine ; *b*) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. *Régime d'études de* 1924. — Etudiants à 4 inscriptions : *a*) Une composition d'anatomie ; *b*) Une composition d'histologie.

Etudiants à 8 inscriptions : *a*) Une composition de physiologie ; *b*) Une composition de physique et de chimie biologique comportant : 1° Une question de physique biologique (1 heure) ; 2° une mention de chimie biologique (1 heure).

Etudiants à 12 inscriptions : *a*) Une composition d'anatomie pathologique ; *b*) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions : *a*) Une composition de médecine générale ; *b*) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année, les étudiants qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, cliniques et naturelles soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » audit certificat.

Concours pour l'obtention des bourses de pharmacie en 1928. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des facultés de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 15 octobre 1928.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 6 octobre 1928 à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — 1° *Ancien régime d études.* : sont admis à concourir :

Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » les examens de fin de 1re et de 2e année et l'examen semestriel ;

2° *Nouveau régime d'études* : sont admis à concourir : *a*) Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note « Bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions ; *b*) Les candidats pourvus de 15 ou de 16 inscriptions qui ont obtenu la note « Bien » au 3e examen de fin d'année.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant.

A. *Ancien régime d'études.* — Elèves à 4 inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° Botanique.

Elèves à 8 inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° Matière médicale et pharmacie.

Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° Chimie analytique et toxicologie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

B. *Nouveau régime d'études.* — Elèves à 4 inscriptions : 1° Physique et chimie minérale ; 2° Botanique.

Elèves à 8 inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° Matière médicale et pharmacie.

Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie chimique ; 2° Chimie analytique et toxicologie.

Elèves à 15 ou 16 inscriptions : 1° Chimie biologique et microbiologie : 2° Pharmacie galénique.

Quatre heures sont accordées pour l'ensemble de ces épreuves.

N. B. — Les candidats qui justifient soit de la mention « Bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « Assez bien » à l'examen de validation de stage, soit de la mention « Assez bien » au baccalauréat et de la mention « Bien » à l'examen de validation peuvent obtenir sans concours une bourse de 1re année.

IIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — Le Congrès de l'Association syndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France, fondée le 8 octobre 1919, se tiendra, pour la 9e fois le lundi 8 octobre prochain, à 17 heures 15.

En raison des futures assurances sociales, et vu la nécessité de l'union des groupements médicaux, ce congrès est particulièrement opportun.

Voici l'ordre du jour actuel : Marche de l'Association ; : Représentation du Corps médical des hôpitaux dans les commissions administratives ; Assurances des médecins des hôpitaux contre maladies ou accidents en service ; Honoraires pour payants et droits communs dans les hôpitaux ; Seance et décision du Conseil supérieur de l'Assistance publique (29 février 1928) : Accidents du travail ; Syndicalisation des Groupements hospitaliers ; Discussion sur l'adhésion de l'Association au groupement des médecins spécialisés ; Election annuelle du bureau, et d'un nouveau président.

Les collègues qui auraient d'autres questions à porter à l'ordre du jour, sont priés de les faire connaître aux membres du conseil : Reynes, président à Marseille ; Le Nouene, au Havre, Guyot, à Bordeaux, vice-présidents ; Patal, à Lyon, trésorier ; L. H. Rocher à Bordeaux, secrétaire général ; Paul Boudin, à Paris, conseiller médico-juridique.

Hôpitaux de Paris. — Une commission chargée d'examiner les moyens d'atténuer la charge qui resulte pour les établissements hospitaliers de Paris du traitement des malades de la banlieue parisienne, des départements et de l'étranger, est instituee au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Cette commission sera composée comme il suit : MM. le Dr Gustave Dron, sénateur du Nord, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre ; Morizet, sénateur de la Seine ; Nogaro, député des Hautes-Pyrénées, ancien ministre, président de la Commission de préparation des traités internationaux : Henri Sellier, président du Conseil général de la Seine ; Rebeillard, président de la Commission d'assistance au Conseil général de la Seine ; Lesesne, conseiller général de la Seine, rapporteur de l'assistance medicale gratuite ; Ambroise Rendu, doyen du Conseil municipal de Paris, président de la Commission de l'Assistance publique du Conseil municipal de Paris ; Nepoty, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère du Travail ; Labussière, conseiller d'Etat, directeur de l'administration departementale et communale au ministère de l'Intérieur ; Cornu, directeur du contrôle, de la comptabilité et des affaires algériennes au ministère de l'Intérieur ; le Dr Mourier, directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris ; Haguenin, inspecteur des finances, chargé de la direction du contrôle des administrations financières au ministère des Finances ; Imbert, chef du service central de l'inspection générale des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur ; le Dr Bire, inspecteur de l'Assistance publique du département de la Seine ; de Mouy, chef de bureau au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; Cambier, chef du bureau de l'assistance médicale à la Préfecture de la Seine ; Quellet, chef du service des hôpitaux et hospices à la direction générale de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris.

M. le Dr Gustave Dron remplira les fonctions de président.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Paul Vigne est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique dermatologique de l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. le Dr Blum, relevé de sa délégation dans cet emploi.

M. Arnoux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, est nommé chef des travaux de chimie à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le professeur Moitessier a été élu au Conseil académique.

— Un concours pour une place de chef des travaux de physique générale et biologique au a lieu à l'Ecole de médecine de Marseille le 22 octobre 1928.

Nécrologie. — Dr Henri Guerrier, de Paris. — M. le Dr Drey (de Lyon). — M. le Dr Chaballier (de Lyon), médecin de l'hôpital St Joseph, a fait une chute mortelle en tentant l'ascension de la pointe d'Archeboc, près de Tignes (Savoie).

TRAVAUX ORIGINAUX

Dégénérescence musculaire pseudo-kystique au niveau du creux sus-claviculaire gauche simulant un ganglion de Troisier chez un malade porteur d'un ulcère calleux de la petite courbure,

Par MM. M. LOEPER et A. LEMAIRE

La valeur séméiologique du ganglion de Troisier quand on le constate chez un malade suspect de néoplasie ne prête guère à discussion. A condition qu'il s'agisse d'une adénopathie dure, indolente, unilatérale du creux sus-claviculaire gauche, l'hypothèse d'un cancer profond, digestif ou pulmonaire le plus souvent se trouve par là même confirmée. Certains auteurs ont élevé contre cette notion classique et souvent vérifiée quelques objections. MM. Soupault et M. Labbé (1), et plus récemment MM. Faroy et Worms (2) ont montré que le ganglion de Troisier pouvait n'être qu'un ganglion banal, inflammatoire ou tuberculeux, même chez des malades atteints d'une néoplasie indiscutablement contrôlée. Il ne s'agit pas toujours de tuberculose ou d'inflammation et même pas toujours de ganglions.

***

Nous avons eu l'occasion d'observer ces temps derniers un cas qui illustre cette manière de voir, le pseudo-ganglion n'était autre qu'une dégénérescence musculaire pseudo-kystique. Son existence nous avait pourtant conduits à attribuer la sténose pylorique dont il était porteur à un cancer gastrique alors qu'il n'y avait qu'une simple ulcération.

Notre malade Ro... Henri, 48 ans, égouttier, entre salle Lorain le 3 janvier 1928 pour une affection gastrique dont il souffre depuis 11 ans. Le début remonte à 1917, manifesté par des douleurs épigastriques tardives non suivies de vomissements, et ayant duré deux mois. En 1919 les mêmes douleurs reparaissent, accompagnées de vomissements acides, et calmées par le kaolin : la crise aurait duré deux mois.

Elle se répète jusqu'à ces temps derniers, à des intervalles d'un an ou de six mois sans jamais s'accompagner d'hématémèses ni de mélœna franc. Depuis quelques mois, les douleurs sont devenues plus sourdes, plus continues, cédant moins nettement au kaolin : il n'existe pas de vomissements, mais seulement des régurgitations gazeuses. L'amaigrissement est net, et se chiffre par une perte de 5 kgr. en quatre mois, le teint est pâle.

A l'examen, on réveille une douleur à la palpation du creux épigastrique. On ne perçoit pas de contractions péristaltiques : mais la radiologie montre une sténose pylorique évidente, sans déformation ni du pylore ni de la petite courbure. L'examen du suc gastrique montre une acidité assez élevée (H = 1/2 et A 3 et 4) avec réaction de Meyer à deux fois positive.

Le traitement habituel par le bismuth et la belladone n'amenant aucune amélioration, l'état général continuant à décliner, on pense qu'il s'agit d'un ulcère en voie de dégénérescence néoplasique : cette hypothèse est confirmée par la constatation d'une petite masse unique, dure, dans la région sus-claviculaire gauche, qu'on prend pour un ganglion de Troisier. On la prélève pour un examen histologique dont nous donnerons plus loin les résultats. Le malade dont la sténose ne cède pas est passé en chirurgie : on découvre un ulcère calleux de la partie basse de la petite courbure. On pratique une résection large. Le malade meurt au deuxième jour de l'intervention.

On ne trouve à signaler dans les antécédents qu'un abcès cervico-sous-maxillaire gauche fistulisé à la peau et survenu en 1918.

La masse sus-claviculaire gauche atteint le volume d'une noisette, elle est dure, ovoïde, nettement limitée. A la coupe, elle laisse écouler un liquide visqueux sous tension, incolore.



Dégénérescence musculaire pseudo-statique.

Histologiquement, on n'y trouve pas la moindre trace de tissu lymphoïde : toutes les préparations ne décèlent qu'un tissu musculaire atteint de profondes altérations. Au milieu de fibres intactes, beaucoup, soit dans toute leur longueur, soit seulement dans certains segments, ont perdu leur structure : la striation a disparu, l'épaisseur de la fibre a doublé, les noyaux sont invisibles ou se disposent en chapelets marginaux ; le protoplasma, qui prend peu intensément l'éosine, est devenu finement vacuolaire et figure une trame très ténue. Certaines fibres sont vidées comme si à leurs dépens s'était formé le liquide trouvé à la coupe dans ce pseudo-kyste. Par places enfin, on trouve quelques petits amas de polynucléaires, siégeant au pourtour de la préparation. Les coupes montées à la gomme iodée n'ont pas décelé de glycogène dans les fibres.

Ce faux ganglion était donc simulé par une dégénérescence musculaire pseudo-kystique assez rare pour que nous croyions devoir y insister. Les lésions élémentaires sont celles qu'on rencontre habituellement et qu'on trouve bien décrites par Durante dans le Traité de Cornil et Ranvier : disparition de la striation, vacuolisation du protoplasma, gonflement des fibres et margination des noyaux. Mais leur évolution mucoïde et la formation d'un kyste sont choses rares dont on connaît trois ou quatre observations et que nous n'avons personnellement jamais observées. Nous n'osons affirmer que cette dégénérescence liquéfiante est primitive, nous nous demandons si elle n'est pas sous la dépendance de l'abcès cervico maxillaire ouvert à la peau dont fut atteint le malade en 1918.

(1) SOUPAULT et M. LABBÉ. — Altérations et rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. (*Revue de Médecine*, 1900 p. 162.)

(2) FAROY et WORMS. — De la valeur réelle du ganglion de Troisier. (*Progrès Médical*, 27 juin 1925, p. 965.)

L'ulcère situé à la partie basse de la petite courbure a tous les caractères d'un ulcère calleux creusant en profondeur. Il est le siège d'une réaction inflammatoire surtout marquée dans la sous-muqueuse où l'on trouve de plus quelques éosinophiles. Il n'existe aucun indice de dégénérescence néoplasique.

***

Cette observation présente donc quelques particularités téressantes.

Elle se rapporte à un type anormal de dégénérescence musculaire très rare peudo-kystique ou plus exactement de *dégénérescence liquéfiante*.

Cette lésion kystique était localisée à la région gauche du cou et par sa consistance simulait absolument un ganglion dur.

Or, le malade était atteint d'une sténose pylorique que cette constatation d'une pseudo-adénopathie cervicale tendait à attribuer au néoplasme.

Si la lésion cervicale est rare au point de vue de l'histologie pure, la coïncidence avec un ulcus est particulièrement curieuse et piquante. Elle est évidemment toute fortuite mais elle méritait d'être signalée.

Traitement ambulatoire des fractures de Dupuytren,

Par le Dr BLANCHARD (de Nantes).

L'orthopédie sanglante ne s'est imposée qu'à cause des insuccès de la réduction simple. Il semble vrai que des fragments réunis par ostéosynthèse se déplaceront moins facilement dans le cours du traitement ; qu'un appareil d'immobilisation devient moins nécessaire et que, par conséquent, la souplesse peut être entretenue dans les articulations voisines. Si, d'une part, la consolidation d'une fracture est un peu ralentie par l'opération, la convalescence, d'autre part, es moins longue, puisque l'atrophie musculaire et l'ankylose ne sont plus à vaincre.

Ce besoin de bien faire a semblé si impérieux à certains chirurgiens qu'il serait difficile de les convaincre que l'orthopédie sanglante n'est qu'un moyen audacieux employé dans une période de transition ; il disparaîtra le jour où la réduction simple pourra se faire avec facilite et donnera des résultats durables. Si faible que soit le risque opératoire, s'il peut être supprimé, c'est tout bénéfice pour le blessé, d'autant plus que les incidents ne sont pas rares ; sans parler d'infection et dans les cas les plus heureux même, un retard de consolidation est toujours signalé : le traitement traîne en longueur, le blessé ne peut guère quitter sa chambre, même son lit, avant une longue période écoulée.

Il y a mieux à faire et je crois y être parvenu. Dans cet article je n'ai en vue que la fracture de Dupuytren, l'une des plus difficiles en apparence à réduire, à tenir réduite, à guérir intégralement. Elle est de celles que la chirurgie a le plus ostéo-synthésées. Il semble, à lire le *Bulletin de* la Société de chirurgie, que c'est cette fracture qui donne le plus de déboires et le plus grand nombre de cas pathologiques après appareillage simple.

J'ai attendu d'avoir 100 observations à vous présenter avant de publier cet article et de vous décrire la méthode, qui est si intéressante que je n'ai qu'un insuccès à signaler par pseudarthrose chez une vieille femme.

Réduire d'une façon certaine, réduire sans douleur, maintenir réduite cette fracture tout en permettant la marche au sixième jour, obtenir une guérison durable sans déformations secondaires, sans limitation des mouvements et cela en 45 à 50 jours, n'est pas un but louable. Ce ne sont pas de vaines promesses. Tout praticien qui voudra suivre à la lettre ce que je dis pourra obtenir le même résultat. Depuis 1920 je n'ai jamais opéré une fracture de Dupuytren récente et fermée. Par contre, les fractures ouvertes ou anciennes sont du ressort de la chirurgie et j'en dirai quelques mots.

Vous n'attendez pas que je vous impose la lecture de 100 observations. Elles sont toutes appuyées d'une radiographie qui ne laisse aucun doute sur l'identité de la fracture. On y rencontre les cas les plus bénins jusqu'au pied ballant par arrachement de tous les téguments.

Les cas bénins sont les plus graves quant aux conséquences. Baptisés entorses, ils deviennent entorses à récidives ou déviations secondaires et sont plus tard justiciables du bistouri. Il n'y a guère de fracture aussi sournoise que celle-ci et quand je dis fracture, c'est inexact, et pour me conformer à la nomenclature livresque, c'est écartement malléolaire qu'il faut dire et encore cet éalrgissement de la mortaise tibio-péronière n'est visible que dans les premiers jours de l'accident : une bande élastique pendant 2-3 jours atténue cet écartement et peut masquer la lésion.

Les lésions ordinairement remarquées sont :

1° La fracture du péroné à la pointe, à l'interligne, à 0,07 de la pointe ;

2° La fracture de la malléole interne un peu plus rare avec ou sans enclavement du fragment ;

3° La fracture des marginales, la postérieure très fréquemment ; l'antérieure plus rarement touchée et plutôt par tassement ;

4° Le diastasis tibio-péronier caractérisé par l'énucléation du péroné de sa loge tibiale, qu'il soit fracturé ou non. Normalement dans une radiographie antéro-postérieure du pied, l'ombre du péroné recouvre le tibia au niveau de la partie moyenne de cette loge sur une largeur de 0 m. 007 à 0,008 et l'astragale sur une largeur de 0,004 à 0,005;

5° Le diastasis tibio-astragalien, plus marqué dans l'angle externe si le fragment de la malléole interne est enclavé ; plus ouvert en arrière si la marginale postérieure est fracturée ; développé au maximum si tous ligaments rompus et péroné ordinairement fracturé, le pied devient ballant. ;

6° La luxation du pied en arrière très fréquente, très douloureuse, grave dans ses conséquences (sphacèle des téguments si on ne réduit pas immédiatement) une observation relate un début de sphacèle à la 3e heure ; difficile à réduire.

7° Des subluxations tibio-astragaliennes dans tous les sens, l'astragale ayant quitté le dôme tibial par l'une des portes ouvertes au quatre pôles par suite d'une fracture. Conséquence : valgus le plus souvent ; varus ou équinisme, talus très rarement sans doute, je n'en ai pas vu.

Ne pas confondre le varus physiologique du pied souvent très développé et dû à l'orientation de la sous-astragalienne avec le varus pathologique, subluxation ou luxation tibio-astragalienne qui nécessite la fracture d'un des deux tenons de la mortaise ou des deux et la rupture ligamentaire.

Ces diverses lésions existent seules ou s'associent pour créer une lésion complexe, inextricable sans une étude attentive de la radiographie face et profil du pied. Celle-ci doit donc être exécutée aussitôt après l'accident, sans peser le pour ou le contre ; comme un réflexe. J'ai pu deux fois sauver du bistouri, 2 blessés le 13e et le 15e jour, l'un envoyé par un confrère, l'autre venu spontanément : la difficulté de réduction fut très notable.

Les symptômes cliniques sont mauvais conseillers : 1° la douleur : c'est l'une des fractures les moins douloureuses généralement ; un jeune homme de vingt ans monte 4 étages en se soulevant sur un pied, porteur d'une triple fracture. Nombreux sont ceux qui font quelques pas ;

2° L'ecchymose n'apparaît pas toujours tout de suite, elle ressemble à celle de l'entorse ou à celle de la fracture du péroné bas située ;

3° La déformation : au cou-de-pied, elle est toujours considérable, quelle qu'en soit la cause, l'œdème masque tout : cependant l'examen doit porter sur l'écartement malléolaire comparé à celui du pied sain ; s'il lui est supérieur de 0,002 mm. il y a bien un Dupuytren ; s'il a même écartement cela n'implique pas qu'il n'y ait rien, mais simplement qu'il n'y a pas de diastasis tibio-péronier.

Cette mesure doit toujours être prise au compas courbe en affaissant l'œdème qui coiffe les malléoles. Elle est difficile à

prendre correctement, les points saillants des malléoles n'étant ni dans le même plan frontal ni à la même hauteur ; c'est pourtant sur cette mesure qu'il faut le plus compter pour le diagnostic clinique et pour la réduction ;

4° La crépitation osseuse est souvent absente. On sent surtout des crépitations neigeuses : cartilage articulaire ou caillots sanguins. Donc, au point de vue clinique, rien que des probabilités ; au point de vue radio, rien que des certitudes : celle-ci s'impose dès le début, pas toutefois avant la réduction de la luxation postérieure du pied si elle se présente.

Le diagnostic est fait et soyez large dans votre appréciation du Dupuytren. Pour n'en donner qu'un exemple considérez comme tel une fracture du péroné à l'interligne, c'est un tenon qui a cédé ; s'il n'est pas réappliqué, ça fera plus tard du Dupuytren, si ça n'en est déjà.

Le problème se pose ainsi. Le pied doit être replacé en position normale, suppression du valgus, du varus, de l'équinisme, de la transposition latérale ; l'écartement malléolaire doit disparaître : c'est la réduction.

Tout ceci doit être maintenu en place le temps nécessaire à la formation des cals et des tissus ligamentaires.

Ces cals ne doivent pas être exubérants pour ne pas bloquer l'article ; ces ligaments pas trop courts pour ne pas provoquer l'ankylose.

D'un côté l'immobilisation pour la fracure, d'autre part, la mobilisation pour la souplesse de l'article et le « rodage » des cartilages endommagés : cela semble difficile à accorder et cependant !!!!

Au cou-de-pied articulation tibio-tarsienne, un seul mouvement antéro-postérieur ,extension flexion : une demi-bille sectionnée latéralement roule dans une cuvette de même forme ; l'astragale sous le dôme tibial.

La butée postérieure du dôme a cédé (la marginale postérieure) a glissé evrs le haut, il faut l'abaisser et s'opposer à son ascension.

Les tenons de la mortaise ont cédé (diastasis ou fracture du péroné et fracture de la malléole interne) ; fermez la mortaise, appliquez les tenons sur les joues de l'astragale, opposez-vous aux pressions latérales, guidez même le pied pour qu'aucun mouvement de latéralité ne se passe dans la sous-astragalienne.

Pour placer sur le membre un appareil qui ne joue pas au bout de quelques jours, il faut préalablement faire disparaître l'œdème malléolaire. Aussitôt donc après la réduction de la luxation, si elle existe, le membre doit être enveloppe dans une bande élastique caoutchoutée dite bande à varices, des orteils au genou, puis immobilisé dans une gouttière ; 3 ou 4 jours après, la réduction peut être faite et l'appareil placé.

Prenons comme type une fracture très fréquente et la plus complexe : fracture du péroné à 0,07 de la pointe avec énucléation de sa loge tibiale (diastasis tibio-péronier) subluxation en valgus produite d'une part par la faite du tenon péronier et d'autre part par une fracture de la malléole externe dont le fragment inférieur a suivi l'astragale et s'est enclavé dans l'article. On a réduit il y a trois jours une luxation postérieure qui a laissé comme trace de son passage une fracture de la marginale postérieure : le fragment conique est ressorti en arrière et le dôme tibial est encoché en arrière comme d'une marche d'escalier.

Vous pourriez penser que le rassemblement de ce puzzle est difficile et douloureux. Il n'en est rien, la réduction se fera sans qu'on y touche et sans que le blessé ne pousse un cri, peut-être même une plainte. Ni chloroforme, ni morphine, c'est inutile : pendant les 40 minutes de l'intervention le blessé ne fera pas un mouvement.

D'ailleurs, en principe, toute réduction de fracture est indolore si on le veut et sait s'y prendre.

Le blessé se couche sur le dos sur une table longue de 2 mètres, la tête à 1 centimètre du bout de façon à laisser libre de 0,20 à 0,30 centimètres à l'autre bout. Gainez le membre d'un tube de jersey de coton. Prenez une bande de bonne toile droit fil, de 0,50 centimètres de longueur, au milieu fendez-la de la longueur de l'écartement malléolaire mesuré préalablement. Un chef sur le cou-de-pied, l'autre derrière le talon, nouez les deux extrémités libres, attelez-y une corde solide et à cette corde un seau galvanisé de gros volume ; sous cette corde, comme poulie de révolution, un litre en verre (une bouteille. Ce temps, le seul difficile, doit être conduit avec doigté et sans secousse.

Placez dans le seau un poids de 5 kgr. et lâchez le pied qui, désormais, tient seul. Un compas courbe à la main vous cherchez l'écartement malléolaire ; vous aviez constaté aussitôt après l'accident 0,008 mm. de plus qu'à l'autre pied. Vous venez d'enlever la bande élastique et vous ne trouvez plus que 0,004 mm.. Vous ne vous êtes pas trompé la première fois, c'est la bande qui a diminué cet écart.

Ajoutez dans le seau 5 autres kgr. en fonte, puis 1 minute après, remplissez d'eau, vous avez ainsi 15 à 17 kgr. au bout de votre corde. C'est un poids moyen pour adulte fort et Dupuytren récent (3-4 jours). Il m'a fallu 35 kgr. pour eux Dupuytren de 13 à 15 jours. Dans ce cas il faut faire de la contre-extension par un écheveau de laine passé dans l'aine et attaché en haut de la table.

N'ayez pas la tentation de toucher au pied. Ce serait douloureux, soyez patient. mesurez l'écartement toutes les 5 minutes. Le valgus disparaît tout d'abord, c'est le chef externe de la bande qui se met dans l'axe de traction ; l'article à bec un peu le fragment malléole interne s'est énucléé puisqu'il tenait à l'astragale que le poids attire ; puis les tenons se referment et l'écartement pathologique disparaît, reste l'équinisme dû à la subluxation antéro-postérieure : l'astragale n'épousant pas le dôme tibial), enfin il se réduit spontanément ; s'il y a r tard prenez doucement l'orteil et tirez vers la flexion à angle droit le talon s'abaisse quelquefois avec un léger ressaut, c'est la marginale postérieure qui rentre à sa place, plaquée par le tendon d'Achille ; il a fallu 20 minutes d'attente, mais le blessé est toujours aussi calme.

Alors seulement commencez à plier votre tarlatane. Faites 2 longerons de 6 à 18 épaisseurs de 0,04 à 0,06 cm. de largeur, de de longuear deux fois l'interligne du genou à la plante du pied plus 0,05 cm. ; un collier supérieur de 12 à 20 épaisesurs de 0,04 à 0,06 cm. de largeur et de une fois et demie la circulaire du genou, enfin un collier inférieur de 0,06 à 0,08 cm. de largeur, 12 épaisseurs 0,60 cm. de longueur. Pliez en trois dans le sens de la longueur et abattez sur chacun des tiers extérieurs la moitié de la largeur ; dans le tiers moyen évidez pour encadrer le talon.

Placez un scultet du genou au pied, bandes de 0,10 cm. de largeur, 0,40 cm. de longueur en tangeps ou toile usée, à plat sur la table, gâchez le plâtre rituellement et peu fort. Introduisez sous le genou le petit collier ; sous le tendon d'Achille, le deuxième collier plus large. Passez sous les mains d'un aide les 2 longerons, le milieu au 1/3 moyen de la jambe, fixez les 2 colliers un peu serrés surtout en bas, sans brider le jambier antérieur. Rabattez du côté externe le longeron, d'abord en haut par-dessus le collier ; en bas, procédez ainsi : un centimètre au-dessous du bord externe du pied rabattez le longeron sur lui-même en le pliant régulièrement et à angle droit en pressant les doubles les uns sur les autres pour n'y pas laisser de vide. Remontez ce longeron jusque'à son union avec le bout qui vient du haut, coupez l'excès de longueur. Pour le longeron externe procédez de même, mais vous remarquerez que pour qu'il tombe sur une même perpendiculaire il paraît être plus long, à cause de la voûte plantaire. Vous allez dire, mais c est un delbet, cet appareil : erreur, dans celui-là les longerons dépassent la plante du pied d'un centimètre ; ce petit centimètre ce n'est pas grand chose, et bien pourtant, c'est le secret de la guérison de la fracture de Dupuytren par traitement médical, c'est lui qui permet la marche indolore 48 heures après l'appareillage.

Poids maximum de l'appareil : 1900 grammes.

Mettez sur pied votre blessé, vous constaterez :

1° La plante du pied est dans le vide ; tout le poids du corps repose sur le genou ;

2° La flexion du pied se fait librement en avant, limitée en arrière par les deux bords de l'évidemment talonnier ; la marginale postérieure ne peut être refoulée ;

3° Aucune pression de l'astragale latéralement sur les tenons de la mortaise ;

4º Au contraire pression extérieure sur ces mêmes tenons par les jours des longerons :

5º Flexion du genou jusqu'au voisinage de l'angle droit. Mobilisation de l'articulation, immobilisation des fractures, le but est atteint. Vous mettrez sur pied votre blessé 48 heures après l'appareillage. Il faut que vous soyez bien persuadé vous-même que vous ne demandez au blessé rien de difficile, pas même un peu de douleur. L'immobilisation des fractures est parfaite puisque le pied ne porte au sol que par la pointe. Un seul obstacle en fait : la pusillanimité du blessé, les uns partent le jour même appuyé sur une chaise qu'ils poussent devant eux, les autres se décident plus tardivement, question de tempérament. Faites faire une sandale à semelle de bois. Le but à atteindre : user ce petit centimètres de plâtre et si votre plâtre est bien gâché et les doubles non feuilletés, trois à 4 semaine sont nécessaires à un bon marcheur pour l'user : 40 à 50 kilomètres, ceci c'est la mécanothérapie, l'assouplissement du cou-de-pied et du genou ; oui, 40 kilomètres, répartis ainsi avant l'usure :

31 jours.		
Les 3 premiers jours	100 mètres	
Les 4 suivants	300	2.300
La 2e semaine, par jour	1.000	7.000
La 3e semaine	1.500	10.500
La 4e semaine	2.000	14.000
Les 3 derniers jours du mois	2.500	7.500
		41.300

Ce petit centimètre de plâtre fait vaillamment son devoir et ne s'use que lentement (il craint l'humidité) et c'est un test.

Surveillez votre blessé, c'est bien, et stimulez-le, mais vérifiez surtout l'usure et ne le libérerez que quand la plante du pied portera au sol dans toute son étendue depuis au moins huit jours. Ces huit jours sont nécessaires pour parfaire la besogne, polir les cartilages dans les régions où le trait de fracture a pénétré l'article et particulièrement le dôme tibial (marginale postérieure qui portait incomplètement quand le pied était dans le vide).

Le blessé a donc ce stimulant 45 jours de plâtre s'il marche correctement et tous les jours ; autrement 60 et 70 jours pour les vieillards. Vous n'avez pas d'autre garantie de consolidation que l'absence de douleurs à la marche le pied au sol.

La convalescence extrêmement courte, 15 à 20 jours ; pour ceux qui portent des poids un mois.

L'incapacité permanente partielle systématiquement 10 % ; 2 ouvriers d'usine ont eu 15 % et se sont plaint de douleurs à la marche pendant deux mois, mais n'ont jamais voulu consentir à porter autre chose que des sandales.

J'ai perdu de vue une de mes malades et ne sais le résultat : aucun autre blessé n'est revenu se plaindre de douleur à la marche ou de déformation.

Un seul insuccès, mais alors total : une vieille femme lourde, adipeuse, indolente : triple fracture et luxation postérieure, une plaie par sphacèle consécutive à sa luxation réduite trop tard. Après 70 jours, pseudarthrose totale et déviation secondaire sérieuse.

Voilà le bilan de 100 observations de Dupuytren de 1920 à 1928, fractures fermées et récentes. J'ai rencontré 2 fractures compliquées du cou-de-pied ; en voici les observations :

X., 70 ans, charge du fumier dans sa charrette, la roue lui passe sur le pied : plaie des 2 malléoles, très souilllées de paille, hémorrhagie abondante. Je le vois 5 heures après l'accident. Sous chloro, épluchage des plaies, lavage de l'articulation alcool-éther teinture d'iode ; sutures lâches sans drainage. Attelle de Beckel ; le sixième jour, après un deuxième pansement à peine souillé, appareil plâtré ; le dixième jour quitte la clinique sur ses pieds ; apyrexie depuis le troisième jour. Le blessé ,vu son âge et l'éloignement (je n'ai pu le stimuler) a peu marché, mais a guéri par première intention et 70 jours après n'avait qu'une raideur du cou-de-pied limitant les mouvements de moitié.

P., 45 ans, renversé par un cheval, le pied restant pris dans un trou. Fracture ouverte des deux malléoles. Vu 7 heures après l'accident. Sous chloro nettoyage des plaies lavage de l'articulation alcool-teinture d'iode-éther, pas de drainage ; le sixième jour, appareil plâtré, marche le dixième. Guérison *par primum* et au soixantième jour j'enlève l'appareil. Trois mois après, guérison à peu près complète, 15 % d'incapacité environ.

Pour en terminer avec les fractures de Dupuytren, je dois parler de 5 observations de fractures fermées anciennes (15 ans, 1 an, 4 mois, 6 mois, 4 mois). Ce sont : déviations secondaires consécutives à une fracture soit non traitée, soit considérée comme entorse ,soit mal immobilisée sous plâtre (demi gouttière postérieure).

Quelle que soit la longueur du temps écoulé entre la fracture et le moment où vient consulter le blessé, il est toujours possible d'améliorer son état d'une façon notable et au lieu d'ordonner l'opération, je laisse libre au blessé de garder sa lésion ou d'accepter l'opération sanglante. En effet, la douleur et l'impotence qui résultent de l'accident sont très variables suivant les individus ; les grandes déformations ne s'accompagnent pas toujours de grandes douleurs. J'ai donc rencontré 8 blessés justiciables de l'opération sanglante ; 5 seulement ont accepté. Quelle doit être cette opération ?

Dans la *Presse médicale* du 6 février 1924, j'ai réclamé la priorité de la voie transcalcanéenne, pour ma premièreo pération pratiquée le 23 mai 1923. Les quatre suivantes ont été faites par la même voie et de la même façon et je ne puis que confirmer ce que je disais en 1924 : voie d'accès facile, exsangue, peu encombrée d'éléments anatomiques, permettant le modelage du pied et sa reposition exacte après désarticulation presque totale.

Ce long silence de 4 ans (1924-1928) ne signifie pas la condamnation de cette opération, mais au contraire, le désir d'apporter une confirmation éclatante de mes espoirs des premiers jours.

En effet, si ma première opérée est morte de maladie intercurrente le huitième jour après l'opération, le deuxième à qui l'on venait de proposer l'amputation du pied a repris son travail avec 20 % d'incapacité un an après

La troisième qui tenait un café a repris son travail 3 ou 4 mois après avec une raideur du cou-de-pied, mais en rectitude.

La quatrième a guéri si parfaitement en six mois qu'il est impossible de savoir si elle a été blessée.

Le cinquième sorti il y a trois mois de son appareil suit le même chemin. Reprend son travail avec 10 % d'incapacité.

Je rappellerai en quelques mots la technique opératoire. Incision descendant de chaque côté du tendon d'Achille de 0,07 à 0,08 cm. de longueur. Incision perpendiculaire de 0,14 à 0,16 cm. de long. Au bord supérieur du calcanéum, abaissement de la semelle plantaire ; section à la scie de Gigli du calcanéum. Section de l'aponévrose , inclinaison du fléchisseur propre du gros orteil et des vaisseaux (tibial post.), désinsertion progressive en laissant le pied en avant des ligaments articulaires, après ponction de l'articulation tibio-tarsienne (ne pas ouvrir la sous-astragalienne très voisine) modelage des néoformations osseuses ou cartilagineuses qui encombrent la mortaise au niveau des anciennes fractures ; dégager particulièrement la loge tibio-péronière en complétant par une contre-ouverture antérieure. Reposition du pied correcte.

Fermer la mortaise par une vis métallique rapprochant le péroné jusqu'au fond de sa loge en pénétrant dans le tibia-ostéosynthèse du cal, canéum par vis. Fermeture par sutures peu rapprochées sans drainage. Atelle de Beckel.

Quelques jours après, très petit pansement ; appareil de marche, au dixième ou douzième jour par le même procédé que pour les Dupuytren récentes et ne l'enlever que quand le blessé a marché 10-12 jours sur la plante du pied, soit 55 à 70 jours après l'opération.

Conclusions : La chirurgie des fractures de Dupuytren donne d'excellents résultats, mais pour les fractures fermées récentes l'orthopédie médicale en donne de meilleurs et avec moins de risques à la condition de ne pas entreprendre le traitement à l'aveugle sans radiographie.

Les sucres en diététique, spécialement en diététique infantile

Par **Raoul LECOQ**

Docteur en Pharmacie et Docteur ès Sciences.

Les sucres (plus spécialement, le saccharose ou sucre ordinaire en morceaux, et le glucose, sous forme de bonbons ou de sirops) ont pris, dans le régime des générations actuelles, une place prépondérante. La valeur énergétique de ces « aliments du muscle » est incontestable. Donnés purs ou en association avec des graisses ou des substances azotées, ils permettent, en effet, une plus longue survie des animaux qui les reçoivent et jouissent vis-à-vis des autres aliments, à part de très rares exceptions, d'une action antitoxique (1).

Les sucres *industriels* ne sont cependant pas complètement métabolisés chez un grand nombre d'individus. Leur foie se refuse à mettre en réserve, sous forme de glycogène, la totalité du glucose produit et laisse passer une partie de celui-ci inutilisée dans les urines. Cette glycosurie alimentaire s'accompagne, à la longue de congestion hépatique, de troubles dyspeptiques et d'irritations cutanées. Et pourtant, des doses deux fois plus fortes de sucres *naturels* sont parfaitement supportés par des malades faisant des cures de fruits (2).

Dans ce cas particulier, on peut invoquer, semble-t-il, la différence de nature chimique des sucres mis en œuvre. Il n'en est plus de même si l'on considère que le lactose *naturel* est très bien supporté dans le lait maternel, où il entre dans la proportion de 65 à 80 ‰, alors que le lactose *commercial* agit comme laxatif quand il est introduit dans une ration artificielle (3). Le glucose pur est, de même, une cause habituelle de diarrhée ; nous l'avons nous-même observé fréquemment, au moment du sevrage des nourrissons.

L'action du saccharose sur les jeunes enfants est très discutée. Il est certain qu'il est beaucoup mieux supporté que le lactose ou le glucose (4) ; mais, ainsi que l'admet Variot lui-même, les nourrissons alimentés exclusivement aux laits sucrés ont un aspect « mafflu », très particulier, du fait que leur poids s'accroît plus vite que leur taille (5). Comme l'avait noté antérieurement Fonssagrives, on doit reconnaître que l'abus du sucre en morceaux engraisse et constipe (6).

Le sucre de Soxhlet et l'extrait de malt donnent, en général, de meilleurs résultats ; leur usage est plus spécialement répandu en diététique infantile pathologique. Le *sucre de Soxhlet* se présente sous la forme d'une poudre blanche qui happe à la langue et dont la saveur est à peine sucrée. Pour le préparer, on fait agir, en milieu aqueux tiède, le malt broyé sur de la fécule de pomme de terre ou de manioc ; mais l'action des ferments amylolytiques du malt est ensuite arrêtée par ébullition, en vue d'obtenir *un produit beaucoup plus riche en dextrine qu'en maltose* (renfermant, par exemple, 62 parties de dextrine pour 34 parties de maltose). L'*extrait de malt sec* se présente sous forme de fines paillettes, très hygroscopiques, de saveur sucrée. La saccharification du malt broyé (utilisé ici sans autre addition) a été poussée aussi loin que possible, de manière à obtenir finalement *un minimum de dextrine et une très forte proportion de maltose* (soit par exemple, 17 parties de dextrine pour 75 parties de maltose).

Pour donner une raison de la supériorité « pratique » de ces sucres, on a opposé l'action bienfaisante de la dextrine à l'action néfaste du maltose et vanté l'action diastasique restreinte des dérivés du malt qui peuvent, en certains cas, liquéfier les aliments amylacés sans les saccharifier sensiblement (1).

A la vérité, il n'était pas inutile de reprendre le problème par la base et d'expérimenter physiologiquement les différents sucres et glucides voisins (amidon, dextrine, inuline). C'est ce que nous avons fait systématiquement sur le pigeon, en collaboration avec Mme Randoin. Nous nous contenterons aujourd'hui de retenir les conclusions essentielles de ces travaux en renvoyant ceux que la question pourrait intéresser aux mémoires originaux (2).

***

Cooper et Funk ont établi les premiers, que les pigeons nourris exclusivement de riz glacé présentent d'autant plus rapidement des crises de polynévrite que la quantité consommée est plus importante. Funk a montré également que la cause en est *dans l'ingestion d'une plus forte proportion de glucides ou d'hydrates de carbone* (3). En effet, en faisant prédominer dans un régime artificiel, l'un ou l'autre des constituants, on observe que les accidents nerveux se manifestent d'autant plus rapidement que les glucides (sucre et amidon) entrent pour une plus grande part dans la ration. Ces faits ont été confirmés depuis par Collazo (4) et spécialement amplifiés par Mme Randoin et Simonnet (5) qui ont prouvé que la mort des animaux avitaminés est d'autant plus précoce que la proportion de glucides digérés, puis absorbés, est plus grande. Ces auteurs ont, en outre, reconnu qu'il existe une relation très nette entre l'utilisation des substances sucrées ingérées et la quantité de vitamines présente dans la ration et que, par conséquent, *plus la ration renferme de glucides digestibles, plus elle doit contenir de vitamines B pour être satisfaisante* (6). Ces vitamines B sont, ainsi que nous en avons fourni la preuve expérimentale, au nombre de trois : l'une étant plus spécialement un facteur d'utilisation nutritive l'autre étant un facteur d'équilibre nerveux, la troisième enfin, un facteur d'utilisation cellulaire (7).

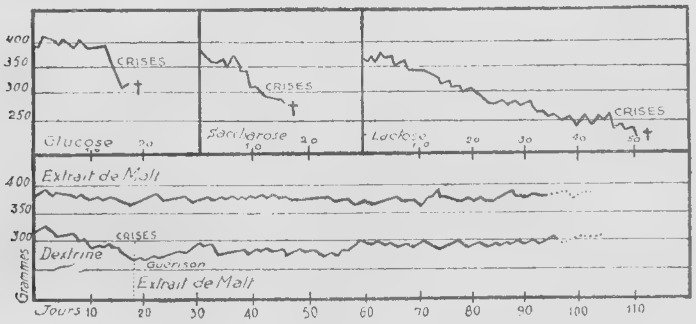
Les sucres purs ou purifiés et les quelques glucides voisins que nous avons utilisés dans une première série d'essais étaient totalement dépourvus de vitamines B. Introduits (à la dose de 66 %) dans une ration synthétique uniquement privée de ces vitamines, ils se sont comportés de façon telle que nous avons cru pouvoir en tirer les conclusions suivantes (8). Plus l'absorption intestinale d'un glucide donné est tardive (fécule, lactose, inuline) ou plus son aptitude à se transformer en glycogène est grande (lévulose), moins l'avitaminose B évolue rapidement ; inversement, plus l'absorption est rapide (galactose, glucose), plus l'aptitude à former du glycogène est faible (galactose) ou plus la tendance à produire de l'hyperglycémie est forte (galactose, maltose), plus rapidement se produit la mort des sujets carencés.

Essayés dans des conditions identiques, le sucre en morceaux (saccharose industriel) et le lactose commercial (sucre de lait des pharmacies) se sont très sensiblement comportés comme les mêmes sucres *purifiés* ; ils ne ren-

(1) R. Lecoq. — *Bull. Sc. pharmacol.*, 1923, 30, p. 17.
(2) P. Carton. — *Traité de médecine, d'alimentation et d'hygiène naturistes*, Paris, 2e édition, 1924, p. 513.
(3) E. Terrien. — *Précis d'alimentation des nourrisons*, Paris, 5e édition, 1926, p. 175.
(4) P. Nobécourt et G. Schreiber. — *Paris-Médical*, décembre 1911.
(5) G. Variot. — *La croissance chez le nourrisson*, Paris, 1925, p. 336.
(6) J.-B. Fonssagrives. — *Hygiène alimentaire*, Paris, 1881, p. 252.

(1) Nous avons montré dans un travail antérieur ce qu'il y a lieu de penser de ces différents degrés d'action diastasiques ; on consultera à cet effet : R. Lecoq *Quand, pourquoi et comment malter les aliments*. Paris, 1925. Vigot frères, éditeurs.
(2) L'extrait de malt et le sucre de Soxhlet (nutromalt) utilisés pour ces essais nous ont été gracieusement fournis par les établissements Wander.
(3) C. Funk. — *Zeit. f. physiol. Chem.*, 1914, 89, p. 378.
(4) J. A. Collazo. — *Biochem Zeitsch*, 1923, 136, p. 278.
(5) Mme L. Randoin et H. Simonnet. — *C. R. Ac. Sc.*, 1923, 177, p. 903.
(6) Mme L. Randoin et H. Simonnet. — *C. R. Ac. Sc.*, 1924, 178, p. 963.
(7) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *C. R. Ac. Sc.*, 1926, 182, p. 1408 ; *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1927, 9, p. 513 ; et *C. R. Ac. Sc.*, 1928, 187, p. 60.
(8) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *C. R. Ac. Sc.*, 1927, 184, p. 1347,

ferment donc que peu ou pas de vitamines B (1). Le sucre de Soxhlet n'en contient que fort peu, car l'usage du régime à base de cette substance détermine assez tôt les crises nerveuses typiques. *La présence de l'extrait de malt, au contraire, permet à la ration d'assurer l'entretien normal des* **pigeons**, *de prévenir les crises de polynévrite et même de guérir les crises provoquées par l'usage des trois autres régimes* (2) ; *cette substance apparaît donc comme riche en vitamines B* (voir graphique).



* * *

A la lumière de ces faits, il devient facile de fournir une explication aux observations pratiques antérieurement rapportées.

Le sucre en morceaux et le lactose commercial sont des sucres avitaminés. Utilisés en faible proportion dans l'alimentation de l'homme adulte, il ne sont cause que d'un faible déséquilibre qui le plus souvent n'est suivi d'aucune conséquence immédiate fâcheuse. C'est seulement leur abus qui, très rapidement, provoque l'apparition de troubles digestifs et nerveux. Chez l'enfant en bas-âge, au contraire, et chez les malades soumis à des régimes spéciaux, il importe de veiller à ce que le rapport $\frac{\text{vitamines B}}{\text{amidon + sucres}}$ ne descende pas au-dessous d'une certaine valeur. Il est donc nécessaire d'introduire dans les régimes qui fournissent d'abondantes proportions de ces sucres, des sources de vitamines B telles que : légumes en bourgeons ou en feuilles et graines cortiquées ou germées.

En ce qui concerne le sucre de Soxhlet, il semble bien qu'au cours de sa fabrication, la destruction des ferments due à l'ébullition s'accompagne d'une destruction parallèle des vitamines B. De par sa composition chimique, il offre cependant certains avantages : il permet notamment aux diastases sécrétées par les très jeunes tubes digestifs de commencer à entrer en action ; de même que, modifiant l'état physique des milieux dans lesquels on l'ajoute, il en augmente la digestibilité.

Ce qui fait la supériorité de l'extrait de malt, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, la proportion déjà très sensible de dextrine qu'il fournit, ni même la liquéfaction des milieux amylacés qu'il provoque dans le cas du maltosage des bouillies [tout au contraire, la diastase accélère l'apparition des accidents nerveux (3)], c'est surtout la *présence constante et en quantité suffisante des vitamines B qui assurent son utilisation par l'économie.* Sucre complexe et *naturel*, l'extrait de malt s'oppose aux sucres purifiés, qui sont des sucres *industriels* privés de leur vitalité.

* * *

Il semble, dans ces conditions, qu'il y aurait avantage à répandre davantage encore l'usage de l'extrait de malt. Certes, il ne saurait être question d'un bouleversement total de nos habitudes, ni d'une substitution absolue de ce sucre naturel (1) aux sucres industriels ordinairement utilisés. Cependant, une excellente mesure de précaution consisterait à l'employer de façon plus courante en addition au lait des enfants et aussi à en faire ingérer à tous spécialement aux malades soumis à des régimes sévères une cuillerée à café ou une cuillerée à soupe au milieu des repas. Cette mesure de précaution faciliterait grandement l'utilisation des sucres ou des amylacés entrant normalement dans la ration.

(1) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *Bull. Soc. thérap.*, 1927, [8], 32, p. 293.

(2) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — *C. R. Ac. Sc.*, 1926, 182, p. 1564 ; *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1927, 9, p. 49.

(3) Mme L. Randoin et R. Lecoq, — *Journ. Pharm. et Chim.*, (8) page 340.

(1) Il convient de s'assurer de la bonne qualité de l'extrait choisi : une saveur de caramel très prononcée indique fréquemment une évaporation à température trop élevée, destructrice des vitamines B. De même que les sucres purifiés, ces extraits de malt ont, en grande partie, perdu leur activité. Des essais récents effectués en Angleterre et Allchorne. *Biochem. Journ.*, 1928, 22, p. 313

BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL

Le service social municipal.

Il est peu fréquent, dans l'action sociale, de rencontrer à la fois une doctrine solide et une méthode sûre. Si les uns se distinguent par un esprit subtil et raffiné qui permet d'édifier uniquement une théorie audacieuse et engageante, les autres font exclusivement preuve d'un robuste sens pratique, qui leur suggère un travail d'action fertile et coordonnée. Mais qu'une seule personne réunisse les qualités du théoricien et du praticien, c'est là un cas fort rare. Bien des tentatives se sont produites, dans lesquelles on essaya de marier ces facultés différentes, pour la plupart, elles n'ont pas réussi. On sera donc d'autant plus heureux de lire l'ouvrage de M. Hazemann, qui, comme le dit avec raison le « Mouvement sanitaire », constitue le premier essai de synthèse et de doctrine du Service social municipal, et qui deviendra le guide pratique de l'Assistance sociale.

Avant de parler du livre (2) il sera utile de présenter l'auteur. Nous ne pouvons mieux faire que de donner la parole à M. Edouard Fuster, professeur d'Assistance et de Prévoyance sociales au Collège de France, qui dit : « Vous présenter aux lecteurs, mon cher Hazemann ? Pourquoi, je vous prie ? Votre action sociale, votre personnalité — car on voit aussitôt que c'est tout un —, beaucoup de vos lecteurs les connaissent déjà et les autres, en vous lisant, auront vite fait d'en subir l'emprise, de comprendre l'ingéniosité de l'organisme que vous décrivez après l'avoir créé, et de sympathiser avec la générosité et le libéralisme « de fait » qu'aiment en vous ceux qui vous voient vivre. Je me récuse ».

La personnalité de M. Hazemann, qui, disons-le en passant, occupe le poste de Directeur du Service social (Hygiène et Assistance sociales) à Vitry-sur-Seine, étant trop sommairement esquissé, indiquons qu'il aborde le problème de l'assistance sous l'angle de la sociologie et de l'hygiène. Comme le sociologue, à la lumière de l'économie politique, étudie les biens dans leur production, leur échange et leur consommation, l'hygiéniste, à la lumière de la physiologie et de la pathologie, étudie les maux, leur genèse, leur transmission, leurs répercussions successives, c'est-à-dire la maladie, la contagion, la misère.

Comme le dit M. Hazemann, si le médecin curateur se préoccupe de soigner les maladies et d'essayer de les guérir, le médecin sociologue — l'hygiéniste — s'attache à leur prophylaxie dans la famille, à leur prévention dans la cité. Il est évident que médecins curateurs et médecins hygiénistes ne peuvent dissocier leurs efforts et agir contradictoirement. leurs rapports ne peuvent être définis comme ceux d'une réaction chimique, tout y est question de dosage empirique, qui dépendra des conditions locales.

(2) R. H. Hazemann. — Le service social municipal. Avec une préface du professeur E. Fuster Edition du « Mouvement sanitaire ». Un vol. de 255 pages avec 23 figures, 1928. Prix : 15 francs.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Grand officier.* — M. le Dr NETTER (de Paris).

Au grade de commandeur. — M. le Dr J. DARIER (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les Drs Georges GUILLAIN (de Paris), LALESQUE (d'Arcachon, LIPPMANN (de Paris), ROSSO (de Nice), STERN (de Briey).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs ARDOIN (de Nice), BARRAUD (d'Alger), BASSET (de Toulouse), COMPAGNON (de Paris), CORONAT (de Gap), COTTENOT (de Paris), BELLEC (de Rostrenen), DELADRIÈRE (de Calais), FABRE (de Paris), FAUVERGHE (de Roubaix), FRANTZ (de Metz), GOFFART (de Maretz), GUILLY (de Paris), HUMBERT (de Strasbourg), JAWORSKI (de Paris), MAUGEAIS (de Caen) METGE (de Paris), PAIN (de Mayenne), PLANÈS, QUILLOT et ROBINE (de Paris), ROCHE (de Couiza), ROUSSEL, VERNET et WILBORTS (de Paris).

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Etienne BURNET, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs CATTIER (de Paris), HOUDAR (de Tunis), LEGEY (Mme) (de Marrakech), WILHELM (e Tédhéran), SOURDEL.

Au titre étranger. *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs DUBA (de Liban), WELTI (de Suisse).

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs BOYER (d'Elbeuf) et GARDIN (d'Avesnes).

Récompenses de la mutualité. — *Médaille d'or.* — MM. les Drs BERGENSTEIN (de Paris), VERDELET (de Bordeaux).

Médaille d'argent. — MM. les Drs CHABROL (de Châtres), GAUDENS (d'Anse), RAISONNIER (de Paris), TUEFFERD (de Montbéliard).

Médaille de bronze. — MM. les Drs AUBERT (de Villers-sur-Marne), BÉRAUDY (de Joinville-le-Pont), GILBERT (de Maisons-Alfort), IZARD (de Vincennes), TRASTOUR (de Cuers).

XIIIe Congrès de médecine légale de langue française. — *Première session de médecine sociale, accidents du travail, maladies professionnelles.* — Président : M. Georges BROUARDEL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.

Vice-présidents : MM. CROUZON, médecin de la Salpêtrière ; DUJARIER, chirurgien de l'hôpital Boucicaut ; FRANÇOIS, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles.

Trésorier : M. ROCHER, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Secrétaires généraux : MM. Etienne MARTIN, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; MICHEL, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; PIÉDELIÈVRE, chef du laboratoire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaires : MM. GRIMAULT, médecin chef de l'hôpital des mines et forges d'Algrange (Moselle) ; PHILIPPE, préparateur au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris.

Mardi 9 octobre 1928, 9 h. 30. — Séance d'ouverture, amphithéâtre Vulpian, à la Faculté de médecine : Premier rapport : « Médecine sociale. Les expertises dans les lois sociales » (M. le professeur BALTHAZARD, de Paris).

14 h. 30, même amphithéâtre : Deuxième rapport : « Accidents du travail. Résultat comparé des méthodes externes et de l'ostéosynthèse dans le traitement des fractures de jambe ». (MM. CHARBONNEL et MASSÉ, (de Bordeaux).

Mercredi 10 octobre 1928, 9 h. 30. — Même amphithéâtre : Suite de la discussion du rapport sur l'ostéosynthèse. Séance de communications.

14 h. 30, même amphithéâtre. — Troisième et quatrième rapports : « Maladies professionnelles. Les intoxications professionnelles par les hydro-carbures » (M. DUVOIR, de Paris). « Pathologie professionnelle des corps radio-actifs » (M. DE LAET, de Bruxelles).

Jeudi 11 octobre 1928, 9 h. 30. — Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis : Cinquième rapport : « Criminologie : Les réactions anti sociales au cours de l'encéphalite épidémique » (M. FRIBOURG-BLANC, de Paris).

14 h. 30. — Amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas : Séance de communications. Organisation du prochain Congrès.

La Société de médecine légale de France tiendra une séance exceptionnelle à l'occasion du XIIIe Congrès, le lundi 8 octobre 1928, à 17 h., à la première Chambre du tribunal de la Seine, au Palais de Justice, sous la présidence de M. Wattinne, président du Tribunal de la Seine. Tous les membres du Congrès sont invités à y assister.

N.-B. — 1° Pour tous renseignements s'adresser à MM. ETIENNE-MARTIN, 64, rue Pasteur (Lyon) ; MICHEL, 5, rue de Rigny (Nancy) ; PIÉDELIÈVRE, 24, rue Gay-Lussac (Paris) ; 2° Les personnes qui désirent participer au Congrès devront s'inscrire le plus tôt possible, en envoyant leur cotisation (60 fr.) à M. VERNIS, 29, quai de l'Horloge, Paris (1er) ; 3° Les grands réseaux de chemins de fer français et les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sont disposés à accorder une réduction de 50 p. 100 (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) aux congressistes qui auront à effectuer un parcours simple d'au moins 50 kilomètres. Pour bénéficier de cette réduction, chaque congressiste devra être muni d'une autorisation établie pour la totalité du parcours, quel que soit le nombre de grands réseaux empruntés. Cette formule imprimée devant être revêtue du cachet du Congrès et de la signature d'un secrétaire général, et visée par le réseau sur lequel est située la gare de départ du trajet aller, il sera nécessaire de la demander à M. VERNIS, 29, quai de l'Horloge, Paris (1er), avant le 10 septembre 1928. (Indiquer la gare de départ, l'itinéraire et les différents réseaux empruntés.)

Chaque congressiste muni de cette autorisation devra acquitter à la gare de départ le prix d'un billet à place entière pour le trajet aller et le montant de l'impôt (15 p. 100 de l'exemption) ; le trajet de retour s'effectuera gratuitement.

Validité à l'aller : du 6 au 9 octobre inclus, au retour : du 9 au 12 octobre inclus.

***

La notion du service public fait l'objet du premier chapitre de l'ouvrage de M. Hazemann, qui insiste sur le fait capital, à savoir : qu'il s'agit de bien mettre en valeur le point suivant : ne pas confondre « exécuter un service » avec : « rendre un service ». Dans le dernier cas, on réussit souvent à faire un ingrat, et c'est justice, puisque l'ordre social est basé sur la production et l'échange des biens. Il est normal que celui qui reçoit un service « sollicité, ou qu'il a été contraint de solliciter, se sente en quelque sorte « infériorisé ». Trop pauvre pour pouvoir restituer en échange autre chose que sa « reconnaissance », qui est, quelquefois, celle de son assujettissement, il en prend conscience et, pour employer le langage de Freud, de l'auteur bien connu de la psychanalyse, « refoule » et réagit de la manière logique qui se présente à son esprit : l'ingratitude.

Il en est tout autrement lorsque le secouru a affaire à un service public, participant à un contrat social. Dans ce cas, pas de sentiment d'infériorité chez l'assisté, il reçoit ce qui est dû au membre du corps social malheureux ou malhabile ; pas de sentiment de supériorité chez l'assistant exerçant une profession pour laquelle il est convenablement rémunéré. Tout se passe loyalement, comme dans le commerce honnête : chacun s'efforce de faire honneur à ses engagements, car il en connaît les limites légales.

En résumé, d'après M. Hazemann, le service public est une institution publique, destinée à pouvoir à des besoins collectifs, se distinguant des œuvres privées en ce qu'il est commun, continu et contrôlé par les pouvoirs publics.

C'est l'égalité du service à rendre à l'ensemble des habitants d'une circonscription territoriale, qui est, avec la régularité, la raison d'être principale du service public : enfin le service public ne peut se concevoir sans l'idée de police (1) au sens large du mot, c'est-à-dire le maintien de l'organisation générale de la cité obtenue à force de prévision.

Les œuvres se distinguent des services publics en ce qu'elles sont privées, elles sont l'expression de la carence des pouvoirs publics, carence signée par l'épithète de la « reconnaissance d'utilité publique » que leur confèrent les pouvoirs publics ; leur nécessité est donc incontestable, d'autant plus que certaines formes de leur activité récente, constituent en quelque sorte des expériences que les pouvoirs publics ne se sentent pas assez sûrs pour les tenter eux-mêmes. Non qu'il s'agisse d'un manque de capitaux, car importantes sont les subventions accordées aux œuvres privées, mais il semble que la conception admise des services rendus au public envisagés comme des sous-produits, n'ait pas encore permis la formation de cadres nécessaires à une politique plus hardie.

Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître qu'il existe des œuvres privées, qu'il existe une formule en voie d'application : celle du « Service social municipal » ; à ces différents organismes appartient le devoir de se raccorder entre eux, la suite va nous faire voir comment.

Qu'est-ce, en somme, qu'un service social ? M. Hazemann nous répond en citant M. R. Sand : « Le Service social s'incorpore la charité, l'assistance et la philanthropie, mais il les dépasse et il s'en distingue par son caractère scientifique systématique, par son souci de la recherche des causes, par l'extension de son champ d'études et d'action ».

Comme l'indique M. Hazemann, *il n'est plus possible de maintenir une séparation absolue entre le domaine du service social public et les œuvres sociales privées*. Ce sont deux manifestations d'un même effort, l'une et l'autre, par des chemins différents, tendant vers le même but. Cette conception de l'unité essentielle de toutes les formes du service social trouve sa confirmation dans le fait que les écoles de service social forment, non seulement des agents appelés à collaborer, à titre bénévole, ou contre rémunération, aux diverses institutions charitables ou philanthropiques, mais aussi de futurs fonctionnaires pour des services gouvernementaux ou municipaux tels que : l'enseignement primaire, l'inspection du travail, les services d'hygiène, de chômage et d'assistance publique, ou l'Administration pénitentiaire, etc....

Vu le rôle joué par les municipalités, M. Hazemann consacre à ce problème un chapitre spécial. Il cite notamment le professeur Oualid, de la Faculté de droit de Paris, qui écrit : « Le municipalisme et la municipalisation ne sont pas des formes d'activité spécifiquement socialistes. La preuve est que la municipalisation s'est faite, quelquefois sans le savoir, au gré des circonstances et a souvent précédé le développement du socialisme. Les raisons de la municipalisation croissante peuvent être dans trois ordres de motifs : 1° d'ordre financier ; 2° d'ordre juridique ; 3° d'ordre économique et d'ordre social ».

Il est à retenir, d'après M. Hazemann, que la politique est affaire d'élection, le travail est affaire de fonction, la fonction est affaire d'organisation. Personnellement, M. Hazemann entretient les meilleurs rapports avec toutes les œuvres, et il juge très agréable et très utile de pouvoir s'en flatter.

***

La base doctrinale étant établie, passons au Bureau d'hygiène qui est le centre directeur du système. Le Directeur du bureau d'hygiène est un employé municipal, donnant des garanties certaines de bon recrutement, puisqu'il est présenté par le Conseil Supérieur d'hygiène publique de France. Sa formation médicale lui permet de connaître ce qu'est le traitement des maladies et leur prophylaxie ; la formation sociale qu'il aura reçue le plus souvent, soit par l'expérience au cours de la carrière, soit par l'enseignement lors de ses études lui permettent de diriger le service social en passant de la prophylaxie médicale à la prévention sociale.

Législation, obligation, création, caractère, direction et personnel, statut, fonctionnement, attributions et pouvoirs programme d'attributions, obligatoires et facultatives, technique de l'organisation administrative, tout est analysé par l'auteur, dans tous détails, avec textes législatifs à l'appui. Le Bureau de l'Assistance forme un chapitre spécial. Nous apprenons que l'Assistance est une institution qui procède du désir du maintien de la Société, elle est donc une nécessité : elle procède indirectement d'un sentiment de culpabilité que la Société ressent envers l'individu ne pouvant subsister, même si son degré de déchéance sociale provient d'une faute individuelle.

Placement des aliénés, hôpitaux et hospices, assistance médicale gratuite, sont étudiés dans le chapitre, consacré au bureau de l'Assistance, qui est suivi de l'étude sur le dispensaire, piège à prophylaxie. M. Hazemann explique que le Bureau d'hygiène, étant le pivot de l'ensemble, le Service des assistantes de secteur sont son instrument. Pour les habitants de la ville, l'organe le plus important et le plus populaire est le dispensaire. Il n'y a pas à exposer son rôle banal : traitement des maladies, mais il faut retenir son utilité primordiale pour la médecine préventive, due à sa force considérable d'attraction, d'autant plus intense qu'il ne comporte pas ouvertement de consultations spécialisées (syphilis, tuberculose, cancer), pour ne pas décourager sa clientèle par une publicité trop compromettante.

M. Hazemann insiste longuement sur : la technique du fonctionnement du dispensaire ; le service des enfants assistés, l'Assistance obligatoire aux vieillards, la loi sur les femmes en couches, l'assistance aux familles nombreuses, les primes à la natalité, la loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses, le service des assistantes sociales, l'Ecole en plein air, l'assistance sociale et la lutte contre la syphilis, les lois sur les assurances sociales. Tout est attentivement passé en revue par M. Hazemann, qui consacre son avant-dernier chapitre à l'économie générale du système. L'indice de pauvreté urbaine et de pauvreté individuelle, ainsi que le seuil d'assistabilité sont examinés avec une originalité de vues frappante.

Un programme d'aménagement social et de raccordement est conçu d'une façon instructive. Comme le dit M. Hazemann,

(1) Loi du 5 avril 1884. Art. 97. La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques

il ne s'agit pas plus de supprimer les œuvres privées qu'il ne s'est agi de supprimer les lotissements, d'intégrer, de force, ces œuvres dans le réseau officiel. M. Hazemann rappelle que la voirie des lotissements n'a jamais été classée de force dans le domaine public, mais qu'il faut empêcher les doubles emplois et assurer les raccordements. Par la force de la logique, il faut faire pour les œuvres sociales ce que l'on a fait pour les transports en commun, où chacun ne peut plus exploiter à sa guise sa petite ligne privée d'autobus.

Les subventions sont le meilleur moyen de pression sur les œuvres privées, souple et efficace, elles ne seraient accordées qu'aux institutions qui se raccordent convenablement aux œuvres et services comme cela vient d'être effectué, il y a quelque temps, pour la dernière loi sur l'aménagement des lotissements du 15 mars 1928.

Pour bien marquer l'importance de l'Assistante sociale (familiale, omnivalente de secteur), l'auteur l'a placée à la fin de son ouvrage. N'est-ce pas par l'intermédiaire de l'Assistante sociale que finalement toute question doit s'élucider, ou se résoudre ?

Il n'est pas possible de dissocier l'hygiène de l'assistance : prévention vaut mieux que guérison. En agissant d'abord sur la misère économique ou ses résultantes, on intervient favorablement — dans une certaine mesure — sur la misère physiologique. L'éducation conditionne rarement l'action, mais, au contraire, l'action sociale constitue la meilleure propagande pour l'hygiène. Il y a relativement peu de temps que l'on sait que la tuberculose se contracte par les crachats, tandis qu'il y avait déjà fort longtemps que l'on savait qu'elle ne se contracte pas uniquement par l'intermédiaire de l'agent infectieux ; à l'équation : tuberculose = B. K. + homme, on ajoute actuellement : dans un milieu déterminé, dans des conditions sociales données.

***

Lorsque l'on étudie l'évolution générale de l'organisation d'un service, on note des alternatives de simplification et de complications apparentes. Comme le dit M. Hazemann, une organisation ne peut s'adapter à tout un pays que si elle est souple. La seule ambition de l'auteur, dans le livre dont nous entretenons le lecteur, a été d'en décrire les grandes lignes, les détails étant imposés par les contingences locales. Pour terminer, voici la conclusion de M. Hazemann :

« Le Bureau d'hygiène est la tête administrative du Service social, recueillant renseignements, statistiques et demandes, coordonnant l'action des autres services, prescrivant le remède social.

Le bureau de l'Assistance et le dispensaire sont ses yeux et ses oreilles, permettant d'avoir connaissance des cas les plus grossièrement intéressants.

« Le Service des Assistantes sociales forme les deux bras permettant de pétrir en profondeur, par l'action prophylactique ou même thérapeutique, lorsque le service est déclanché trop tard.

« Les assistantes, chargées de l'application, font, en outre, les enquêtes, exercent, de plus, les fonctions d'infirmières scolaires, de dispensaire, assistent aux consultations de nourrissons, prennent part à la prophylaxie antisyphilitique, en un mot, rendent les services si bien décrits par les mots d'Entr'aide sociale. Nous voici loin du secours alimentaire d'antan bon de pain, bon de viande. Plus d'arrière-pensée électorale : la famille guidée, « aidée », et non « assistée », pourra bientôt se passer de « secours », en même temps que dispensaire, prophylaxie, assistance partielle éviteront d'attendre trop tard, c'est-à-dire : l'assistance totale.

« L'Assistante sociale doit connaître « son » secteur, y compris les groupes scolaires y édifiés, les habitants du secteur doivent connaître « leur » Assistante, il faut en finir, une fois pour toutes, avec le défilé incessant et inquisitorial des appariteurs, enquêteurs, enquêteuses, infirmières trop spécialisées, car on ne saurait affirmer que dans ce domaine l'ennui naquit de l'uniformité.

« L'Assistante sociale seule permet de doser les secours, car elle connaît non seulement les ressources de la famille (tâche banale de toute enquêteuse ; se procurer certificat de salaire et feuille de non imposition et faire un petit tour dans la loge d'en bas ou chez le commerçant du coin), mais elle recherche quels sont les « besoins » du candidat assisté ; ces éléments étant réunis, il reste à l'Administration à les comparer aux possibilités de la commune et à ordonner une solution juste.

« Il est encore utile de préciser que le même fonctionnaire administrateur et médecin s'occupant d'hygiène, d'assistance sociale, de soins aux assistés, résout d'une manière très simple la question du secret professionnel, des rapports avec les médecins de la localité et de la surveillance des assistantes sociales du point de vue de la déontologie ; l'administrateur-médecin comprend l'importance de la collaboration avec le corps médical local, hors laquelle il n'est pas d'hygiène possible ».

« Nous serions heureux, dit, pour finir, M. Hazemann, de voir les pouvoirs publics, notamment les municipalités, suivre la voie qui leur a été tracée par les œuvres privées, ce serait là le meilleur mode de concurrence entre œuvres privées et services publics, concurrence pacifique et productive ».

G. Ichok.

VARIÉTÉS

Le charlatanisme au XVIIIe siècle

Guilbert de Préval et l'eau fondante anti-vénérienne.

Si l'on trouve dans les archives de nombreuses pièces relatives au procès que la Faculté de médecine soutint, à la fin du XVIIIe siècle, contre un de ses membres, le Dr Guilbert de Préval, on sait, par contre, fort peu de choses sur ce personnage.

Ceux qui, jusqu'ici, l'avaient étudié, n'avaient même pas pu donner les dates de sa naissance et de sa mort. Le Dr Villette, qui connaît bien la littérature du XVIIIe siècle a, en lisant les mémorialistes de l'époque, retrouvé quantité d'indications concernant le fabricant de *l'Eau fondante antivénérienne* et il lui a consacré une thèse inaugurale (1) qui est un amusant chapitre de la « petite histoire » de la médecine du XVIIIe siècle.

***

On ne sait rien sur les origines de Guilbert de Préval ; il naquit dans la région de Caen en 1716, dit Rétif de la Bretonne dans *Les Nuits de Paris*. C'est dans cette dernière ville qu'il fut reçu licencié en médecine en 1746.

Désireux de connaître les grands maîtres, il vint à Paris ; il se remit sur les bancs de l'école, fit des cours d'anatomie et passa l'acte de vesperie le 26 octobre 1753.

Pro vesperis
M. Claudii-Thomae-Guillelmi
Guilbert de Préval
Licentiati medici
in scholis medicorum
Die veneris XXVI, mensis octobris, anno Domini MDCCLIII
hora ipsa medecina matutina
M. Michaele Procope Couteaux,
Doctore Medico, Praeside
An sterilitatis causa { Mari vel femina / Solidorum vel fluidorem vitio } tribuenda

(1) André-Georges Villette. — Le charlatanisme au XVIIIe siècle. Guilbert de Préval et l'Eau fondante antivénérienne. Thèse présidée par le Pr. Ménétrier In-8, 41 p. Paris, Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, 91.

Ainsi orienté vers les maladies des femmes, nanti d'un nom qui pouvait lui ouvrir les boudoirs les plus élégants, possesseur d'une fortune au-dessus du commun, Guilbert de Préval vint s'installer rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur (1), dans le quartier Saint-Denis. La proximité des Halles, des Boucheries, de la Prévoté, de la Bourse, du Palais-Royal, du Parlement, en faisaient alors un des quartiers les plus populeux et les plus fréquentés de Paris.

De Préval, qui suivit peut-être les conseils de l'*Ouvrage de Pénélope* y connut le succès. Il fut vite le médecin à la mode, soignant les grandes dames et ne dédaignant point les soubrettes qui pouvaient lui servir d'introductrices.

Dans un factum rédigé pour sa défense, il a prétendu que son désir d'être utile à l'humanité lui avait fait porter son attention « sur cette redoutable maladie, qui du fond de l'Amérique est venue comme un torrent en Europe, répandre sur toute l'espèce humaine la désolation, le ravage et l'horreur ».

On peut douter des intentions altruistes de Guilbert de Préval, mais on ne saurait nier que, s'étant intéressé à l'étude du mal napolitain, il n'ait fait quelques remarques judicieuses. Il note en effet à propos de cette maladie :

« Qu'un enfant à la mamelle et souvent même avant d'avoir vu le jour, pouvait avoir le malheur d'en être infecté, que la nourrice peut le gagner de l'enfant qu'elle allaite... ; que cette affreuse contagion s'introduit par toutes les voies qui communiquent au sang ; ... que de cette cruelle maladie, soit dans ses commencements, soit dans ses progrès, il ne manque jamais de résulter une altération considérable dans toutes les humeurs. »

Charlatan, Guilbert de Préval le fut : mais il faut reconnaître qu'il avait quelque connaissance de la maladie qu'il tenta d'exploiter.

Non satisfait d'une clientèle qui devenait de jour en jour plus nombreuse, de Préval ouvrit, comme il était loisible alors à tout docteur régent de le faire, un cours à la Faculté ; ce qui lui permit de s'intituler : professeur de matière médicale en la Faculté de médecine. Le titre avait de l'importance pour un homme qui prétendait faire fortune en soignant ses semblables.

***

Guilbert de Préval, comme d'autres médecins de la Faculté, voulut avoir son remède à lui. Il lança l'*Eau fondante antivénérienne* encore appelée *Eau de salubrité*.

C'était en effet l'époque où, comme le dit P. Delaunay « la renommée aux cent voix dispersait aux quatre vents du ciel les réclames les plus tapageuses, les plus alléchantes, et où, sur les promenades, sur les quais, aux portes même des églises on affiche ou l'on crie l'annonce de drogues enviables : gâteaux toniques, mercuriels, dragées, sirops, élixirs, ratafiats, tablettes, chocolats antivénériens sans compter les emplâtres spécifiques et les « caleçons antivénériens » de Lefebvre de Saint-Ildefont ».

A en croire Guilbert de Préval, cette Eau lui aurait coûté des années d'études et de recherches ; il est plus logique de penser que de Préval se contenta d'utiliser, sous une forme spéciale, le grand remède employé alors : le mercure. De Horne et l'Abbé Tessier, qui d'ailleurs en firent plus tard l'analyse, n'y trouvèrent que ce métal avec un peu d'eau de chaux.

En tout cas le remède était annoncé comme souverain dans la vérole, et... dans toutes les maladies.

« Aucune maladie, lit-on dans l'*Espion Anglois*, provenant de l'épaississement de la limphe et de l'acrimonie des humeurs n'y résiste.

Les humeurs froides ou scrofuleuses, les dartres, les glandes engorgées, les tumeurs lymphatiques, les goitres, les exostoses, qui étaient regardées comme des accidents incurables, se fondent sous ce précieux remède, et ne laissent aucune trace.

Son effet n'est point local, il attaque le mal avec le même empire dans tous les lieux et partout où il se trouve provenir des mêmes causes.

Les Indes, l'Amérique, la Martinique, jouissent aujourd'hui de ses admirables effets : il fait disparaître, comme par miracle, le pian, le scorbut...

... Mais ce qui étonne le plus et ce que le physicien ne peut encore comprendre, ce remède est tellement antipathique du mal, qu il l'indique : il change de couleur, il se trouble : de limpide qu'il est, il devient épais, blanchâtre, laiteux à la seule approche du virus, et il est nuancé en proportion de ses degrés ; c'est un fanal pour le voyageur dans la nuit obscure, qui lui montre le danger ; il en est préservé s'il n'a pas perdu la raison. »

Ne rions pas trop à l'annonce de ce remède qui prévenait, jugulait toutes les maladies. La caractéristique du remède secret a toujours été d'être présenté comme guérissant tout et, en l'an 1928, on pourrait citer certain produit qui, lancé à grand renfort de réclame, a plus d'une ressemblance avec l'*Eau fondante*.

Cette Eau se vendait un louis d'or le flacon, s'employait par gouttes et était réservée à l'usage externe.

Tout en la recommandant comme convenant à toutes les maladies, Guilbert de Préval avait eu soin d'en faire valoir surtout les bons effets prophylactiques et curatifs sur la syphilis. Dans une société où les maladies galantes étaient fort répandues, la réclame devait porter ses fruits. L'*Eau fondante* excita vite la curiosité. Le duc des Deux-Ponts fit essayer le remède, avec succès, dit-on. M. de Sartines s'y intéressa et demanda des expériences.

C'est alors que Guilbert de Préval proposa de les faire sur lui-même. Au début de mai 1771, dans la maison de M. de Saint Laurent, rue Popincourt, en présence de M. le duc de Chartres et de M. le Prince de Condé, de Préval, disent les *Mémoires secrets* de Bachaumont,

« se fit présenter une fille publique la plus hideusement affectée du mal immonde, et s'étant comme les anciens lutteurs frotté de son huile miraculeuse, il s'est livré à plusieurs reprises aux actes les plus voluptueux et les plus lascifs que la passion puisse suggérer. Il sortit sain et sauf de ce combat valeureux et a prétendu n avoir éprouvé depuis aucune suite funeste ».

Le mois suivant, il réitéra son expérience devant le chirurgien de M. le Comte de la Marche.

Cet Esculape lui avait choisi une fille

« gangrenée de la peste vérolique jusque dans la moelle des os. M. Guilbert de Préval se soumit pendant neuf jours à la visite du chirurgien en question qui ne trouva rien et fit son rapport en conséquence à D. A. S (de Sartines) ».

D'autres expériences, « aux dépens de l'Etat » organisées par M. de Sartines eurent lieu l'année suivante, le 18 juin 1772, à Bicêtre. Tronchin, invité par de Préval, s'excusa de ne pouvoir y assister, tout en faisant des vœux pour leur réussite.

Elles paraissaient devoir être favorables au fabricant du spécifique. De Préval, enhardi par le succès, se mit à faire de la réclame imprimée par affiches et dans les gazettes. Mal lui en prit : les commissaires, chargés d'examiner les sujets en expériences à Bicêtre, refusèrent aussitôt de continuer leurs visites.

***

Et la Faculté intervint. Gardienne soucieuse de la moralité de ses membres, elle leur interdisait, par un article de ses statuts de vendre, faire vendre, ou recommander aucun remède qui n'ait été approuvé par elle. De Préval, en ne demandant point d'autorisation pour la vente de l'*Eau fondante*, s'était exposé aux foudres de sa juridiction.

Jusque-là, fait remarquer une chronique du temps,

« tant que M. Préval n'a été regardé que comme médecin guérissant avec les moyens de la pratique ordinaire, il a été aimé, chéri dans la Faculté... : le bruit des succès de son remède a

(1) Aujourd'hui, rue Dussoubs.

fait changer tout à coup les sentiments d'un certain nombre de docteurs : *Medicorum invidia et discordia* »

A l'Assemblée de la Faculté, tenue le 29 juillet 1772, trois docteurs régents déposèrent sur le bureau du doyen un prospectus intitulé : *Propriétés générales de l'eau fondante antivénérienne de M. Guilbert de Préval, docteur régent et professeur en matière médicale de la Faculté de Médecine de Paris, conseiller, médecin consultant et correspondant de S. M. le Roi de Danemark*, et la majorité des membres présents décida de demander à Préval de reconnaître ou de désavouer cet écrit charlatanesque et de publier sa rétractation.

Le 1er août, Préval désavoua l'opuscule, mais refusa de signer ce désaveu : la Faculté lança alors le décret suivant :

« La Faculté n'ayant jamais eu rien de plus à cœur que de maintenir la pureté de ses membres et d'écarter loin d'eux jusqu'au moindre soupçon d'infamie s'est dans tous les temps occupée avec le plus grand soin à leur inspirer l'éloignement et l'horreur que méritent la conduite perverse et l'imposture des empiriques et des charlatans. Quelle vive douleur n'a-t-elle donc pas éprouvée, en apprenant que M. Guilbert de Préval, l'un de ses membres, ait oublié la dignité et la noblesse de son état, au point de vendre un prétendu remède antivénérien qu'il vantoit avec autant de fausseté que d'impudence comme préservatif, qu'il s'étoit même si fort écarté de l'austérité des mœurs qui convient à un médecin, qu'il n'avoit pas rougi de se prostituer publiquement par une expérience infâme et monstrueuse avec une fille de mauvaise vie pour procurer à son remède plus de réputation et de crédit !

La Faculté a été surtout consternée lorsque par les témoignages de plusieurs de ses membres présents dans ses deux assemblées elle a reconnu que les faits reprochés à M. de Préval n'étoient malheureusement que trop constants, lorsqu'elle a sçu que ses docteurs n'affirmoient rien qu'ils n'eussent appris de la bouche de plusieurs grandes personnes illustres et autres dignes de foi et irréprochables.

Forcée par ces considérations, la Faculté a, dans sa première assemblée, malgré la tendresse qu'elle a pour tous ses membres, jugé qu'il ne lui était pas permis de ne pas punir avec sévérité un délit si scandaleux : en conséquence, elle a arrêté que M. Guilbert de Préval seroit rayé du catalogue des docteurs régens, et qu'il fallait, dans cette seconde assemblée, confirmer le décret ci-devant prononcé ».

Guilbert de Préval se défendit, engagea la procédure, obtint des arrêts sur requête et porta le débat devant le public. Tandis que la Faculté lui reprochait de vendre un remède secret et contraire aux bonnes mœurs, il faisait rappeler par ses amis que « beaucoup d'Archevêques et Évêques de Paris » avait encouragé Fizes à rechercher un spécifique contre les maladie galantes. Et, se posant en persécuté, il faisait dénoncer par les gazettes l'*invidia* qui avait toujours régné à la Faculté :

« Il est certain que ce corps est travaillé plus qu'un autre des convulsions de l'envie ; son histoire en offre cent exemples ; tous les heureux scrutateurs de la nature, les Blondel, les Courtois, les Deniau, ont été tourmentés. Quels débats indécens des docteurs n'a-t-on pas vu dans le tribunal même du Parlement, pour faire proscrire le Quinquina, comme ne devant son sortilège qu'aux partisans du diable ; pour faire punir la nouvelle et vraie doctrine sur la circulation du sang et sur les principes des nerfs, comme une hérésie non moins pernicieuse ? La découverte des propriétés et de l'application des minerais, celle de l'antimoine, celle du mercure, n'ont pas moins causé de rumeurs excité d'orages contre leurs auteurs « plusieurs de ces grands hommes ont été forcés de se soumettre aux jugements iniques et absurdes rendus contre eux, et de signer qu'ils n'emploieroient plus de remèdes qui leur avoient réussi et sont aujourd'hui l'honneur de la médecine ».

La Faculté, piquée au vif, voulut en finir. Elle présenta, le 8 mars 1773, une deuxième requête, affirmant une fois de plus son droit de juridiction.

Pendant trois ans cet appel resta sans succès.

* * *

Le bruit fait autour de ces discussions ne pouvait faire qu'une bonne réclame à Guilbert de Préval qui avait d'autre part des amis dévoués. Par les contemporains nous savons qui fréquentait chez lui. Mercier, Rivarol, l'auteur de *Monsieur Nicolas*, le duc de Gèvres, des membres du corps diplomatique, etc., étaient parmi les commensaux des dîners où il réunissait, dit Rétif de la Bretonne, « l'auteuraille, la médicaille, l'intrigaille, l'actricaille, la charlatanerie de tous les genres ».

Ses clients étaient non moins illustres : le duc des Deux Ponts, M. de Sartines, s'étaient intéressés à ses expériences : le roi de Danemarck l'avait autorisé à s'intituler son médecin correspondant et consultant.

Ce qui n'empêchait pas le médecin en vogue de chercher une une clientèle plus lucrative.

Renommé comme spécialiste des maladies galantes, les « sérails » d'alors lui confiaient la santé de leurs pensionnaires.

Lorsque la Gourdan, en 1773, quitta la rue Comtesse d'Artois, pour installer une maison à l'angle de la rue des Deux-Portes et de la rue Saint-Sauveur, elle fut attirée par la pensée qu'elle aurait près d'elle un médecin dont la collaboration serait précieuse. Elle se l'attacha comme médecin familier. En plus des soins qu'il donnait à tout le personnel de la Petite-Comtesse, Guilbert de Préval fournissait à celle-ci *l'Eau fondante antivénerienne* et une certaine liqueur astringeante désignée sous le titre d'*Eau de Pucelle*.

Guilbert de Préval exerçait aussi en secret ses fonctions au faubourg Saint-Jacques dans la *petite maison* que la Gourdan y avait installée. Cette maison était spécialement destinée à l'usage de certaines dames de conditions qui, souvent s'y réunissaient pour y faire secrètement des parties fines, ou simplement pour y procéder à leurs couches.

La Gourdan avait grande confiance dans *l'Eau fondante*. Lorsqu'elle licencia son personnel en 1775 Pidansat de Mairobert en trouva une multitude de flacons dans le sérail de la rue Saint-Sauveur.

« Mme Gourdan, dit le chroniqueur, s'en servait dont le premier cas d'essayage ; par des injections qu'elle faisait à la courtisane qui se présentait chez elle, elle jugeait bientôt si elle n'était point saine, à des convulsions involontaires que la nymphe éprouvait sur le champ ; que d'autres fois, par une expérience plus sûre encore, elle en donnait en boisson et que dans les vingt quatre heures les symptômes les plus caractéristiques se développaient sur une beauté fraîche et qui paraissait jouir de la meilleure santé ; que dans le troisième cas enfin elle n'avait pas d'autre recette, celle-ci étant la plus commode, la plus courte et la moins dispendieuse ; qu'au moyen de cette utilité variée, elle faisait grand cas de l'inventeur du spécifique, et avait avec lui une intimité très étroite ».

* * *

On comprend un peu que la Faculté, en présence d'un médecin qui exerçait son art d'une façon ausssi commerciale et dans des milieux aussi peu recommandables, n'ait guère tenu à le conserver parmi ses membres. Mais en s'attaquant au fabricant de *l'Eau fondante* elle avait affaire à forte partie. La lutte fut acharnée et ne dura pas moins de cinq années.

En novembre 1773, la Faculté, malgré l'opposition qu'elle rencontrait au Parlement, avait affirmé une fois de plus son droit de juridiction. Mais le procès était sorti de l'enceinte de la Faculté et du prétoire.

Rétif de la Bretonne prit la défense de l'inventeur. Dans le *Ménage parisien*, il publia une note qui fut l'origine de sa liaison avec de Préval :

Rien de si digne de nous (des sots), y dit-il, que la conduite de la Faculté à l'égard de M. Guilbert de Préval ! Ce dangereux esprité a trouvé, dit-on, une eau qui préserve les Sots et les Gens d'esprit d'un mal cruel ! La Faculté qui est, *Orbi et Urbi salus*, considérant de combien de profits cet enfant dénaturé cherchait à priver sa mère, a résolu de l'exhereder, en la chargeant de sa maternelle malédiction ».

Trois mois après, comme la note avait été agréable à Guilbert de Préval, Rétif, dans les *Nouveaux Mémoires d'un*

Homme de qualité, revint à la charge ; tout un chapitre : « La Panacée » était une diatribe violente contre la Faculté.

« La médecine, disait-il, est un état dont les Membres... ressemblent aux poux, aux punaises, et aux puces ; à la différence néanmoins que ces animalcules sucent les personnes bien portantes, et que les médecins vivent sur les malades ; la médecine est un état nécessaire. Mais cet art, si nécessaire ne serait-il pas abandonné, s'il n'alimente, s'il ne *locuplète* ceux qui l'exercent. Eh quoi de plus antipathique avec les amples honoraires, que d'abréger ou de prévenir les maladies... ! »

Si l'antidote de Guilbert de Préval, ajoutait-il, venait à « anéantir *venerea lues*, notre mère-nourrice, que deviendraient les jeunes membres non *clarissimes* (et par conséquent encore sans carosse) de la mortifère Faculté ?

Mais non, les maladies, et notamment la *venerea lues* seront (comme de coutnme) *suivies* et non *précédées* ; la Plutonique Faculté qui est *Orbi et Urbi Lethum* (comme elle est *Suis et Sibi salus*) ne souffrira jamais qu'on tarisse une des sources de ses finances, absolument nécessaire au soutien, à l'illustration, à la gloire d'un corps aujourd'hui si florissant ».

Et après avoir invité le gouvernement à supprimer les assemblées de corps, mascarades ridicules, dont les niaiseries empêchent les médecins de secourir et consoler ceux qui souffrent, Rétif rendait hommage à son ami Guilbert de Préval :

« Toi que j'honore, s'écriait-il, ô mon ami persécuté ! toi qui as abandonné la science conjecturale, pour servir plus efficacement l'humanité, contre le Monstre ou d'Afrique, ou des Antilles — cher Guilbert — lis pour te consoler cette Iatromachie, dont le fils d'Esculape fut la victime. »

La diatribe de Rétif de la Bretonne eut-elle grande portée ? On peut en douter. Mais en tous cas, le Parlement ne se montra guère pressé à faire droit à la requête de la Faculté. Les choses traînèrent en longueur trois ans, trois longues années pendant lesquelles les deux partis ne négligèrent aucun des recours que leur fournissait la procédure. A un moment donné, Guilbert de Préval faillit l'emporter. Mais les experts ayant déclaré son eau inutile et dangereuse, et seulement composée de sublimé et d'eau de chaux, et la Faculté ayant menacé de suspendre ses réceptions, cérémonies et actes publics jusqu'à gain de cause, le Parlement finit par s'émouvoir.

Le 13 août 1777, il prononça devant tous les docteurs accourus en grand costume, la condamnation de Guilbert de Préval : débouté de toutes ses demandes, privé du droit de vendre son remède, forcé de faire imprimer l'arrêt fatal à 100 exemplaires, dont 20 à afficher, il dut en outre solder tous les dépens et 12 l. d'amende

* *

Que devint Guilbert de Préval après son exclusion de la Faculté ? Ses biographes, n'ayant plus trouvé trace de lui, pensent qu'il alla demander asile au duc des Deux-Ponts.

En lisant l'œuvre de Rétif de la Bretonne le Dr Villette a trouvé que Guilbert de Préval ne quitta point Paris et qu'il continua à appliquer son *Eau fondante antivénérienne*. Sans doute le faisait-il avec plus de discrétion et peut-être un peu moins de profit.

L'*Eau de salubrité*, ainsi qu'on appelait encore ce spécifique, avait été dénoncée par la Faculté, comme sans action. Cette opinion avait été propagée par quelques insuccès retentissants comme celui que relatent les *Mémoires secrets*.

« Le fils du duc de Duras, après s'être oint de ce baume antivénérien, crut pouvoir se livrer à tout ce que la débauche la plus crapuleuse peut inspirer, mais il en fut amèrement puni et le recours aux remèdes curatifs contre cette maladie se fit bientôt sentir.

Et l'on avait même fait des épigrammes, comme celle-ci :

Placet en main, gentille avanturière
Eut de Sartines audience un beau soir :
De son œil vif l'efficace prière,
En sa faveur dispose l'homme noir,
Qui doucement vous l'entraîne au boudoir,
Sur un sopha la belle tombe et crie :
« Eh Monseigneur, lisez donc le placet,
Puis en pâmant elle dit : c'est, c'est, c'est
Contre Préval qui ne m'a pas guérie !

Cela n'empêcha point Guilbert de Préval de continuer à être un médecin fort recherché. Rétif lui confiait toujours ses amies de rencontre et il raconte que, le 20 janvier 1785, il fut convié chez son « bon ami Guilbert « à dîner auquel assistaient le duc de Gèvres, Goldoni, Préville, de la Comédie française, et une baronne allemande du corps diplomatique, une actrice des Italiens, le médecin Robert, le chirurgien Duhamel, etc.

Vieilli, mais toujours actif, l'ex-médecin de la Gourdan finit par quitter ce monde en 1788. Rétif de la Bretonne le pleura sincèrement.

« C'était le plus ancien de mes amis, dit-il. Il m'a constamment fourni tous les soulagements possibles, par ses conseils et les remèdes convenables, depuis 1774, époque de notre connaissance. Je lui dois une partie de mes plus saines idées en physique. »

Et il composa son épitaphe dans les *Nuits de Paris* :

« Ci-gît le docteur Guilbert de Préval qui a guéri soixante mille personnes de 1772 à 1788. »

Après la mort de Guilbert de Préval, sa veuve continua la vente de l'*Eau fondante*. Girtanner note en 1789 que c'est encore un remède d'un usage courant en France. En 1795, Rétif de la Bretonne en use encore pour traiter sa strangurie.

A partir de cette date, on ne trouve plus trace de l'*Eau préservatrice*.

Intelligent, actif, arriviste endiablé, assez tenace pour lutter des années durant contre la Faculté coalisée, assez audacieux pour expérimenter sur lui-même un remède qu'il prétendait efficace, Guilbert de Préval nous apparaît à cent cinquante ans de distance, avoir été un peu mieux que le simple charlatan dénoncé et poursuivi par la Faculté. Il ne fut ni meilleur ni pire que beaucoup de ses contemporains et il reste par excellence le type du médecin pour qui, gagner de l'argent est l'unique but ; la race n'en a point totalement disparu.

Maurice GENTY.

CHRONIQUE

Traitement des adénites cervicales tuberculeuses par les rayons.

Les adénopathies chroniques du cou sont très souvent, tout au moins dans leurs formes bénignes, très améliorées par le climat marin. Les cas rebelles, les cas graves ne tirent qu'un résultat incertain de la chirurgie, et même des injections modificatrices. C'est dire que la possibilité de modifier leur évolution dans un sens favorable par l'action des rayons — rayons X et rayons U. V. — a constitué un progrès indéniable de leur thérapeutique.

VINCENT PASCHETTA (de Nice) vient de consacrer à ce procédé une thèse que j'ai lu avec le plus vif intérêt, tant pour sa portée pratique que pour les enseignements qu'elle comporte sur l'action biologique des rayons. (1)

(1) Vincent PASCHETTA. — Rœntgenthérapie et actinothérapie des adénites cervicales tuberculeuses. Thèse de Paris 1928. (Jouve et Cie éditeurs.)

* * *

L'emploi des rayons X.

Mécanisme de leur action. — 1° *Les rayons X n'agissent pas directement sur les bacilles* ; ils n'ont aucune action destructive sur le développement des cultures, ni sur leur virulence et il semble que, pour exercer une action bactéricide, une radiation doit posséder un pouvoir photochimique : les rayons ultra-violets, au contraire des rayons X, ont, eux, une action bactéricide énergique.

Les rayons sont, donc, inefficaces sur l'évolution du bacille et Krall l'a confirmé en irradiant non plus des cultures, mais la masse caséeuse bacillifère récoltée sur des individus tuberculisés : or, après l'irradiation, il retrouva des bacilles virulents capables de tuer le cobaye.

La première expérience faite sur les individus vivants, est due à Lortet et Genoud en 1896 : qui inoculèrent à huit cobayes, au pli de l'aine, des produits tuberculeux ; ils irradièrent la région injectée de trois d'entre eux, alors que les cinq autres servirent de témoin ; au bout de quinze jours, ceux-ci avaient un abcès avec empâtement, les cobayes irradiés avaient seulement des ganglions indurés sans péri-adénite ; au bout de vingt jours, les ganglions des animaux suppuraient, ceux des autres régressaient.

La radiothérapie avait donc eu une action inhibitrice sur le développement du bacille tuberculeux *in vivo*.

Il est vraisemblable que, dans ces conditions, l'irradiation des tissus environnants est le fait capital et c'est elle qui, probablement, est responsable des résultats obtenus dans les deux expériences précédentes : la röntgenthérapie agit en déterminant une réaction des tissus. C'est ce qu'a confirmé Ghilarducci, en 1911 ; il obtint expérimentalement une tuberculose moins grave en injectant à des cobayes du tissu tuberculeux irradié antérieurement qu'en leur inoculant du tissu tuberculeux non irradié.

Cependant Trillat montra que les rayons X de grande longueur d'onde, produits par des ampoules Coolidge, fonctionnant sous 150 à 180.000 volts, ont une action bactéricide directe sur le *Bacillus Prodigiosus*. D'autres auteurs ont cru voir des faits analogues pour le bacille de Koch.

L'explication de ce phénomène resta longtemps dans l'ombre, lorsque Cluzet, Rochaix et Kofman, montrèrent en 1922, que les cultures microbiennes étaient tuées si on les exposait non pas directement sous l'ampoule radiogène mais sous une lame métallique irradiée par cette ampoule, c'est-à-dire une source de rayons secondaires.

En résumé, les rayons X n'ont aucune action directe sur les bacilles aux doses thérapeutiques. Les rayons secondaires paraissent avoir, au contraire, une action intéressante.

2° *Les rayons X paraissent modifier le milieu dans lequel vivent les bacilles, modifications aboutissant à la prolifération du tissu conjonctif et à la sclérose.* — Si l'on étudie au microscope l'évolution de l'adénite irradiée, on voit que celle-ci, qui était constituée par une prolifération des éléments des follicules lymphatiques, contenant des cellules géantes et des follicules tuberculeux, peut évoluer vers deux états :

soit la fonte des follicules tuberculeux et leur caséification, s'éliminant petit à petit par une fistule qui se cicatrise ensuite et laisse place à du tissu fibreux ;

soit la sclérose des follicules, avec apparition de travées fibreuses, épaisses et denses, entre lesquelles on reconnaît de tout petits îlots de parenchyme ganglionnaire, qui disparaît, d'ailleurs, souvent, à la fin du traitement.

On connaît le résultat obtenu, on a cherché à savoir par quel mécanisme il se produit. Deux sortes de théories peuvent être discutées : il peut s'agir soit d'une action directe, excitante sur le tissu conjonctif, soit d'une action indirecte, telle que stimulation de la phagocytose, ou modification de la composition chimique du milieu.

A) La théorie de l'action excitante est très discutée, tant au point de vue de la tuberculose cervicale qu'au point de vue de la biologie générale des rayons X.

On a vu que les fortes doses de rayons X inhibaient la croissance des graines et qu'au contraire de faibles doses l'excitaient : on a déduit de ces expériences la notion de dose stérilisante et de dose excitante. Cependant la question est loin d'être réglée, malgré la grande facilité apparente des observations.

Dans le monde animal, les expériences faites sur les protozoaires n'ont jamais pu mettre en évidence aucune action excitante. Sur les œufs, les auteurs ont tous conclu à l'absence de cette action ; sur le tissu osseux, sur les ongles, sur les ovaires, il semble bien qu'il en soit de même et Czepa, ayant étudié dans une revue critique très complète tous les cas d'excitation publiés, conclut qu'aucun cas n'entraîne la conviction d'une action excitante. Les altérations observées, les effets physiologiques qui ont pu donner l'impression d'une action excitante, peuvent être considérés comme résultant d'une action générale des rayons sur l'organisme ou bien comme des réactions dues à l'excitation spécifique exercée par les produits de désintégration cellulaire, par les nécrohormones. Pour Holzknecht, l'action excitante est fort peu probable en tant qu'activation fonctionnelle directe, mais l'action des rayons doit être envisagée comme une petite force perturbatrice qui met en jeu des forces bien plus grandes, en libérant les produits intracellulaires.

B) Si l'action excitante des rayons est problématique, l'action indirecte est fort probable ; elle paraît produite par des mécanismes variés qui, vraisemblablement s'associent pour arriver au même résultat.

α) On a pensé que les rayons X détruisent les cellules géantes et cela d'autant plus facilement qu'elles sont en activité : il en résulterait une mise en liberté des bacilles qui seraient, alors, attaqués plus facilement par les leucocytes.

β) La stimulation de la phagocytose, plus ou moins intense, est constante.

γ) Certains auteurs, se basant sur ce que la destruction des leucocytes libère de la lécithine et sur ce que l'irradiation de cette lécithine en présence d'oxygène entraîne la formation de produits de désintégration (choline, triméthylamine, acide stéarique) irritants pour les tissus, concluent que c'est la formation de ces produits qui attaque le bacille et qu'il faut expliquer ainsi l'action des rayons (?)

δ) Pour Dessauer, l'énergie des ondes radiantes se transforme d'énergie électrotonique en énergie calorique. Il en résulte des points de chaleur qui sont le siège de réactions chimiques tant dans l'intérieur des tissus que sur la plaque photographique.

3° *Enfin les rayons X ont une troisième action bien connue : celle de réduire le volume de la tuméfaction grâce à leur pouvoir cytolytique.* Ils agissent ainsi en détruisant les cellules lymphoïdes dont la prolifération constitue le ganglion pathologique, ce ganglion qui, envahi par le bacille, a réagi contre l'infection tuberculeuse, en augmentant le nombre des éléments folliculaires.

Dans les adénites, la radiothérapie détermine une destruction des cellules, on pourrait presque dire d'une « explosion nucléaire » et cette destruction lymphocytaire amène petit à petit une réaction conjonctive cicatricielle.

La **technique** des irradiations est ensuite expliquée par V. Paschetta.

Résultats. — Hans Tichy a fait une statistique particulièrement intéressante, car il compara les résultats du traitement chirurgical avec le traitement rœntgenthérapique : sur 31 malades qui furent opérés, 8 guérirent, 23 récidivèrent : — sur 27 malades qui furent irradiés, 24 guérirent, 3 récidivèrent.

L'acte opératoire agit uniquement sur les gros ganglions visibles ou bien palpables, mais il ne permet pas

d'atteindre les plus petits, ceux qui ne sont pas palpables, ou le sont à peine. Or ce sont ceux-là justement qui sont le plus souvent responsables des récidives. La radiothérapie au contraire permet de tout atteindre.

1° L'adénite non suppurée est moins bien influencée par le traitement que la suppurée. La péri-adénite disparaît toujours sous l'influence du traitement et elle disparaît complètement. Dans un deuxième stade, où l'adénite est devenue simple, le ganglion commence à diminuer de volume. Parfois cette diminution est rapide, et c'est le cas le plus souvent des adénites récentes, en période d'activité. Parfois elle est lente, surtout dans les cas d'adénite ancienne. Dans un troisième stade enfin, l'adénite guérit soit par résorption complète de la masse ganglionnaire, soit fréquemment par la sclérose de celle-ci.

Au cours du traitement le ganglion peut se ramollir et suppurer. Dans ce cas, il vaut mieux ponctionner.

2° Les adénites suppurées réagissent particulièrement bien à la radiothérapie, surtout à la radiothérapie superficielle. Celle-ci produit souvent une augmentation passagère de l'écoulement pendant les premières séances.

Les ganglions suppurés se vident d'une façon absolument complète et ne laissent même pas le résidu fibreux qui persiste si souvent après la régression des ganglions non suppurés.

Les accidents sont nuls ou négligeables.

Les seuls accidents que l'on peut reprocher à l'heure actuelle aux rayons sont surtout des incidents fébriles qui n'ont jamais eu des allures menaçantes et qui ne furent jamais de longue durée.

On comprend que la destruction abondante des éléments lymphatiques détermine une élévation de température par résorption et une augmentation de l'élimination de l'acide urique.

De rares cas de généralisation ont été publiés. Depuis 1903, on a irradié des milliers d'adénites qui ont été guéries et si certains malades sont morts, ils sont bien rares : il ne faudrait pas d'après un petit nombre d'observations condamner une méthode vieille de vingt-cinq ans, qui a fait ses preuves et qui, sur des milliers d'observations, n'a pas donné un nombre de morts plus grand que normalement.

***

L'emploi des rayons U. V.

Les rayons pénètrent à travers la peau plus ou moins profondément suivant leur longueur d'onde. L'étendue de cette pénétration a été étudiée par de nombreux auteurs et il est capital de savoir jusqu'où vont les rayons que nous envoyons sur la peau. Nogier a particulièrement étudié cette question : les rayons sont absorbés par les couches les plus superficielles du derme et, peut-être, cette absorption commence-t-elle déjà au niveau de l'épiderme.

On a discuté sur la façon dont les rayons ainsi absorbés sont utiles à l'organisme.

Rollier pense que l'irradiation ultra-violette est transformée en chaleur et qu'en somme, il s'agit d'une action calorique. Pour Rothmann, les ultra-violets abaissent le tonus sympathique. Pour Keller, l'irradiation s'accompagne d'altérations cellulaires et provoque des phénomènes de shock dus à la destruction des albumines, des cellules altérées. Pour Saidman, il s'agit probablement de phénomènes photoélectriques : la lumière produit une déperdition d'électricité négative, dont le facteur fondamental serait joué par l'ionisation des poussières de l'air.

Action locale des rayons ultra-violets. Les ultra-violets agissent localement de deux façons : ils sont microbicides, ils excitent la cellule

L'action *microbicide* fut démontrée expérimentalement par de nombreux auteurs et en particulier par Koch dès 1890

Elle est directe et l'irradiation antérieure des milieux de culture n'empêche ni ne retarde le développement du bacille.

Elle est explicable par la propriété qu'ont les rayons ultra-violets de coaguler les matières albuminoïdes du plasma.

L'excitation de la cellule par les rayons ultra-violets est due à un mécanisme d'irritation : les plaies suppurantes qui étaient devenues complètement atones, suintent sous l'action des ultra-violets et des bourgeons charnus apaparaissent devenant parfois exubérnats.

Action générale des rayons ultra-violets. Principalement, c'est en améliorant l'état général du malade que les rayons ultra-violets agissent. Les malades se sentent mieux, euphoriques, et plus forts. L'appétit devient meilleur.

Dans la très grosse majorité des cas, le poids augmente pendant la cure d'actinothérapie. Cette augmentation est beaucoup plus rapide chez les enfants que chez les adultes. Paschetta apporte cent trente quatre observations de poids chez l'enfant et quarante-deux chez l'adulte.

L'action sur les globules rouges a été fort discutée. Les rayons ultra-violets n'ont aucune action immédiate sur les globules rouges. Mais, si l'on compare le sang au début d'une cure et à la fin de celle-ci, après douze séances par exemple, on trouvera dans la très grande majorité des cas une augmentation du nombre des hématies. L'hémoglobine s'élève d'en moyenne 8 %. La résistance globulaire augmente. Parfois le nombre des globules rouges augmente progressivement au cours de la cure, puis, au bout d'un assez grand nombre de séances, il se produit un certain état de saturation, le poids diminue, l'état général est moins bon, les séances fatiguent le malade. Celui-ci ne retirera plus aucun bénéfice de la cure. Il faut s'arrêter.

L'action sur les globules blancs est certaine, mais c'est surtout l'action immédiate qui est sensible ; l'action tardive est nulle, tantôt le nombre des leucocytes augmente, tantôt il diminue.

L'action sur la tension artérielle est fort discutée. Etudiée pour l'héliothérapie naturelle par Malgat, celui-ci conclut que le bain de soleil chaud est hypotenseur, le bain de soleil froid est au contraire hypertenseur. En ce qui concerne l'héliothérapie artificielle, Hasselbach, expérimentant avec une lampe à arc, constata une diminution de la tension qu'il explique par la vaso-dilatation des capillaires sous l'action calorique des rayons infrarouges assez nombreux dans sa source lumineuse.

Lestner et Kimmerlé attribuent l'hypotension à la formation sous l'action des rayons ultra-violets de nitrites qui sont inhalés par le malade et qui proviennent de l'oxydation de l'azote atmosphérique. Peemoller pense qu'il s'agit en outre de modifications réflexes agissant sur les terminaisons sympathiques et para-sympathiques.

L'action sur la température générale (1) est ensuite l'objet d'intéressantes recherches de Paschetta.

Les rayons actiniques augmentent aussi le taux de la calcémie et celui de la phosphatémie.

La technique est ensuite exposée en détail.

Paschetta étudie la question de savoir s'il faut associer les rayons I. R. aux U. V. Toute cette discussion ne lui semble pas présenter un très gros intérêt pratique : cliniquement les effets du traitement ne sont ni plus rapides, ni plus lents avec une méthode qu'avec une autre, les différences d'action étant trop minimes pour être censibles.

(1) Je dis température générale, car j'ai pu constater, d'après la thèse très documentée de Paschetta, qu'aucun auteur n'a repris les travaux que j'avais réalisés pendant la guerre à propos de la température locale au cours de l'héliothérapie

A son avis, sauf quelques cas particuliers, les applications locales doivent toujours être associées à des irradiations générales. Il croit au peu d'action de l'irradiatio locale isolée. Cela n'est pas une raison pour la supprimen elle est, au contraire, un traitement adjuvant indispensable, surtout dans les cas de fistules, car elle excite les cellules endormies et permet une bonne cicatrisation.

Enfin PASCHETTA discute s'il est utile de rechercher la pigmentation.

Résultats. — Dans les adénites à la période de crudité, les rayons ultra-violets peuvent donner d'excellents résultats, mais il est en général utile de leur associer la roentgenthérapie, plus active localement.

Au contraire dans les formes ouvertes, l'actinothérapie suffit presque toujours à guérir la lésion, à condition toutefois qu'on associe les bains généraux aux applications localisées.

Accidents. — Au mal des rayons ultra-violets, on peut décrire trois formes cliniques : l'une bénigne consistant simplement en malaises, céphalée, insomnie, irritabilité nerveuse disparaissant en 24 heures ; l'autre moyenne, rare, accompagnée de sensation de nausée ; la troisième grave, exceptionnelle, avec apparition de phénomènes de shock.

Les accidents tuberculeux sont beaucoup plus importants. Le premier degré de ces accidents est la poussée de température. Mais des accidents plus graves ont été reprochés à l'actinothérapie : ce sont des généralisations ou des méningites tuberculeuses, suivies, bien entendu de mort. La plupart des observations publiées seraient discutables, pour PASCHETTA.

***

Dans la troisième partie de son livre, PASCHETTA expose l'association de la roentgenthérapie et de l'actinothérapie.

***

Telle est, schématiquement résumée, cette excellente thèse, ouvrage documenté, ouvrage personnel. Il faudrait souhaiter que tout étudiant termine la scolarité par un exercice scientifique et clinique d'une aussi haute valeur : sa formation médicale n'en serait que plus parfaite.

Ce travail plein de maturité et de sens clinique, fait honneur à celui qui l'a écrit et au service où il a été écrit

HENRI VIGNES.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1928.

Analyse électrocapillaire des extraits d'organes. — MM. ***W. Arciszewski, W. Kopaczewski*** et M. ***Rosnowski***, en étudiant les extraits d'organes au point de vue physico-chimique, ont observé, en 1924, des variations de leurs caractères capillaires, selon la provenance de la glande et selon le mode de préparation ; ainsi, les extraits de foie n'abaissaient parfois pas du tout la tension superficielle, quoique normalement les sels biliaires devraient y être présents.

Ils ont essayé d'élaborer une méthode de contrôle des extraits d'organes, en précisant tout d'abord les limites de la sensibilite des méthodes physiques utilisables afin de démontrer la présence des substances actives.

On connaît actuellement quelques principes actifs des glandes à sécrétions, internes adrénaline, insuline et synthaline, thyroxine et les sels biliaires. L'analyse physico-chimique de ces substances permet de déceler leur présence en concentration de 1/20.000 et au-delà pour certaines d'entre elles.

Ainsi, la tension superficielle d'une solution à 1/10.000 de glycocholate de Na est abaissée, par rapport à l'eau, de 7,5 dynes centimètres ; celle de taurocholate de Na, à la même concantration, est diminuée de 9,3 dynes centimètres. La diminution de la tension est encore nette (2 à 3,4 dynes centimètres) pour les concentrations de 1/20.000. Dans la bile, ces substances se trouvent en proportion de 2 p. 1000 environ ; il semble donc, même en admettant une proportion de beaucoup plus faible dans la cellule hépatique, que les sels biliaires peuvent être caractérisés dans les extraits du foie au moyen de la tension superficielle. Ce que l'on observe en réalité avec les sucs du foie, fraîchement préparés, la tension snperficielle est d'environ 51 dynes centimètres pour le suc de foie de lapin.

Pour d'autres principes actifs, l'analyse électrocapillaire permet de constater la présence de l'adrénaline en solution de 1/40.000, de la synthaline en concentration de 1/50.000.

Voici ce que l'on observe au cours de cette analyse : l'adrénaline en concentration de 1/25.000 provoque une floculation périodique du colloïde amphotère (congocubine), favorise l'ascension du colloïde négatif (noir direct W) ; on observe en outre, à la partie supérieure des bandelettes de papier-filtre, une zone de coloration brune d'autant plus foncée que la concentration de l'adrénaline est forte.

La synthaline en solution de 1/50.000 arrête presque totalement l'ascension des colloïdes colorés ampothères ou négatifs, favorise très nettement la pénétration du colloïde positif ; elle porte par conséquent une forte charge positive.

La thyrosine n'étant pas solubie dans l'eau distillée, ne peut pas être caractérisée par cette méthode analytique.

Toutes ces concentration sont amplement suffisantes pour pouvoir caractériser les extraits d'organes, car les principes actifs s'y trouvent en proportion sensiblement plus forte (adrénaline dans la surrénale à raison de 1,0 à 1,70 p. 100).

Et, en effet, les constatations précédentes se retrouvent avec des sucs d'organes, fraîchement pressés dans la presse de Buchner.

En poursuivant ces recherches, dont les détails seront publiés dans un autre recueil, les auteurs ont fait plusieurs autres constatations intéressantes :

1° L'organe en vieillissant s'appauvrit en principes actifs ;

2° Selon la provenance de l'organe, la proportion en principes actifs varie notablement ;

3° Les extraits d'organes perdent assez rapidement leur activité, après un an nous avons pu observer que les extraits surrénaux et thyroïdiens ont les caractères électrocapillaires totalement changés ;

4° Selon la méthode d'obtention, les propriétés électrocapillaires et la richesse en principes actifs varient.

Ces conclusions présentent un intérêt pratique, à leur avis, considérable :

Etant donné l'extrême variabilité du pouvoir actif des extraits d'organes, il est de toute urgence de chercher à les étalonner d'une façon rigoureuse, soit par les méthodes physiologiques, soit par les méthodes physiques proposées tout comme les extraits des plantes. De cette façon, on permettra aux thérapeutes de manier les extraits toujours identiques non seulement d'une livraison à l'autre, mais aussi d'une provenance à l'autre ; on pourra ainsi éviter les constatations pénibles de l'absence totale des principes actifs dans certaines préparations commerciales.

M. *C. Caplesco.* — L'appendicite et la puériculture.

NOUVELLES

Concours pour l'admission à six emplois d'aide-interne titulaire et la désignation de huit aides-internes provisoires collaborant au service medical de la maison d'arrêt et de correction de Saint Lazare. — Le titre d'aide-interne titulaire sera remplacé, après six mois d'exercice, sur la proposition du chef de service par celui d'interne titulaire. Cette promotion donnera lieu à la délivrance d'une carte d'identité au nom de l'intéressé.

Le 12 novembre 1928, s'ouvrira un concours pour l'admission à six emplois d'aide-interne titulaire et pour la désignation de huit aides-internes provisoires collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le registre d inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le 12 octobre 1928, à 16 heures.

Les candidats doivent remplir les conditions suivantes : 1° être français ; 2° être agés de moins de 30 ans (cette limite est reculée d'une durée égale à celle de la mobilisation des intéressés pendant la guerre) ; 3° être pourvus d'au moins 12 inscriptions en médecine (ancien régime) ou d'au moins 16 inscriptions nouveau (régime) ; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine.

Ils doivent adresser au Préfet de police : 1° une demande sur papier timbré ; 2° un extrait authentique, sur timbre, de leur acte de naissance ; 3° les pièces établissant leur situation au point de vue militaire et, s'il y a lieu, leurs services pendant la guerre ; 4° une notice indiquant leurs titres scientifiques et hospitaliers ; 5° un certificat de scolarité de date récente ; 6° une photographie de date récente ; 7° 0 fr. 60 c. en timbres-poste, coût de l'extrait du casier judiciaire.

La liste des candidats est soumise à l'agrément du Préfet de police.

Le concours consiste : 1° En une composition écrite, cotée de 0 à 30, portant sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour la rédaction de laquelle il est donné deux heures.

Les résultats de cette épreuve sont affichés avant qu'il soit procédé à l'épreuve orale.

Ne seront admis à l'épreuve orale que les candidants ayant obtenu au moins la note 15.

2° En une épreuve orale, cotée de 0 à 20, portant sur un sujet relatif aux maladies vénériennes (exposé de dix minutes, après dix minutes de réflexion)

Le sujet de chaque épreuve est tiré au sort entre trois questions arrêtées par le Jury immédiatement avant la séance.

Les candidats sont classés par ordre de mérite. En cas de classement *ex-æquo*, il est tenu compte des titres hospitaliers antérieurs s'il en existe, ou du nombre d'inscriptions de médecine.

Le Jury est composé, sous la présidence du représentant du Préfet de police, de cinq membres, savoir : Le directeur du personnel, de la comptabilité et du matériel de la Préfecture de police et quatre docteurs en medecine, dont deux attachés à la maison de Saint-Lazare et deux aux services de la Préfecture de police. Un arrêté préfectoral désigne le président et les membres du Jury.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du Jury doivent être signalés à l'administration en vue de la modification du Jury.

Les candidats déclarés admissibles à la suite du concours ne pourront être nommés que s'ils ne sont pas titulaires d'une fonction similaire dans tout autre établissement et ils ne devront remplir les fonctions d'externe, d'interne provisoire ou d'interne titulaire dans aucun hôpital public ou privé pendant la durée de leur internat à Saint-Lazare.

Les internes sont tenus d'assister leur chef de service au Dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Tout interne qui serait reçu docteur en médecine, au cours de ses fonctions, serait, *ipso facto*, considéré comme démissionnaire.

Contribution à l'étude du traitement du tétanos. Dr M. PALONSKI, (Thèse de Paris juillet 1928). — Le traitement curatif du tétanos se compose essentiellement de trois facteurs : il faut entraver la toxi-infection par un trai-tement local, neutraliser l'intoxication, en imbibant littéralement le malade avec du sérum et enfin calmer les crises. Le traitement local consiste toujours dans un débridement large de la plaie initiale ; la sérothérapie doit être intense, précoce et continue et il faut injecter journellement 200 à 400 cc. de sérum, d'une façon fractionné, en tenant compte de l'âge du malade, surtout par voie intramusculaire ou sous-cutanée ; pour atténuer les contractures et les spasmes, c'est-à-dire pour viser à la fois un but médical et un but humain, rien ne donne d'aussi bons résultats que les injections intramusculaires (8 à 10 cc. par jour) et surtout que les injections intraveineuses (6 cc. par jour de somnifène : ces doses doivent être répétées quotidiennement jusqu'à la cessation des paroxysmes. Le Dr. Polonski, à l'appui de sa thèse, publie, entre autres, une observation excessivement intéressante, prise dans le service de M. le Professeur Sergent, à l'hôpital de la Charité. Ce travail très documenté confirme les résultats vraiment impressionnants obtenus par l'emploi du somnifène, non seulement par voie buccale, mais aussi par voie intramusculaire ou par voie endoveineuse, dans le tétanos (Pasgrimaud, Hamant, Bénech, M. Labbé, A. Escalier, etc., et aussi dans l'état de mal épileptique (Rimbaud, Boulet, Chardonneau, Cestan, Riser, Vieu, Sorel, Pérès, etc.), dans l'éclampsie (Larribère), dans le delirium tremens (Ramond, Laporte, Quénée, etc.), dans les psychoses intenses (Claude, Crouzon, Robin, Lemaire, Demole, Laignel-Lavastine, Pavlovitch, Rone Dodard-des Loges, Barbé, Levet, Lévy-Valensi, Marie, Kohen, Trenel, etc.). En somme, le somnifène, dans ces cas très graves se montre le calmant de choix, comme dans la médecine journalière, par voie buccale, sous forme de gouttes, il est, comme on l'a écrit, le plus pratique et le plus maniable des hypnotiques.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De l'Auvergne aux Alpes en Autocar P. L. M.

Aux personnes qui tentent de repérer, en dehors des sentiers trop battus, une intéressante excursion à faire, pendant leurs vacances prochaines, signalons les Services d'autocars P. L. M. de Vichy à Grenoble et de Grenoble à Vichy par le Puy.

En deux jours, dans l'un ou l'autre sens, les cars de ces Services parcourent une région des plus pittoresques, jalonnée de charmantes stations comme La Chaise-Dieu, avec son église du XVIe siècle, le Puy, dans un étrange paysage hérissé de pitons aigus, Tence, Saint-Agrève, Saint-Péray, Pont-en-Royans, Villard-de-Lans.

De Grenoble, plaque tournante du tourisme alpestre, des Services d'autocars permettent de visiter les sites les plus réputés du Dauphiné : le Galibier, la Bérarde, la Grande Chartreuse, les Grands Cols, le Lautaret, Saint Même, le Curtillard, le Valgaudemar, les Petites Roches, le Trièves La Mure.

A Grenoble, s'arrêtent, par ailleurs, les cars de la Route des Alpes qui vont de Nice à Evian ou vice versa en passant par les plus hauts cols.

Tourisme et villégiature.

Au moment des vacances et des départs pour la campagne et les bains de mer, nous croyons devoir rappeler au public que les Chemins de fer de l'État ont installé, pour la saison estivale, des bureaux de tourisme dans leurs gares de Paris-St-Lazare (Salle des Pas-Perdus — Porte 105), et de Paris-Montparnasse (terre-plein, place de Rennes).

Ces bureaux, dirigés par un personnel compétent, sont ouverts au public de 10 h. 30 à 19 h. (dimanches et fêtes exceptés).

Les touristes désireux de visiter les belles régions de l'Ouest et du Sud-Ouest de la France trouveront là, gratuitement, tous les renseignements qui leur seront nécessaires pour villégiaturer ou excursionner dans ces lieux.

Les itinéraires, moyens de transport locaux, prix d'hôtels, agences de location, etc., peuvent être indiqués immédiatement aux personnes qui frequenteront ces bureaux.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — No 34 LE NUMÉRO: 50 Centimes 25 AOUT 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger { 1re zone.......... 70 fr.
2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours pour l'admission, en 1928 aux emplois de médecin et de pharmacien sous-lieutenant du service de santé militaire de l'armée active des troupes métropolitaines. — Un concours sera ouvert le mercredi 28 novembre 1928 à neuf heures à l'école d'application du service de santé militaire à Paris, pour l'admission à dix emplois de médecin sous-lieutenant et à trois emplois de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1928, c'est-à-dire être nés après le premier janvier 1899 ; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait au 31 décembre 1928 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant.

Les épreuves à subir seront :

A. — Pour les docteurs en médecine. — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° un interrogatoire sur l'hygiène.

B. Pour les pharmaciens. — 1° Compositions écrite sur une question de chimie appliquée à la pharmacie ; 2° interrogatoire sur : 1° la physique ; 2° la chimie, 3° l'histoire naturelle, 4° la pharmacie ; 3° Epreuve de chimie analytique ; recherche des acides et des bases renfermées dans plusieurs sels solides ou dissous ; 4° Vérification titrage d'un médicament.

NOTA. — Tous les candidats seront en outre soumis à un examen médical en vue de la constatation de leur aptitude physique dans les conditions déterminées par le décret du 10 juin 1926 et l'instruction du 29 septembre 1926.

MAJORATION DE POINTS. — Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences, dont le diplôme mentionne l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° A ceux pourvus du diplôme supérieur de pharmacien ;

3° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine ou de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1° Aux candidats licenciés ès sciences dont le diplôme ne mentionne pas l'obtention du certificat d'études supérieures de sciences physiques, chimiques et naturelles ;

2° Aux docteurs en pharmacie ;

3° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie ; c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours ouvert annuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ;

4° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine et de pharmacie.

5° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury, une pièce officielle constatant leurs titres.

Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour leur tenir compte du dommage résultant de l'interruption de leurs études et de la durée de leur présence sous les drapeaux pendant les hostilités, d'après le barème ci-après :

1 point par mois de présence aux armées ou dans la zone des armées comptant pour l'obtention des brisques ;

4 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade ;

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée ;

15 points par citation à l'ordre de l'armée ;

30 points si le candidat est décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire (sans cumul avec la citation qui entraîne l'inscription au tableau pour ces distinctions) ;

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

PIÈCES A PRODUIRE. — Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) avant le 1er novembre 1928 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi.

2° *a*) Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien indiquant le régime d'études terminales. Cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3° Certificat, délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et de ses services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien sous-lieutenant de l'armée active ;

7° Etats des services conforme au modèle ci-après indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à majoration ;

8° L'indication, par ordre de préférence, des villes, sièges de faculté, où le candidat désirerait être affecté, à partir du 31 décembre 1928 jusqu'au 3 novembre 1929, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre aux dates et heures fixées à l'école d'application du service de santé militaire, au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

NOTA. — Les candidats admis seront nommés médecins ou pharmaciens sous-lieutenants à dater du 31 décembre 1928 et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de 2 ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion pour les pharmaciens de la durée du stage dans une officine. Ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine, ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études, seront nommés immédiatement médecins lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1927 et les pharmaciens (nouveau régime d'études) seront nommés pharmaciens lieutenants pour prendre rang du 31 décembre 1928. Ils seront pourvus, à dater du 31 décembre 1928, d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville, siège de faculté de médecine ou de pharmacie ; leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1928 et d'après l'ordre de classement des candidats dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de la médaille d'or (chirurgie).* — Juges titulaires : MM. Duvergey, Rabère, Rocher, Péry, Lefèvre, Massé, Brindel ; suppléants : MM. Charbonnel, Loubat, Andérodias, Blanchot, Portmann.

Concours de radiologiste des hôpitaux. — Juges titulaires : MM. Roques, Verger (Léon), Debédat, Parcelier, Bousquet ; suppléants : MM. Réchou, Nancel-Pénard, Guyot, J. Carles.

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs DREYFUS, président de la Fédération nationale des délégués cantonaux de France ; SALVA (de Grenoble).

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr JACOULET (de Vierzon).

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les Drs ROULLÉ (de Graye-sur-Mer) et VALLAT (de Paris).

Médaille de la Prévoyance sociale. — *Médailles d'or.* — M. le Dr LORBER (de Faulx).

Médaille d'argent. — M. le Dr DELMAS (de Montpellier).

Médaille de bronze. — MM. les Drs GAUD et PERRIN (de La Palisse).



Hôpitaux de Lyon. — M. le Dr Bansillon a été nommé chef de clinique d'accouchements. — M. le Dr Sédaillan a été nommé chef de clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour des emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — 1° Le lundi 22 octobre 1928 : I. Clinicat médical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 6 ; — 2 Clinicat chirurgical : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2 ; adjoint, 1 ; 3 Clinicat obstétrical : titulaires avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; 4 Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires) avec traitement, 2 ; sans traitement, 2 ; 5 Clinicat des maladies cutanées : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 2 ; — 6 Clinicat des maladie nerveuses : titulaires, aans traitement, 2 ; — 7 Clinicat ophtalmologique : titulaire, avec traitement, 1 ; — 8 Clinicat urologique : titulaire, sans traitement, 1 : — 9 Clinicat chirurgical infantile : titulaire, avec traitement : 1 ; — 10 Clinicat gynécologique ; titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement. 1 ; — 11 Clinicat de thérapeutique médicale : titulaire, sans traitement, 1 ; — 12 Clinicat oto-rhino-laryngologique ; titulaire, avec traitement, 1 ; adjoint. 1 ; — 13 Clinicat de therapeutique chirurgicale : titulaire, sans traitemant, 14 : — 1 Clinicat propédeutique : titulaire, sans traitement: 1 ; — 15 Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec traitement, 1, sans traitement, 4.

2° Le mardi 30 octobre 1928 : 16 Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, avec traitement, 1 ; sans traitement, 1 ; adjoint, 1 ; — 17 Clinicat médical infantile : adjoint, 1 ; — 18 Clinicat de la première enfance : titulaire, avec traitement, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 13 octobre inclusivement pour les concours s'ouvrant le 22 octobre et jusqu'au samedi 20 octobre pour les autres. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 12 à 16 h., à partir du lundi 10 septembre 1928.

Sont admis à concourir : tous tes docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adrsser au secrétariat de la Faculté de médecine.



TRAVAUX ORIGINAUX

Suicide et homicide pathologiques (1)

Par J. LÉVY-VALENSI

Le problème de l'homme qui se tue et de l'homme qui tue intéresse, est-il besoin de le dire, au premier chef le médecin légiste : ne justifie-t-il pas d'ailleurs la formule du certificat d'internement, acte essentiellement médico-légal en vertu duquel on est en droit de priver de la liberté l'*individu dangereux pour lui-même et pour les autres* ?

Suicide pathologique.

Si l'homicide pathologique est indiscutablement du domaine de la médecine légale, on peut à un examen superficiel s'étonner d'y voir figurer le suicide. Au cours de cette étude nous verrons comment le suicide pathologique est essentiellement du ressort du médecin légiste : mais une première question se pose : Y a-t-il un suicide pathologique ? Quelques auteurs, entre autres Trélat, considèrent que tout suicide est morbide. Certes, si l'on admet, argument facile, que les circonstances qui décident un individu à se donner la mort créent une sorte d'état passionnel qui est une folie en raccourci, on peut conclure que tout suicide est pathologique : c'est là un argument simpliste auquel je ne m'arrêterai pas. Dire que tout suicide est morbide c'est admettre à la façon de Pangloss que tout et pour tous est parfait dans la vie, c'est oublier la maladie incurable, le déshonneur, la ruine, etc., etc. Sans admettre avec le philosophe pessimiste que « le suicide est la plus grande preuve d'amour que l'homme puisse rendre à la vie », on peut accepter entre cette opinion et l'optimisme béat une place pour le suicide non pathologique et que, pour quelques *non malades*

« La vie est un fardeau dont la mort nous délivre. »

Ils n'étaient pas des aliénés ces Girondins se donnant la mort pour échapper à l'angoisse de l'échafaud (Valazet Condorcet) ; pas aliéné Roland se délivrant de la vie pour ne pas survivre à celle immolée au nom de la liberté ; pas aliéné non plus Lebas se suicidant pour échapper à la vengeance thermidorienne et tant d'autres qui jalonnent l'histoire.

Le suicide est si peu pathologique qu'il a été accepté par l'antiquité. Sénèque qui lui-même se donna la mort ne raconte-t-il pas les différents suicides de gladiateurs ? Faut-il rappeler la mort de Petrone, etc., etc. Et plus près de nous, dans le temps, sinon dans l'espace, le harakiri des Japonais, serait-il pathologique ? pathologique le suicide des veuves dans l'Hindoustan ?

Si tout suicide était morbide, on ne comprendrait pas la sévérité de quelques législations. En Angleterre le cadavre est jugé et, autrefois, il était inhumé loin des villes, la tombe traversée par un épieu qui devait transpercer le cadavre. Jusqu'à la Révolution, des mesures, même chez nous, étaient prises contre le corps du suicidé. La loi religieuse s'est montrée non moins impitoyable. Les Hébreux enterraient les suicidés la nuit en signe d'opprobre. Vous savez que le christianisme refuse « la terre chrétienne au malheureux » et que près de sa tombe « le prêtre passera en détournant les yeux. »

Si juridictions civiles et religieuses se montrent si sévères envers le suicide, ce n'est pas seulement pour venger la divinité outragée ; cette sévérité est une mesure prophylactique. Rien en effet n'est aussi contagieux que le suicide. L'antiquité a connu des épidémies : le Moyen-Age a vu, sous l'influence des exorcistes et des inquisiteurs, de pauvres femmes avouer des relations démoniaques, se vouant ainsi par suggestion et contagion à un véritable suicide par le bûcher : les jansénistes dégénérés du XVIIIe siècle se faisant crucifier et « secourir » sur la tombe du diacre Paris à St-Médard réalisaient un véritable *suicide collectif masochiste*. Plus près de nous, qui ne connaît ces épidémies de suicides nostalgiques de jeunes soldats, l'épidémie des invalides sous le premier empire, l'histoire lamentable de ces sentinelles qui se suicidèrent successivement dans la même guérite, l'épidémie n'ayant cessé qu'après le déplacement de la guérite. Il est certain que dans ces cas il s'agissait de prédisposés, mais cette prédisposition aurait pu demeurer latente sans l'intervention du facteur suggestif.

La littérature romantique qui a poétisé le suicide a, à ce point de vue, été nocive au premier chef.

On conçoit que pour lutter contre tous ces facteurs dépressifs, la loi religieuse fasse tous ses efforts. Il faut d'ailleurs avouer que l'Eglise se montre indulgente lorsqu'il y a le moindre doute sur le caractère pathologique du suicide. Vous pourrez donc être appelés, vous médecins, à fournir dans ce cas un *certificat à la famille d'un suicidé*. C'est un premier point de vue médico-légal *religieux* qui n'est peut-être pas d'une application courante mais qui peut avoir son intérêt, et qui est en tout cas respectable.

Il est une deuxième éventualité, celle-ci *civile*, qui nécessite en l'espèce l'intervention du médecin légiste. Voilà un individu qui a contracté une *assurance sur la vie* : il se suicide ; les héritiers n'auront droit que si le suicide a le caractère nettement pathologique.

Il est un dernier point qui mérite à mon sens d'être souligné : c'est celui du diagnostic, si j'ose dire, entre le *suicide* et le *meurtre*. Un sujet meurt de façon insolite ; si le médecin légiste peut apporter une opinion ferme sur la vraisemblance d'un suicide pathologique les arguments de l'accusation seront de ce fait très atténués. Je sais que de très bons esprits refusent ce rôle au médecin psychiatre. Un fait emprunté à l'histoire, va sinon étayer, du moins éclairer mon opinion.

Le 27 août 1830, on trouvait suspendu à l'espagnolette de la fenêtre de sa chambre, au château de St-Leu, Louis Henri-Joseph, duc de Bourbon, dernier prince de Condé. L'hypothèse du suicide fut d'abord admise par tous, mais lorsqu'on ouvrit le testament et que l'on vit que tout l'immense héritage des Montmorency et des Condé allait au duc d'Aumale, fils de Louis-Philippe qui venait de succéder de façon un tantinet usurpatrice à son cousin Charles X, l'opinion s'émut et rapidement elle arriva à proclamer que l'infortuné père de l'infortuné Duc d'Enghien ne s'était pas pendu, mais avait été pendu par sa maîtresse la baronne de Feuchères, complice de la famille royale intéressée.

Je ne dirai pas les éléments du double procès au civil et au criminel intenté par les Rohan Soubise, héritiers frustrés, ni les faits médico-légaux purs à l'appui ou contre le suicide : bien que cette dernière hypothèse ait été juridiquement admise, les ennemis de la dynastie orléaniste ne l'ont pas encore acceptée.

Il y a peu de temps, M. Bienvenu (Dr Cabanès) a défendu une opinion originale. Le duc de Bourbon aurait eu l'habitude de se suspendre par le cou afin d'obtenir certaines sensations que la nature refusait à son âge. Ce jour-là la striction aurait été trop forte ! Je ne discute pas les curieuses et toujours intéressantes conclusions de M. Bienvenu. J'avoue que, pour ma part, si j'ai accepté l'hypothèse du suicide, c'est de suicide pathologique qu'il s'agit. En dépit de mon distingué confrère le Dr Fernel, qui m'accuse gratuitement de ne pas connaître l'œuvre du Dr Cabanès, que j'apprécie hautement, j'ai essayé par les circonstances qui ont amené la mort, par l'étude de l'hérédité lourde des Bourbon unie à celle non moins lourde des Richelieu, d'arriver à un diagnostic de psychopathie. Je n'ai donc pas conclu selon la formule appliquée par M. Fernel au fils du Régent que le

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine le 14 mars 1928

suicide du duc de Bourbon est un suicide de *détraqué*, mais qu'il s'agit d'un suicide *d'anxieux* (1).

***

Le suicide pathologique porte-t-il en soi certains caractères particuliers ? L'étrangeté d'un suicide ne signifie nullement sa nature pathologique, et ce malgré l'opinion de Marc. Esquirol a bien montré que chacun se suicide avec ce qu'il a sous la main, les militaires se brûlant la cervelle, les perruquiers s'ouvrant la gorge et les cordonniers le ventre.

Le livre de Moreau de Tours est plein de ces suicides étranges qui ne sont pas pathologiques. Faut-il rappeler ce chapelier qui s'étouffa dans un chapeau haut de forme ? les suicides par la dynamite, etc., la locomotive etc. Faut-il rappeler la princesse patriote, imitant Sardanapale en 1913 pour ne pas survivre à la défaite turque ?

Bien que mon ami le Dr René Charpentier fasse une hystérique de la marquise de Brinvilliers, je n'oserai considérer comme pathologique la tentative vaine que fit la célèbre empoisonneuse, se fichant un bâton, mais je laisse la parole à la marquise de Sévigné écrivant à l'abbé de Coulanges « Devinez où ? Point dans l'œil, ce n'est point dans la bouche, ce n'est point dans l'oreille, ce n'est point dans le nez, ce n'est point à la turque, devinez où ? » Et quelques jours plus tard la spirituelle marquise de préciser scabreusement en rapportant ce propos de Caumartin expliquant comment elle avait voulu se tuer sans le pouvoir ; « c'est, dit-il, comme Mithridate. »

Certains suicides néanmoins ont le caractère nettement pathologique. La *castration*, l'*auto-mutilation* sentent le *mysticisme*, de même la *crucifixion*. Ruffiéri, cité par Esquirol, raconte l'histoire de ce cordonnier de Venise, délirant mystique, qui construisit une grande croix de bois, s'y cloua les pieds, puis ayant perforé ses mains avec des clous les fixa sur des trous préparés d'avance sur la barre transversale, après s'être fait, comme il convenait, une blessure au flanc, un système de poulies, de cordages ingénieusement ajustés amena la croix à la fenêtre.

Le *refus d'aliments* est caractéristique de la tentative de suicide mélancolique.

Si l'on n'envisage plus le suicide en soi, mais ses circonstances, le caractère morbide peut s'y trouver révélé. Les idiots, les déments, les confus, les maniaques, peuvent être victimes de *pseudo-suicides accidentels* par fuite anxieuse, chute au cours d'une crise d'agitation, erreurs, etc.

Le *suicide raté* peut trahir un état *démentiel* : un paralytique général monte sur une chaise pour se pendre, se passe la corde au cou et oublie de repousser la chaise. Le *suicide raté* peut être aussi le fait de l'*hystérique* qui ne désire pas réellement la mort, mais espère seulement attirer l'attention : il est vrai que dans quelques cas il dépasse le but, et va plus loin qu'il ne désirait. Voisin, et pour cause, du suicide hystérique, se place le suicide du *mythomane vaniteux* : ici l'élément imaginatif tient la première place, et le suicide s'accompagne de circonstances particulièrement romanesques. Dans le *Phalène*, Henry Bataille nous montre une jeune fille qui se sachant tuberculeuse *vit sa vie*, et qui pour la terminer en beauté se tue à la fin d'un dîner après avoir montré à ses convives son corps dépouillé de tous voiles. Un jeune homme de famille très aisée, joli garçon, intelligent, un peu poète même, et à qui rien ne manquait dans la vie, invite des amis à une fête pour célébrer son 20e anniversaire, et au milieu de l'entrain général, s'isole dans sa chambre se couche sur un lit recouvert de fleurs et se loge une balle dans le cœur.

Le suicide de l'*épileptique*, assez rare d'ailleurs, s'accomplit de l'état d'inconscience de tous les équivalents ; quand il échoue la répétition se fait sous la même forme.

Après avoir examiné le caractère du suicide et les circonstances spéciales qui l'ont précédé, ce qui m'a fait vous montrer déjà un certain nombre de modalités de suicide morbide sur lesquels je ne reviendrai pas, trois groupes de psychopathies doivent être envisagées qui peuvent conduire le sujet à se donner la mort : les *impulsions* les *délires chroniques*, les *états anxieux*.

J'entends ici par *impulsifs* les sujets qui, indépendamment de l'obsession anxieuse, sur laquelle je reviendrai, se tuent par une sorte de *réflexe* ; c'est le cas de certains *déments*, les *déments précoces* en particulier. Une jeune fille traitée en ce moment à l'Asile Ste-Anne s'est jetée dans un puits ; quand on lui en demande la raison, elle est incapable de la fournir. L'*encéphalite épidémique*, qui, surtout chez les jeunes, détermine de si étranges modifications du caractère et de la moralité, conduit dans des cas malheureusement trop fréquents, à des tentatives de suicide, voisins quelquefois de l'*impulsion simple*, souvent de l'*impulsion obsession*.

Les *délirants chroniques*, peu ménagers de la vie d'autrui, le sont assez de la leur. Cependant nous avons vu le *suicide mystique* ; quelques délirants peu actifs peuvent se suicider par *découragement* ; quelques *hallucinés* se tuent par obéissance à leur voix ; enfin au cours de l'évolution des *délires d'influence*, le suicide peut être un *acte imposé*.

Les *états anxieux* sont avant tout la cause du suicide morbide. Il s'agit, le plus souvent, de sujets prédisposés dès leur naissance par une lourde hérédité, chez lesquels un incident fortuit, une intoxication, un état démentiel, etc., sera la cause occasionnelle du paroxysme anxieux provoqueront la mort. Ce n'est d'ailleurs pas à dire que les intoxications, lésions cérébrales, etc., ne sont pas susceptibles de déterminer *pour leur propre compte* des états anxieux.

C'est à la *prédisposition anxieuse* que l'on doit rattacher le *spleen*, *cet état de dépression psychique*, de *dégoût de la vie*, qui n'est pas propre à nos voisins d'Outre-Manche ; le *suicide des enfants*, quand il n'est pas mythomaniaque, enfin le *suicide familial* se produisant, peut-être par suggestion, au même âge et dans les mêmes circonstances chez les membres d'une même famille.

Les *intoxiqués* se suicident dans des cas relativement assez fréquents, les *toxicomanes* parfois dans l'état de besoin. L'*ivresse*, chez ceux dont on dit qu'ils ont le vin triste, peut aussi conduire au suicide. Boileau réunit dans sa maison d'Auteuil, Racine, La Fontaine et Chapelle pour un repas copieusement arrosé ; des discussions philosophiques après boire les conduisent à se déterminer à se donner la mort ; on se dirige vers la Seine, lorsque l'un des poètes fait remarquer qu'une action aussi belle exige la lumière du jour ; cette lumière fort heureusement ayant dissipé les fumées du vin, fit s'évanouir aussi l'idée du suicide.

L'*anxiété* des *états démentiels* est la cause du suicide souvent justifié des *organiques* et des *séniles*. Le *paralytique général au début* ayant souvent, quoi qu'on en ait dit, *conservé son auto-critique*, est susceptible de se suicider. Plusieurs médecins conscients de leur diagnostic ont ainsi échappé à l'évolution qu'ils savaient inexorable de la méningo-encéphalite.

L'*obsession impulsion au suicide* est assez rare, il en est néanmoins des exemples. Le sujet résiste d'abord puis cède à l'impulsion.

Mais d'autres *obsédés* peuvent aussi chercher dans la mort un terme à leurs maux. Certaines *douleurs*, obsédés de leurs obsessions, se suicident pour leur échapper.

Les *phobiques de la maladie et de la mort* préfèrent souvent la mort réelle à l'*angoisse* constante d'une mort chimérique. Les *hypocondriaques*, qu'il s'agisse de phobiques, de cénestopathes, de neurasthéniques ou de mélancoliques, trouvent parfois un remède dans la mort. Mais le suicide est avant tout du domaine de la *mélancolie*. De Clérambault

(1) Note sur le suicide du duc de Bourbon. Étude de psycho-pathologie historique, par J. Lévy-Valensi. (*Bul. Soc. Fr. d'Hist. méd.*, t. XXI, nos 5-6, mai-juin 1927) ;

bault pour expliquer l'énergie déployée par certains dans ce cas admet qu'il s'agit d'*états mixtes*.

Le mélancolique *delirant* peut se suicider *logiquement*, c'est-à-dire pour mettre fin à sa misère morale (maladie, ruine, déshonneur, etc). Dans ce cas il prémédite son acte et le rate rarement. Ces malades doivent être soigneusement surveillés et l'on ne doit tenir aucun compte de leurs promesses et affirmations. Au temps lointain où j'étais interne à l'hôpital de la Charité, étant de garde, on m'amena une femme qui avait absorbé du sublimé pour un motif que je ne me remémore pas : le nécessaire ayant été fait et la désespérée mise en salle, je la laissai sur la promesse qu'elle me fit de ne point récidiver : dans la nuit j'étais appelé auprès d'elle, elle s'était jetée de la fenêtre, et cette fois elle ne s'était pas ratée. Mais le mélancolique ne prémédite pas toujours son acte : l'idée de suicide peut survenir spontanément dans un *paroxysme anxieux*. Le médecin doit connaître la possibilité de ces *raptus* dans la forme même la plus bénigne de mélancolie, et en prévenir l'entourage.

Le mélancolique dangereux pour lui-même, est dangereux aussi pour autrui. Une mère convaincue que les maux qui la menacent doivent atteindre également ses enfants, les entraîne avec elle dans la mort. La rubrique des journaux est malheureusement trop riche en faits de cet ordre. J'ai connu à l'Hôtel-Dieu, une mélancolique qui me suppliait à chacune de mes visites de la laisser sortir pour lui permettre de tuer ses six enfants ; il s'agit là du *suicide collectif* ou *meurtre altruiste*. D'autres mélancoliques à qui leur pusillanimité ou leurs principes religieux interdisent le suicide deviennent meurtriers afin de subir le châtiment libérateur. Un de mes malades, professeur d'histoire dans un lycée, essaya deux fois dans ce but d'étrangler son infirmier. Il s'agit là du *suicide indirect* que l'on pourrait appelé le *suicide par la guillotine*.

Homicide pathologique.

Avec l'homicide s'offre au médecin légiste une responsabilité redoutable. C'est de lui que peu dépendre l'application ou le rejet de l'art. 64 du Code pénal ; c'est de son rapport que résultera souvent pour l'inculpé un verdict de vie ou de mort. Trop de sévérité risque de faire du médecin une sorte de meurtrier légal, trop d'indulgence de le réduire à l'état de complice inconscient du criminel. Si dans certains cas, en présence de crimes nettement pathologiques, le rôle du médecin légiste est facile, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et dans les cas limites où les *pervers*, les *amoraux*, les *invalides moraux* se fusionnent avec les criminels dits normaux (? la discrimination est difficile. On voudrait pouvoir dans ces cas donner des directives et l'on ne peut que renvoyer chacun aux données de sa conscience.

Quelques crimes portent le stigmate du pathologique : les *crimes* sexuels d'abord, le *viol*, la *mutilation* trahissent la manière du *satyriasis* ou du *sadisme*, la *castration* peut indiquer le délirant *mystique* ou le *délirant jaloux*. La *brutalité inutile* exercée sur le cadavre peut être révélatrice du crime de l'*épileptique*.

Il y a un quart de siècle j'étais l'externe dans un hôpital suburbain, d'un maître auquel m'attache une respectueuse et reconnaissante affection : on jouait alors au théâtre Antoine l'enquête de M. Georges Henriot, ami nous avait on dit, de notre patron, pièce qui eut un très légitime succès. Il s'agissait du meurtre commis sur un Président de Tribunal : l'enquête menée par le juge d'instruction ami de la victime, aidé de l'avocat d'un homme injustement inculpé, aboutit à cette conclusion inattendue que le juge d'instruction avait été le meurtrier au cours d'un équivalent épileptique. Cette pièce parfaitement construite fut la démonstration qu'on pouvait être en même temps qu'un excellent auteur dramatique, un médecin et un physiologiste éminents et devenir le remarquable doyen que vous connaissez.

L'*homicide de l'épileptique* dans le plus grand nombre des cas, car il est des exceptions, est *inconscient* et suivi *d'amnésie*.

Il y a quelques années, on admettait des caractères sensiblement analogues au meurtre des *hystériques*. Cette variété soulevait la question de la *suggestion homicide* innocentant le meurtrier pour faire remonter la responsabilité plus haut. Les recherches modernes sur le *pithiatisme* ne laissent plus subsister grand'chose de cette opinion. Il est certain que la *suggestion* existe, qu'elle peut diminuer la responsabilité, mais autant la diminue-t elle à l'*état de veille*. La suggestion joue un rôle important chez les *pervers*, chez les *débiles*, elle joue un rôle capital aussi, associée à l'*élément sadique*, dans le crime des *foules* : émeutes, troupes victorieuses de pays dits civilisés !

Si maintenant, négligeant les caractères du meurtre du psychopathe avec l'élimination qu'elle nous a permis de faire, on considère les autres aliénés susceptibles de tuer, on peut *schématiquement* envisager trois groupes : les *impulsifs*, les *violents*, les *délirants*.

Parmi les *impulsifs*, il faut noter l'*impulsivité simple* ou *réflexe* des *idiots*, *imbéciles* et *débiles*, l'*impulsivité perverse* des *pervers instinctifs*, cruels, inaffectifs, inadaptables et amoraux depuis leur naissance, l'*impulsivité de quelques déments* tuant pour le motif le plus vain, l'*impulsivité des confus*, en particulier de la *puerpéralité* et l'on sait combien l'*infanticide* est fréquent dans ces cas : enfin l'*impulsivité obsédante*. Dans ce dernier cas on a plus souvent affaire à des *phobiques* ou à des *douteurs* qu'à de véritables impulsifs. Un père *craint* lorsqu'il voit un couteau d'avoir la tentation de s'en servir contre son enfant, mais il n'a pas le *désir* de le faire ; cependant l'impulsion-obsession existe. Il y a 5 ans, un passant inoffensif est assommé boulevard Poissonnière par un individu porteur d'une pièce de bois : le meurtrier, actuellement à l'Asile Ste-Anne, raconte qu'il n'a pu résister au désir de frapper.

Parmi les *violents*, il faut signaler les *maniaques*, les *épileptiques en dehors des crises et des équivalents*, et surtout les *intoxiqués*. Les *alcooliques*, au cours du *delirium tremens*, ou des *formes prolongées*, peuvent tuer en se défendant contre les personnages qui peuplent leur *délire onirique* ; ils peuvent tuer aussi dans l'*état d'ivresse*, soit dans la *forme hallucinatoire*, soit dans la *forme excito-motrice* (Garnier). Enfin, l'*alcoolique chronique* peut tuer par *besoin*, *amoralité* ou *jalousie*. L'alcool comme les autres toxiques, est essentiellement un *révélateur de tendances* et chez quelques criminels l'*ivresse* facteur aggravant est *préméditée*. Le *cocaïnomane* est meurtrier à la façon de l'alcoolique : enfin le *haschisch* peut être la cause occasionnelle d'un meurtre de violence, et l'on sait qu'Aladin, le vieux de la montagne, grisait ses satellistes avec du haschich pour faciliter leurs crimes, d'où est venu par corruption le mot français assassin.

Les *délirants chroniques*, vulgairement appelés persécutés, peuvent, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, être meurtriers, lorsque, selon la formule classique, ils sont devenus *persécuteurs*.

Laissant de côté pour l'instant le fonds du délire, qui commande certaines réactions, envisageons l'homicide chez l'*halluciné* et l'*influencé*. L'un et l'autre peuvent tuer par *obéissance aux voix*, voire, plus rarement, chez les *mystiques*, à la *vision*. L'*halluciné de l'ouïe* peut tuer par *réaction immédiate* ; il entend une voix qui l'injurie, tire un coup de revolver et atteint un passant. L'*influencé* peut être conduit à l'homicide par *acte imposé*.

Voyons maintenant dans une seule formule tous les *délires chroniques systématisés*, c'est-à-dire *délires hallucinatoires*, *délires d'influence*, *délires d'interprétation*, *délires de revendication*. Ces aliénés peuvent tuer par *égoïsme* ou par *altruisme*. Parmi les *égoïstes* il faut envisager le *persécuté banal* qui tue le persécuteur quelconque qu'il a cru reconnaître, le *jaloux* meurtrier de sa femme, le *processif* meurtrier du juge, plus souvent de l'avocat, parfois d'un homme politique, l'*érotomane* qui tue l'objet de son culte, l'*hypocondriaque* meurtrier des médecins et chirurgiens (assassinats de Pozzi, Guénard, etc.)

Le *meurtre altruiste* a dans l'histoire des exemples célèbres. Abraham et Agamemnon en ont tiré une certaine considération. J'ai parlé déjà des meurtres altruistes du mélancolique.

Vallon et Génil-Perrin, dans leur important travail (1913) ont rappelé le meurtre altruiste de quelques délirants chroniques.

Le malade de Pinel veut tuer les chrétiens pour les envoyer directement au paradis et commence par son fils.

Emma Georges, citée par Morel d'après Burrons, adepte des méthodistes, pend son jeune frère dans la même pieuse pensée.

Le cocher de fiacre persécuté de Vallon, tue sa fille pour la protéger contre ses persécuteurs.

Parmi les *altruistes*, il convient de faire le départ, avec Heuyer, entre les *délirants* et les *passionnels*, les premiers seuls étant des aliénés, donc des irresponsables.

Ils comprennent les *mystiques*, les *utopistes*, les *anarchistes*, les *régicides*, etc. Là encore d'ailleurs il faut faire une distinction : le fait de donner la mort à un « grand » n'indique pas toujours un but désintéressé, le magnicide peut n'être que le prétexte d'une vengeance personnelle. Il y a en somme parmi les *homicides altruistes*, trois catégories : les *faux altruistes*, les *délirants altruistes* et les *passionnels*. Trois exemples empruntés à l'histoire et qui termineront cette leçon feront bien comprendre les distinctions à établir entre ces différentes variétés.

En 1856, on pouvait voir sur les marches de l'église de la Madeleine un ecclésiastique à la soutane râpée, exhibant une affiche portant en latin les phrases suivantes : « J'avais faim, ils ne m'ont pas nourri, j'avais froid, ils ne m'ont pas couvert. » Il s'agissait de l'abbé Verger, prêtre interdit pour je ne sais quel scandale. Après avoir pendant plusieurs mois protesté, réclamé en vain, auprès de toutes les autorités ecclésiastiques, il donna à sa cause une apparence altruiste en se déclarant contre le Pape qui venait de proclamer le dogme de l'Immaculée Conception et en 1857 il abattait sous le porche de l'église Saint-Etienne-du-Mont, Monseigneur Sibour, archevêque de Paris et ce aux cris de : A bas les idoles, à bas les déesses.

Le 13 février 1820, rue Rameau, à la sortie de l'Opéra, le duc de Berri, neveu de Louis XVIII et héritier présomptif du trône était assassiné. Le meurtrier, l'ouvrier sellier Louvel, est le type du *paranoïaque* ; l'idée du meurtre depuis plusieurs mois avait pris chez lui le caractère obsédant. « Il roulait, écrit Lamartine, une idée trop vaste dans un cerveau trop étroit. »

Il suffit de lire les interrogatoires, le procès, le récit et la mort de Louvel pour être convaincu que ce meurtrier vaniteux, méfiant, paralogique, autoritaire et solitaire, était un délirant. Sa place, la raison d'État mise à part, était à l'asile et non à la place de Grève.

Et voilà que dans une ville normande s'élève la jeune fille d'un de ces gentilshommes libéraux qui ont fait la Révolution dont ils devaient être les premières victimes : elle a lu Montesquieu, Voltaire et Rousseau, elle est éprise du grand mot de Liberté, elle vibre à chaque conquête de la Révolution, souffre de chacun de ces excès ; elle a connu le 10 août, le 3 septembre, le 21 janvier, elle a vu proscrits, traqués, emprisonnés, ces Girondins qui représentent pour elle l'idéal républicain, malgré leur régicide, inutile et imposé : elle a connu à Caen dans leur exil, Pétion encore auréolé de son prestige de maire de Paris, Buzot, tendre amant de Mme Roland : Barbaroux, l'Antinoüs de la Révolution, elle a écouté leurs discours enflammés et le 13 juillet 1793 elle abat l'ami du peuple à quelques mètres d'ici, à l'Hôtel de Cahors, rue des Cordeliers dans une chambre dont l'emplacement correspond au salon de M. le Doyen. Charlotte Corday était elle une délirante ? Non, certes : c'était une passionnelle. « Ce calme imperturbable, dira Chauveau Lagarde, son avocat, pour tout plaidoyer, cette abnégation de soi-même qui ne connaît aucun remords en face de la mort même, ne sont pas dans la nature : ils ne peuvent s'expliquer que par l'exaltation patriotique qui lui a mis le poignard à la main. » Ce n'était pas une délirante, celle qui écrivait à son père au moment de marcher à la mort cette admirable lettre que vous avez pu lire ces jours derniers à l'Exposition de la Bibliothèque Nationale et qui commence ainsi :

« Pardonnez-moi mon cher papa d'avoir disposé de mon existence sans votre permission ».

C'était une passionnelle, et la passion, quelque noble qu'elle soit, n'excuse pas le meurtre, du moins médicalement. Si le Tribunal révolutionnaire qui ne s'embarrassait pas de telles formalités, m'avait désigné comme médecin légiste auprès de Charlotte Corday, malgré toute l'admiration qu'elle m'eût inspirée, je ne l'aurais pas disputée à Sanson pour la confier aux aliénistes ; dédaignant de la conduire à la Salpêtrière, je l'aurais laissée suivre sa destinée vers la Place de la Révolution, lui faisant hommage du vers cornélien qui termine la lettre de cette petite-nièce du grand Corneille : « Le crime fait la honte et non pas l'échafaud. »

Contribution à l'étude du dépistage de la syphilis (importance des antécédents, de l'examen sérologique et neuropathologique).

Par le Prof. **TOPORKOFF** (Irkoutsk, Sibérie).

Les données les plus utiles au diagnostic de la syphilis sont les antécédents, la recherche des signes de spécificité et le résultat de la réaction de B.-W. L'interrogatoire du malade au sujet des antécédents se trouve fortement influencé par le niveau du développement intellectuel du patient, et en général son rôle est insignifiant.

La recherche de signes nets de spécificité ne donne de résultats appréciables qu'à des périodes précoces, quand on peut observer la syphilis en pleine floraison, sans que cependant, il faille oublier les manifestations nettes quoique tardives, telles les lésions osseuses, périostées, etc. Les premières manifestations syphilitiques ayant disparu, le médecin est impuissant de poser le diagnostic de syphilis sans avoir recours aux données des antécédents et à la réaction de B.-W.

Je citerai deux cas caractéristiques déjà cités dans un de mes travaux précédents.

Le malade P. (3/17), âgé de 40 ans, est atteint de paralysie générale avancée. Le B.-W. dans le sang est + + + +. J'envoie le malade chez un spécialiste lui signalant la réaction positive ; le malade me revient avec la réponse suivante du spécialiste : « Pas de signes visibles objectifs, sauf une exostose suspecte au niveau du sternum »...

Le malade R. (8/17) âgé de 38 ans. Paralysie générale B.-W. dans le sang + +. Réponse du spécialiste : « Pas de signes externes objectifs de syphilis »...

L'infection syphilitique passant inaperçue est chose indiscutable.

Une jeune femme se marie avec un syphilitique guéri. Durant seize ans, pour la moindre cause, éruptions, céphalée, etc., elle allait consulter des médecins soulignant à ces derniers le fait que son mari était spécifique. Jamais on ne constata rien de suspect chez cette femme. Elle fit trois séries d'injections mercurielles. Elle a toujours habité des centres universitaires et pouvait consulter des spécialistes éminents. Elle vint me trouver pour inégalité pupillaire, remarquée par elle-même. L'examen fait constater la présence d'un tabès très avancé. La réaction de B.-W. est + +. Or, durant 16 ans d'auto-observation attentive et de surveillance médicale, aucun signe de spécificité n'avait été constaté.

N'oublions point que, bien souvent, la syphilis est, par erreur, diagnostiquée chancre mou.

La réaction de B.-W. joue donc, en vérité, un rôle assez important pour le diagnostic de la syphilis. Mais la pratique

journalière montre que le B.-W. n'a pas le rôle si important qu'on lui a attribué au début. On a nettement établi que, dans 30 à 40 % des cas de tabès, de syphilis cérébrale, la réaction de B. W. était négative. Seul, le public et quelques médecins retardataires peuvent poser le diagnostic de syphilis négative en présence du B.-W. négatif.

Et finalement, on constate que nombreux sont les syphilitiques qui échappent à tous ces moyens d'investigation.

Jusqu'ici, on n'a que peu utilisé l'investigation neuropathologique : les neuropathologistes, étant plus royalistes que le roi, trouvent la syphilis là où les spécialistes de la question ne la diagnostiquaient point.

La base de ce fait est la suivante : la syphilis laisse rarement indemne le système nerveux. Tout au début, on peut déjà remarquer des phénomènes du côté des méninges. Il est difficile de trouver un syphilitique ayant un système nerveux indemne. Les symptômes des lésions du système nerveux au début sont peu démonstratifs. Des manifestations telles que l'inégalité des pupilles, les modifications des réflexes, les ptoses, etc., sont faciles à constater, pour leur développement il ne faut pas une localisation étendue, mais cette localisation de la syphilis doit être précise. C'est de là que survient le malentendu continu entre les neuropathologistes et les syphiligraphes. Les premiers, même avec un B.-W. négatif et des données insuffisantes dans les antécédents, se fondant sur des symptômes du côté du système nerveux, posent le diagnostic de syphilis. Les seconds, ne trouvant pas de signes caractéristiques externes, se fondant seulement sur les prérogatives de leurs suppositions, nient la possibilité de la syphilis. Si le diagnostic n'est point posé de façon certaine grâce à l'investigation neuropathologique, elle fait du moins rechercher avec plus d'insistance la syphilis, elle force à faire l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Je rapporte, ici, un cas tout à fait exceptionnel, rare, où l'investigation neuropathologique fut obligée de capituler.

La malade est une femme de 19 ans, elle a un enfant. En un an, se développe chez elle une quadriplégie progressive (paralysie flasque avec atrophie des extrémités supérieures, paralysie spastique des extrémités inférieures). Le syndrome de Horne montrait de l'anisocorie ; la quadriplégie annulait le rôle des troubles des réflexes et excluait la possibilité de l'examen de la coordination, de la sensibilité.

Rien à signaler dans les antécédents. Le B. W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négatif. La formule albumino-cytologique est celle d'une compression.

Dans ce cas, le diagnostic supposé (pachyméningite cervicale hypertrophique) parle par lui-même en faveur de la syphilis. Le diagnostic définitif fut posé grâce aux multiples dystrophies dentaires (absence des incisives médianes supérieures, aplasie de l'émail).

Le traitement spécifique liquida le processus et affirma le diagnostic de la syphilis congénitale.

Depuis 1917 et jusqu'en 1927, j'ai eu l'occasion d'observer 1.130 cas de syphilis nerveuse examinés au point de vue du B.-W.

Me basant sur ces observations, je voudrais élucider l'importance relative des divers moyens d'examen de la syphilis.

Dans le nombre des 1.130 personnes examinées, il y avait 820 hommes et 310 femmes. Suivant les diagnostics, on divise les malades de la façon suivante :

Paralysie générale	64
Tabes	671
Syphilis cérébrale	167
— psychique	34
— cérébro-spinale	18
— spinale	16
Polynévrite syphilitique	1
Plexite brachiale	1
Névrite faciale bilat. périph.	1
Epilepsie	42
Imbécillité et épilepsie	1
Idiotisme	4
Hystérie	22
Psychasthénie	31
Neurasthénie	2
Migraines	4 (deux ophtalmiques)
Enurésie nocturne	2
Bégayement	5
Tic convulsif	1
Maladie de Raynaud	1
Nanisme	1
Démence précoce	18
Psych. maniaque dépressive	6
Symptômes organiques	67
	1.130

Certains diagnostics par eux-mêmes sans aucun doute démontrent la syphilis. D'autre part, les cas rapportés d'épilepsie, d'hystérie, de démence précoce, etc., sont englobés dans la catégorie de la névro-syphilis en relations avec le complexe caractéristique des symptômes organiques, des antécédents, de la réaction de B.-W., de l'examen des parents et de l'effet du traitement spécifique, etc.

Dans le nombre des 67 cas groupés sous la rubrique de symptomes organiques, il y a 25 cas avec B.-W. positif. Dans les autres cas, le caractère spécifique des symptômes organiques est affirmé par la présence de syphilis dans les antécédents, ou de la syphilis congénitale chez les enfants (avec B.-W. positif) et, dans un certain nombre de cas, par le résultat positif du traitement spécifique ; dans un cas, le diagnostic, posé par l'examen neuro-pathologique et renié par le syphiligraphe, fut affirmé par l'examen anatomo-pathologique (gomme de la langue).

L'expérience apprend à apprécier les symptômes organiques en tant que signe de syphilis.

Malade S., âgé de 42 ans (1915), crises épileptiques, anisocorie modifications des concours des pupilles. Antécédents possibles de spécificité. La réaction de B.-W. est négative. En 1921, le malade meurt de paralysie générale à l'hôpital de Tomsk.

Revenons à notre sujet, commençons par les antécédents. Nous avons des antécédents de 1.091 malades.

1° Dans 236 cas, le malade sait être contaminé (21,63 %).

2° Pas de manifestations subjectives de la syphilis (l'un des conjoints est spécifique ou bien le père) 90 cas (8,25 %).

3° Syphilis négative. Dans les antécédents, chancre mou, blessure, éruptions, etc.) 134 cas (12,28 %).

4° La syphilis est niée dans 631 cas (57,81 %).

Sans nous arrêter sur les détails, signalons seulement le pourcentage très bas des femmes connaissant leur infection. Sur 118 femmes atteintes de neuro-syphilis, avec B.-W. positif, 11 seulement savent être contaminées. Sur 182 femmes ayant un B.-W. négatif, seulement, 10 savent être atteintes de la syphilis.

A la consultation des syphiligraphes, furent constatés 212 cas de neuro-syphilis.

I groupe : l'examen syphiligraphique constate la présence de syphilis sans aucun doute dans 25 cas (11,79 %).

II. groupe : la syphilis est possible, on la suspecte, on recommande le traitement spécifique dans 74 cas (34,91 %).

III. groupe : syphilis non constatée, 113 cas (53,30 %).

Dans 212 cas l'examen neuro-pathologique est concluant à syphilis (ce qui présente 100 %).

Notons les conclusions des syphiligraphes : « Une infection quelconque »...

« Impossible de dire quelque chose de précis au sujet de la syphilis »....

« Cicatrice au niveau du prépuce ; adénite insignifiante, il serait utile de pratiquer le B.-W.... » (ce dernier donna ++).

« Il serait intéressant d'avoir votre opinion au sujet du système nerveux

« Il serait bon d'examiner le liquide céphalo-rachidien... »

« Si vous trouvez le tabès, le traitement est indispensable... »

Les trois dernières formules rapportent toute la responsabilité sur le neuropathologique.

Le cas suivant est très caractéristique, le syphiligraphe ne trouve pas d'indications en faveur de la syphilis chez la malade M. A. après son diagnostic de tabès (crises gastriques), il répond : « Pas de signes extérieurs typiques, mais il y aurait certaines indications en faveur de la syphilis...

Je rapporte quelques exemples :

Malade S., âgée de 30 ans. Tabès. Syphilis négative. La réaction du liquide céphalo-rachidien N-A positive, la réaction de Pandy positive. Le syphiligraphe ne trouve pas de signes de syphilis.

Malade âgée de 17 ans, psychasthénie. Symptômes organiques. B.W. positif. Le père du malade est atteint de paralysie générale. Le syphiligraphe ne constate pas de signes de syphilis.

Malade, âgé de 45 ans. Symptômes organiques. La syphilis est niée par le malade. La réaction de B.-W. est ++. L'examen du syphiligraphe est négatif.

Malade de 40 ans. Tabes incipiens. Il y a de cela 20 ans, aurait reçu une série de 60 injections mercurielles pour ulcère suspect. En 1912 et 1919 le B.-W. fut négatif. Les spécialistes consultés ne trouvèrent aucun signe positif.

Malade âgé de 35 ans. Paralysie générale. B.-W. ++++. Dans les antécédents personnels, chancre. Aurait eu 18 injections mercurielles. Le spécialiste ne trouve aucun signe.

Malade âgé de 34 ans. Il y a 10 ans, un neuropathologue lui aurait prédit une psychose possible. Dix ans après, en présence de tabès dépeloppé, on ne trouve pas de syphilis clinique.

Malade âgée de 64 ans. Il y a 31 ans, fut contaminée par son mari (ce dernier succomba à la paralysie générale). Suivit le traitement durant un an. Jamais rien constaté par les spécialistes. Maintenant présente des manifestations nettes de tabes.

Malade âgé de 49 ans. Mari mort de paralysie générale. Eut recours à des spécialistes connus de Leningrad et de Moscou. Jamais rien de suspect ne fut constaté. Fit 8 séries d'injections mercurielles. Actuellement tabes.

Malade âgée de 46 ans. A 18 ans, syphilis. Tabes. B.-W. négatif. Deux spécialistes consultés ne trouvèrent pas de syphilis. Le malade vient consulter pour impotence ; ne dit rien de ses antécédents ; un médecin de province à qui la malade avait parlé de syphilis prescrit le traitement spécifique.

Malade âgé de 27 ans. Psychasthénie. Dystrophies, sysmptômes organiques. Nie la syphilis. Syphilomanie. Le malade fait un examen de sang qui donne un B.-W. +++.

Malade âgé de 32 ans. A 17 ans, fut à Paris, où il a un « chancre mou ». Ne fut pas traité. Se plaint de troubles cardiaques. Le B.-W. est négatif. L'examen neuropathologique (inégalité des pupilles, modification des réflexes), pose le diagnostic de syphilis indiscutable. Les médecins soignèrent le malade pour une névrose cardiaque. Les chirurgiens voulurent pratiquer l'opération pour angine de poitrine. Les syphiligraphes nient la syphilis. Le malade est mort de paralysie du cœur. L'autopsie fait constater de l'endartérite oblitérante des vaisseaux du cœur et une gomme de la langue.

Malade âgée de 34 ans. Tabès. La syphilis est niée. La malade est suivie depuis quelque temps par un professeur, qui, à la dernière consultation, constate une éruption; il pose le diagnostic de syphilis. Un spécialiste consulté dit : « Pas de syphilis ». Le B. W. est +++ Ici l'examen du médecin et du spécialiste ne donne rien de nouveau le diagnostic se pose de lui-même grâce à l'examen neuropathologique.

On voit que le diagnostic neuropathologique de syphilis fut admis pleinement par les syphiligraphes dans 25 cas (11,79 %).

Le diagnostic possible de syphilis fut posé par les spécialistes dans 74 cas (34,91 %).

Dans 113 cas, l'examen des syphiligraphes ne fut pas d'accord avec les données reproduisant les rapports entre l'investigation neuropathologique et sérologique sont les suivantes : 1.130 cas (100 %) furent examinés au point de vue neuropathologique, sur ce nombre un B.-W. positif dans 480 cas (352 hommes et 128 femmes), un B.-W. négatif dans 650 cas (468 hommes et 182 femmes) ce qui donne d'après le B.-W. 42.48 % de syphilis. Dans certains cas le B.-W. positif fut trouvé dans le liquide céphalo-rachidien, étant négatif dans le sang. Chez certains autres le B.-W. fut tantôt positif, tantôt négatif.

Les données des antécédents permirent de constater la syphilis dans 236 cas sur 1.091, c'est-à-dire dans 21,63 % des cas ; l'examen syphiligraphique, dans 25 cas sur 212, c'est-à-dire dans 11.479 % des cas ; la réaction de B.-W. dans 480 cas sur 1.130, dans 42,48 % des cas.

Il va de soi que les malades plus cultivés auraient élevé la valeur des données obtenues des antécédents. Dans nos observations on les évalue à 42,16 %, si, aux cas où la syphilis est nette d'après les antécédents, on ajoute les cas où elle présente quelques doutes (mari, père, spécifique, chancre mou).

Il faut admettre la grande valeur du chancre mou dans les antécédents des syphilitiques.

Admettons que le résultat de l'investigation syphiligraphique dépend de la mentalité des malades (symptômes organiques, démence précoce, épilepsie, paralysie générale, tabès, syphilis cérébrale).

Il faut rendre justice aux syphiligraphes que, bien souvent, ils dépistent la syphilis dans des cas bien délicats neuropathologiques. Mais aussi, souvent, ils négligent ces cas nets de neuro-syphilis (P. G., tabès, etc) affirmés par le B.-W. positif et par les antécédents.

Si on ajoute aux 25 cas où la syphilis fut constatée par les syphiligraphes les cas où la syphilis est considérée comme étant probable, possible, etc., alors le nombre de cas de syphilis diagnostiqués par les syphiligraphes monte à 46,70 %.

Je considère indispensable d'indiquer que la compétence des syphiligraphes qui consultèrent avec moi est hors de doute.

Le contingent des malades a un rôle indiscutable pour le nombre des réactions positives de B.-W. Le clinicien peut prévoir le % des réactions positives et négatives envoyant pour l'examen de laboratoire les malades ayant des signes nets de neuro-syphilis ou étant atteints de syphilis congénitale.

Les deux groupes donnent toujours un nombre considérable de malades dont la réaction ne donne pas de diagnostic.

Tout ce qui vient d'être dit au sujet des observations envisagées démontre le rôle insignifiant des données recueillies par les antécédents, par l'examen syphiligraphique et la réaction de B.-W. pour le diagnostic de syphilis.

Et pourtant on se base sur les critères universellement admis pour décider des questions : 1° le malade est-il atteint de syphilis ? ; 2° a-t-il besoin du traitement spécifique ? ; 3° peut-il se marier, etc.

Dans les observations rapportées, on voit de nombreux cas où la syphilis fut découverte seulement grâce à l'investigation neuro-pathologique. Rappelons le cas le plus net où la syphilis ne fut dépistée ni grâce aux antécédents, ni grâce au B.-W., ni grâce à l'examen syphiligraphique, où les médecins et les chirurgiens furent impuissants, et où, seulement, l'investigation anatomo-pathologique affirma le diagnostic des neuropathologistes, nié par tous, de neuro-syphilis.

Nombreux sont les cas où le traitement syphilitique fut repoussé rien que sur les bases de la réaction de B.-W. négative, qui, après le traitement, devenait nettement positive traitement institué par les neuropathologistes.

Ayant éliminé la syphilis, on pratique aux malades la laparatomie pour ulcère, appendicite, qui, bien souvent n'existent point ou on leur prescrit des cures dans les villes d'eaux.

Un rôle encore plus important joue l'investigation pour recherche de syphilis dans des districts, des groupes d'habitants, des diverses populations.

Des chiffres imprécis se trouvent à la base de ces statistiques sur le traitement et la prophylaxie de la syphilis de la lutte contre ce fléau.

L'investigation neuropathologique est rarement considérée comme étant indispensable, on n'emploie pas l'examen du liquide céphalo-rachidien (examen pratiqué au moins dans la moitié des cas envisagés dans ce travail).

Il va de soi que toutes les méthodes de dépistage, y compris la plus puissante, l'investigation neuro-pathologique, dans leur ensemble ne permettent point dans certains cas de nier la syphilis. Dans de tels cas est nécessaire l'examen de toute la famille du malade, des examens répétés du liquide cérébro-spinal, des réactions de B.-W. multiples, le traitement spécifique réactivant, etc...

Conclusions : 1° Chaque cas suspect de syphilis doit être examiné à tous les points de vue.

2° On ne peut nier la syphilis sans avoir pratiqué l'examen neuropathologique.

3° Le syphiligraphe doit connaître au moins de façon élé-

NOUVELLES

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 15 octobre 1928, à 14 h.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de services.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage), de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., du lundi 10 septembre au samedi 22 septembre inclus (sauf dimanches et jours fériés.)

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté etrevêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr DEZAC-DERECQ (de Paris.)

Au grade de chevalier. — MM. les Drs LIÉNARD (de Pont-de-Beauvoisin), MENDEL et PAPILLON (de Paris.)

La double Croix rouge insigne internationale de la lutte contre la tuberculose adaptée par 35 nations. — En 1912, à la conférence internationale de la Tuberculose, à Berlin, le Dr G. Sersiron (de la Bourboule) proposa la croix de Lorraine comme emblème international contre la tuberculose.

Cette croix est celle que, partant aux croisades, Godefroy de Bouillon fit broder sur ses étendards.

Comme il s'agissait d'une nouvelle croisade, l'emblème fut accepté.

Aujourd'hui, 35 nations ont adopté l'idée du Dr G. Sersiron.

Malheureusement les dessinateurs ont souvent déformé la double croix, par fantaisie.

L'idée de la croix de Lorraine comme emblème contre la tuberculose, idée doublement française, presque universellement adoptée, a fait le tour du monde. (*L'Animateur des Temps nouveaux*).

Congrès des médecins neurologistes et aliénistes. — Le Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de France et des pays de langue française, qui vient de tenir sa session annuelle à Anvers (Belgique), a élu le professeur ABADIE vice-président de la session de 1929, qui se tiendra à Barcelone (Espagne), et président de la session de 1930, qui se tiendra à Alger.

Les indésirables « Misérables ». — Les prisons anglaises avaient toutes dans leurs bibliothèques plusieurs exemplaires des « Misérables » et les détenus demandaient souvent et longtemps l'œuvre de Victor Hugo.

Or, des inspectrices des prisons anglaises ont récemment déclaré qu'elles jugeaient ce « roman » immoral et qu'il serait à l'avenir proscrit des bibliothèques.

Cosette, Jean Valjean, Javert, déclarés indésirables ! Qui l'eût pensé !

Des tableaux peints par des fous authentiques. — Il y a quelque temps, la Galerie Vavin nous a offert une exposition des plus intéressantes : Une exposition de tableaux peints authentiquement par des fous.

Celle-ci était organisée et présentée par le Dr A. Marie.

Le médecin en chef de l'Asile Saint-Anne, fait judicieusement remarquer que les aliénés qui barbouillent de la toile ont les mêmes tendances que certains peintres « qui estiment posséder les bases de l'art de demain ». Un même idéal ou — si vous préférez — un même délire les inspire.

Telle école ultra-moderne a sa succursale... ou son inspiration... à l'asile.

Voilà dit *L'Animateur des Temps nouveaux*, du point de vue médical, d'édifiantes constatations du Dr A. Marie.

mentaire la neuropathologie et les méthodes d'investigation du système nerveux.

4° Sans examen neuropathologique, des examens généraux de certains groupes de la population quant à la syphilis ne peuvent donner une notion exacte au sujet de sa fréquence.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Mon ami le chimiste mélomane. — Une Société d'amateurs de musique : la Trompette. — Déplorable début dans la carrière des concours.

Dans le service de Guyon, je fis la connaissance d'un des hommes les plus attirants que j'aie rencontrés au Quartier latin, Arthur Henninger, futur agrégé de chimie à la Faculté de médecine (sa thèse sur les *peptones* a fait époque), enlevé prématurément à la science en pleine maturité. Il venait à Necker terminer son stage pour avoir le diplôme de docteur en médecine.

D'une taille élevée, mais mince, blond, avec des traits réguliers et fins encadrés d'une barbe frisottante, des regards francs et bienveillants, de manières simples et courtoises, il me plut d'emblée et nous primes l'habitude de faire route ensemble, en revenant de la rue de Sèvres jusqu'à l'Odéon où nous nous séparions pour gagner nos restaurants respectifs.

Il prenait ses repas à la pension Laveur, dans l'étroite rue des Poitevins. Ce restaurant d'habitués passait pour le plus sélect du quartier ; outre que la cuisine y était « de famille », avec potage provincial même à midi, tout le personnel appartenait à une même famille et s'acquittait de son service avec ponctualité et une certaine familiarité cordiale, sous la surveillance d'une tante âgée qui siégeait à la Caisse et que les habitués appelaient, je crois, tante Rose.

Cette pension avait vu passer au cours de leurs études bon nombre de célébrités futures de la politique, notamment Gambetta ; le crédit s'ouvrait assez aisément après renseignements repris sur l'avenir probable des clients.

Chemin faisant, j'appris peu à peu l'histoire de ce jeune chimiste, plus vieux que moi de quelques années. Sa famille était d'origine allemande (Wurtemberg, Hesse ou Bade; je ne me souviens plus) ; en 1866, après le triomphe de la Prusse, ayant autant d'éloignement pour l'esprit prussien qu'Henri Heine, elle préféra s'expatrier. Arthur termina ses études à Strasbourg, se fit naturaliser français, étudia la chimie sous Würtz qui lui confia la fonction de secrétaire de la rédaction du Dictionnaire de Chimie, dont il était le directeur, et celle de chef de son laboratoire à la Faculté.

Ce jeune savant, déjà si apprécié par les maîtres de la science, était d'une rare modestie et ne parlait de lui-même que le moins possible, mais s'intéressait très vite aux affaires et aux goûts de ses camarades. Un jour qu'il m'avait invité à déjeuner à sa « boite », la conversation tomba sur la musique ; quand il sut que j'étais un fervent auditeur des concerts Pasdeloup, il me proposa de me présenter à un groupe d'amateurs de ses amis, qui, par l'initiative d'un professeur de chimie à l'Ecole polytechnique, mélomane au plus haut degré, nommé Lemoine, avait constitué une Société de musique classique, sous le vocable imprévu de « La Trompette » par manière d'antiphrase et d'ironie. Peut-être y avait-il aussi dans le choix de ce nom un souvenir du temps où Lemoine, encore élève, organisait déjà avec ses camarades des manifestations musicales et avait-il réellement joué de ce tube en cuivre.

La proposition m'agréa d'autant plus que la cotisation était minime et que le milieu mi-artistique, mi-scientifique où j'allais être introduit répondait à mes goûts.

L'orchestre ne comprenait que les instruments à cordes du quatuor classique, auxquels s'adjoignait de temps à autre un des pianos d'Erard, dans les ateliers duquel la Société recevait deux soirs par mois une hospitalité gratuite.

La Trompette, instrument symbolique du bruit et de la réclame, ne figura que plus tard, dessinée à l'angle des programmes, quand la Société fut assez riche pour en faire imprimer, et cela n'arriva que plusieurs années après mon admission. Pourtant il advint qu'alors Saint-Saëns composa, en l'honneur de la Société, un morceau spécial avec une partie de trompette, qui fut exécuté dans le local de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, où se transporta le groupe des adhérents, devenus trop nombreux pour l'atelier Erard.

A l'époque où j'y entrais, le 1er violon était tenu par l'admirable Marsick, alors peu connu du grand public ; l'alto était Benjamin Godard, futur compositeur du « Tasse », Grand Prix de la Ville de Paris, qui a été enlevé à l'aurore de la gloire ; le violoncelle était Delsart, qui fut aussi célèbre à son tour. Le piano était tenu tantôt par Raoul Pugno, tantôt par Diémer.

Quelle rare réunion de talents ! C'était Lemoine qui les recrutait *amicalement* ; leur concours était gratuit et l'amour seul de la grande musique les amenait dans ce milieu où ils se savaient appréciés à leur valeur.

Les jours de réunion, on voyait arriver par petits groupes dans les ateliers de la maison Erard, rue Montmartre, de grands savants comme les chimistes Wurtz, Friedel, leurs élèves devenus plus tard des maîtres à leur tour, Henninger, Hanriot, Œchsner de Coninck, des mathématiciens comme Appel, des historiens comme Gabriel Monod, et de simples étudiants. Tout ce monde sans façons, animé par la grosse gaité et les fréquents écarts de langage de l'organisateur, venait en costume de travail. Lemoine était le plus souvent désigné par ses amis par le surnom de A. U. (prononcé Hahu) qui le suivait depuis son entrée à Polytechnique (je n'ai jamais su pourquoi).

Pendant l'exécution des morceaux (les grands quatuors de Beethoven, le quintette de Schumann, etc.), le recueillement des auditeurs était vraiment religieux. Les pupitres seuls des musiciens étaient éclairés ; dans la pénombre des ateliers se voyaient à peine les carcasses des pianos en construction ; sur le sol traînaient des débris de cordes métalliques et de drap pour les marteaux ; une odeur de vernis se mêlait à celle de la poussière. Ce tableau m'a tellement frappé que, chaque fois que j'entends certains morceaux de musique de chambre, je n'ai qu'à fermer les yeux pour revoir l'aspect singulier des séances de la première Trompette. Plus tard, à la Société d'Horticulture, ce n'était guère plus qu'un grand concert privé où les nombreux assistants étaient reçus à l'entrée par Lemoine, qui distribuait poignées de mains et programmes aux arrivants.

Mais à l'époque Erard, après le dernier morceau, sur les onze heures, on entendait, au milieu des cris des camelots sortant des imprimeries de la rue du Croissant, des « hahu, hahu » et certains amateurs, ralliés par ce cri un peu sauvage, pénétraient dans une brasserie voisine pour y déguster la soupe à l'oignon au fromage, la choucroute et la bière d'Alsace, dans l'enthousiasme des chefs-d'œuvre entendus. Lemoine, dont la voix rauque couvrait tous les autres bruits, lançait aux garçons des calembours effroyables, tels

(1) Voir le n° du 11 août.

que fromage de livre de messe pour fromage demi-sel, etc. ! Puis, on se séparait en se disant au revoir, à quinzaine.

Ceux du Quartier latin regagnaient à pied la rive gauche, en flânant, se reconduisant les uns les autres et poursuivant leurs discussions musicales, scientifiques ou politiques en péripatéticiens noctambules. Henninger, qui demeurait rue Daguerre, là-bas, là-bas à Montrouge, et moi, alors rue Gay-Lussac, nous restions les derniers, ayant semé tous les autres à leurs domiciles respectifs. Alors, dans des conversations *de omni re et quibusdam aliis*, j'ai pu apprécier toute la beauté de cette intelligence et la noblesse de ce cœur, que j'ai eu la douleur de voir se glacer quelques années plus tard.

Que de bons conseils il me donna pour la marche ultérieure de mes études et que je n'ai pas toujours suivis ! C'est à lui que je dois le peu de chimie pratique que j'ai su ; il m'ouvrit le laboratoire de Wurtz et m'initia aux manipulations les plus nécessaires en clinique.

Une méningite tuberculeuse sous la forme classique, avec sa marche implacable, sa période de rémission trompeuse, nous l'enleva ; tour à tour, ses amis intimes le veillaient ; à son chevet défilaient nos plus grands chefs ; j'ai vu les larmes couler sur les joues du doyen Vulpian. Le malade, conscient de sa fin prochaine et résigné, étreignait nos mains silencieusement jusqu'à l'heure du coma final. Ce souvenir est un des plus poignants de ma jeunesse et je m'y suis attardé avec une satisfaction mélancolique ; car, parmi tant d'amitiés précieuses que la vie m'a apportées et que la mort m'a presque toutes arrachées, il n'en est aucune dont je me sois senti plus fier.

* * *

Après avoir passé six mois dans le service de Guyon, il me fallait reprendre le stage médical ou plutôt, comme me le conseilla mon maître, concourir pour l'Externat. Je suivis son conseil et m'en serais bien trouvé, si . . . ma destinée n'avait pas été de trébucher souvent par maladresse à l'entrée du bon chemin.

Le concours pour l'externat est de ceux auxquels à peu près tous les étudiants réussissent dès la première fois, le nombre des candidats étant — du moins à cette époque — de très peu supérieur à celui des places vacantes. Encore fallait-il faire jusqu'au bout les deux épreuves orales sur des sujets en général faciles et mes connaissances en anatomie, petite chirurgie et pathologie élémentaire étaient certainement suffisantes. Mais presque tous mes lecteurs savent, pour y avoir passé, que les candidats, en attendant l'épreuve, sont enfermés successivement dans deux pièces, la première avec leurs compétiteurs de la même séance, d'où ils sont extraits tour à tour au hasard du tirage au sort, pour être introduits isolément dans un autre petit local, où ils trouvent les questions écrites sur lesquelles ils ont dix minutes à réfléchir, en prenant ou non des notes, avant de comparaître devant le jury.

Ayant eu la mauvaise chance d'être un des derniers à passer dans cette séance, je fus peu à peu envahi dans l'attente anxieuse par un «trac» progressif avec tout son cortège de réactions sudorales vésicales et nerveuses, tant et si bien que, quand je fus isolé à mon tour, j'étais cérébralement inhibé aux trois quarts. Mais je savais les questions, ô joie ! Je prends des notes fébrilement, j'en prends trop même : quand la porte s'ouvrit et que l'appariteur me donna le signal du combat, je n'avais pas même achevé mon plan pour la première question. Ce contre-temps ramène ma terreur et j'entre plus mort que vif dans l'amphithéâtre, où je vois (comme à travers un nuage) le jury sur l'estrade, un nombre assez imposant d'étudiants sur les gradins et entre les deux la petite plate-forme assez étroite sur laquelle se trouvent, comme chacun sait, une chaise, une petite table couverte d'un tapis de drap vert et une pendule, qui marque les dix minutes réglementaires accordées au candidat pour traiter ses deux questions.

Je m'avance, les jambes flageolantes, je monte sur l'échafaud : le président prononce le sacramentel « Vous avez la parole ! » et l'appariteur appuie sur le déclic de la pendule, qui sonne et devra sonner de nouveau dix minutes plus tard pour me couper la parole.

Je m'étais assis avec précipitation tout à fait sur le bord de la chaise ; peu à peu les pieds de derrière de celle-ci se soulevèrent, tandis que, le corps penché sur la table et les yeux rivés sur mes notes, je commençais à exposer la première question. Cela n'allait pas trop mal. Hélas ! au bout d'une ou deux minutes, je m'embrouille dans mes notes, je pense avoir dit une erreur ; je balbutie en levant les yeux vers mes juges et, me voyant le point de mire des leurs, je m'agite désespérément sur ma chaise : celle-ci glisse en arrière et je m'effondre ; me sentant tomber, je m'accroche désespérément au bord du tapis et j'entraine dans ma chute tapis et pendule ! — Explosion de fou-rire dans l'amphithéâtre. Je me relève aussitôt et m'enfuis éperdu, sans écouter les objurgations de l'appariteur et des juges.

Je descends précipitamment l'escalier du bâtiment de l'Assistance publique et, après avoir erré quelques minutes inconsciemment, je vais échouer dans une brasserie du voisinage, mourant de soif, ... mais soulagé d'un poids immense.

— Je n'ai jamais su si j'avais détraqué la pendule. L'A.P. ne m'a pas réclamé d'indemnité.

Je me promis bien de ne plus jamais affronter un concours — et je me suis tenu parole . . . ., pendant cinq ans.

Pourtant, il était écrit sur le Grand Rouleau du Destin, mentionné si souvent par Diderot dans *Jacques le Fataliste*, que je reparaitrais un jour dans l'arène de l'avenue Victoria et qu'en 1878 je commencerais, sérieusement et cette fois sans émotion — apparente — l'escalade des concours hospitaliers jusqu'à la plateforme du Bureau Central. Résultat de mon faux départ : cinq ans de retard sur mes contemporains.

Mais, direz-vous, vous aviez donc guéri de votre timidité ?

Je n'en suis pas certain ; je l'avais du moins refoulée, comme dit Freud, dans l'arrière-fond de mon subconscient, ou je l'avais camouflée sous un masque d'aplomb bien conditionné et lentement façonné.

Vous allez savoir comment, si ce petit point de psychopathologie vous intéresse.

L'agent de ma transformation psychique fut l'enseignement privé et public, longuement poursuivi devant des auditoires variés. Mon ancre de salut dans le naufrage de mes aspirations médicales fut une Association d'instruction populaire fondée à Paris vers 1874 sous le nom d'*Union française de la Jeunesse*.

(*A suivre.*)

Paul LE GENDRE.

Les villes sont le gouffre de l'espèce humaine. Au bout de quelques générations, les races périssent ou dégénèrent ; il faut les renouveler, et c'est toujours la campagne qui fournit à ce renouvellement

J. J. ROUSSEAU.

MÉDECINE MILITAIRE

L'état sanitaire de l'Armée d'Orient [1]

(campagne 1915-1918)

Par le Dr **Pierre WEISGERBER** (de Colmar).

On eût été bien étonné si, en 1914, on avait prédit qu'une guerre franco-allemande devrait avoir d'autre théâtre que celui de nos frontières et que sa solution devrait être cherchée ailleurs.

C'est cependant ce qui est arrivé.

Vous savez dans quelles conditions s'est formée l'Armée d'Orient. Entraînée à la suite de la marine anglaise qui se faisait fort de forcer les Dardanelles et qui, n'y ayant pas réussi, avait fait appel à l'armée de terre, une petite armée française fut jetée à Sed ul Bahr, à la pointe de la presqu'île de Gallipoli en même temps qu'à Kum Kaleh sur la côte d'Asie.

Vous vous rappelez quelles furent les suites désastreuses de cette tentative.

Pendant ce temps l'armée serbe, après de brillants succès, cédant au nombre, était repoussée par les Austro-Allemands.

La 152e division, suivie bientôt par la 122e, sous le commandement du Général Bailloud, était envoyée à leur secours en octobre 1915, mais trop tard pour pouvoir agir utilement. Elles provoquèrent cependant une heureuse diversion et, attirant sur elles toute l'armée bulgare, réussirent à repasser la frontière grecque, pendant que les débris de l'armée serbe gagnaient la côte de l'Adriatique par les montagnes d'Albanie.

Je ne vous parlerai pas de l'armée serbe que je n'ai vue qu'après reconstitution dans ses camps de Salonique parfaitement réorganisée et rééquipée et ne présentant plus traces de ses souffrances. Il y aurait cependant un sujet intéressant à traiter sur son état sanitaire à Corfou et les efforts français pour remettre sur pied ces bandes affamées et décimées par le typhus.

Les deux divisions françaises virent avec quelque étonnement leurs poursuivants s'arrêter à la frontière grecque. Laissant des éléments dans cette région, elles gagnèrent Salonique en novembre 1915 pour y travailler au plus formidable camp retranché qu'on ait créé pendant la guerre. Elles furent le noyau de l'Armée d'Orient.

La vie fut assez longtemps paisible, troublée seulement par des incursions aériennes dont l'une se termina tragiquement pour un zeppelin trop entreprenant. A l'inverse de ce qui se passait sur le front de France, la maladie domina la blessure.

On a reproché au commandement son manque de prévoyance et l'oubli des expériences douloureuses de la campagne de Madagascar.

Le service de santé était cependant sur ses gardes et il faut comprendre à sa décharge que les troupes furent envoyées en quantités considérables dans des conditions d'urgence qui ne permettaient pas une longue préparation.

Il fallait compter aussi avec la mentalité du soldat français qui admet difficilement de se soumettre à des mesures exceptionnelles lorsqu'il n'en a pas compris l'intérêt.

Il fallait enfin compter encore avec l'inexpérience de beaucoup de médecins qui, arrachés brusquement à leur clientèle métropolitaine avaient peu de pratique des maladies exotiques qu'ils allaient avoir à combattre. C'était une véritable campagne coloniale qu'il fallait monter de toutes pièces car, en Macédoine, tout était à créer.

Le service de santé, dans sa prévoyance, avait prescrit la vaccination copieuse avant embarquement de tous les hommes contre la fièvre typhoïde, le choléra et la variole.

Puis les troupes partaient pour Marseille ou Toulon où elles attendaient un départ.

Les cargos partaient en convoi et après l'embarquement ils attendaient souvent plusieurs jours sur rade que la marine donnât l'ordre de départ après s'être assurée que la route était libre. L'attente dans ces conditions était très pénible pour la troupe.

Les privilégiés, et j'en ai été, partaient sur des croiseurs auxiliaires. C'étaient des transatlantiques peints de gris guerre et armés de quelques canons assez inoffensifs. Leur principale sécurité était dans leur vitesse. On partait seuls à la grâce de Dieu.

Vous dire que c'était confortable serait exagéré, car on bourrait ces navires autant que faire se pouvait.

Il y avait des hommes étendus dans tous les corridors, sur les marches d'escaliers, dans les salons. Les chevaux étaient attachés en ligne sur les ponts promenade et empêchaient toute circulation. Tout cela tous hublots fermés ce qui ne rendait pas l'atmosphère d'une pureté parfaite. La traversée durait trois ou quatre jours ; les plus favorisés touchaient Bizerte, Malte, Alexandrie pour enfin gagner Salonique.

Je n'ai pas eu cette chance et si nous passâmes en vue de la Sicile et de la Tunisie ce fut sans arrêt.

Après quelques émotions sous-marines, vaines d'ailleurs, et quelques exercices de sauvetage qui n'auraient eu que peu de chances de succès en cas de sinistre, ainsi que le montra le naufrage de la *Provence*, nous entrâmes dans la mer Egée. De nombreuses patrouilles de torpilleurs nous faisaient prévoir une arrivée prochaine.

Le golfe de Salonique dominé par le vieil Olympe est d'une réelle beauté. La ville qui en occupait le fond s'étageait d'une façon très pittoresque. Je parle au passé parce que l'incendie de 1917 en a supprimé le plus intéressant, les vieux quartiers de bois ayant disparu.

La rade était couverte d'innombrables bateaux de guerre de toutes tailles qui inspiraient un sain respect.

Mais la contemplation poétique durait peu ; d'autant qu'à cette époque, je parle de décembre 1915, la saison des pluies battait son plein. Les bateaux étaient déchargés aussi rapidement que possible sur l'unique appontement réservé aux Serbes et qu'il fallait dégager immédiatement. Les troupes gagnaient leurs emplacements réservés dans les environs immédiats de la ville. C'est alors qu'il fallait se débrouiller pour trouver l'endroit propice où déployer sa tente.

Le bled réservé, piétiné par des milliers d'hommes et d'animaux, était transformé en un immonde cloaque où il fallait s'installer dans la boue, sous l'œil narquois des troupes grecques qui, à cette époque ne nous étaient rien moins que favorables. Elles ne se montraient aimables que pour boire notre vin ou manger notre pain et profitaient de toutes les occasions pour nous barboter ce qu'elles pouvaient.

La traversée des faubourgs de Salonique nous avait inspiré des réflexions peu avantageuses sur les conditions d'hygiène qui y étaient observées.

Les environs du port n'étaient pas pavés et les rues étaient de véritables bourbiers où les voitures enfonçaient jusqu'à l'essieu. Les indigènes y pataugeaient avec délices et les enfants y puisaient avec joie tous les détritus que nous y laissions tomber.

Partout des fumiers, des tas d'immondices, quand ce n'étaient pas des débris d'abattage qui pourrissaient sur place. La voirie était complètement inconnue à cette époque et abandonnée aux chiens et aux charognards, gros oiseaux, bas sur pattes, sorte de gypaètes.

Le premier contact avec la terre macédonienne exigeait donc immédiatement des mesures d'hygiène sérieuses.

Les troupes ne faisaient que passer dans les camps provisoires, puis elles se rendaient dans leurs secteurs définitifs où elles devaient s'organiser. On vit s'édifier de véritables villages, villages en partie souterrains. Les emplacements les plus propices étaient à flanc de ravin ; il n'y avait qu'à entailler, à couvrir la fouille de tôle ondulée appuyée sur quelques rondins. L'intérieur des cagnas les plus chics était tapissé de nattes en roseaux faites dans le pays. On finissait par être très confortable.

Le médecin avait à surveiller l'installation des latrines, des fours pour l'incinération des ordures, des douches, de l'évacuation des eaux usées. Les bidons de pétrole nous furent d'un précieux secours et l'ingéniosité des hommes en tira des ressources insoupçonnées. En même temps on creusait les tran-

(1) Conférence faite le 21 janvier 1928 aux officiers de réserve de Colmar.

chées on établissait les réseaux de fils de fer et les positions de batteries.

A l'est et à l'ouest de la ville on édifia des hôpitaux en partie sous tentes et sous baraques. Il n'y avait au début comme hôpital fixe que l'unique hôpital français de Salonique aux ressources très limitées. Il ne pouvait contenir que peu de malades et n'avait qu'un personnel de quelques religieuses très dévouées, mais insuffisantes.

Je ne dois pas oublier l'hôpital Princesse Marie, créé par une de nos compatriotes, la princesse Marie de Grèce, fille du prince Roland Bonaparte. Il fonctionna jusqu'à la fin de la guerre et tous ceux qui y ont passé en ont gardé un souvenir reconnaissant.

Il y avait encore les navires hôpitaux, tout blancs avec une large bande verte et la nuit une ceinture de feux rouges. Le paquebot *Ch. Roux* était le modèle du genre ; équipé par la Croix-Rouge, c'était presque un navire d'exposition, un bateau hôpital pour parlementaires en quête d'information. Il était si beau qu'on hésita à lui faire faire des voyages, il restait en rade et l'état de la mer ne permettait pas toujours d'y accoster.

Si vous voulez savoir une idée de ce qu'était Salonique à cette époque, lisez *Salonique sous l'œil des dieux*, de José Frappa. Cela vous amusera et vous donnera une idée très exacte des mœurs de ses habitants. Mais Salonique était l'arrière et ceux qui y vivaient étaient des privilégiés ; nous autres blédards, nous n'en goûtions guère les charmes.

Les travaux de retranchement nécessitèrent des routes et des conduites d'eau par kilomètres. La quantité de terre remuée fut tout simplement prodigieuse et on demeure confondu lorsqu'on pense que tout le matériel nécessaire depuis la tôle ondulée jusqu'au moindre rondin, sans parler du bois de chauffage, était importé de France.

Pour vous donner une idée de l'effort qui fut fait, je vous dirai que de décembre 1915 à mars 1917, on posa 57 kilom. de canalisations, on fora 13 puits artériens sur la route de Sérès on creusa des puits sans nombre et on installa des machines élévatoires pour une consommation journalière de 1650 à 1800 mètres cubes d'eau.

Les travaux les plus curieux furent ceux de l'Hortiach, qui permirent d'amener 1200 mc. d'eau au quartier des Campagnes ; on y trouva la trace fort curieuse de travaux romains.

La partie de la Macédoine comprise entre le Vardar à l'ouest, la Strouma à l'est, la falaise du Beles au nord et le golfe au sud est une plaine plate entrecoupée de profonds ravins semblables aux oueds africains au fond desquels coule un mince filet d'eau ; de-ci, de-là des tumuli assez élevés sur l'origine desquels on n'est pas fixé. Aucun arbre.

Sur la rive droite du Vardar, au contraire, le pays est boisé cultivé et régulièrement habité, la rive gauche étant déserte. Pas de cultures, des pâturages d'herbe épaisse où circulaient des troupeaux de moutons, d'ânes et de chevaux gardés par des molosses à longs poils blancs et des bergers revêtus d'une pèlerine de feutre très épais. Pas de villages, des ruines. La rare population est nomade : ce sont des individus grands, maigres, au teint jaune. On attribue généralement à la guerre le délabrement de ce pays et c'est un fait que la guerre y régna à l'état endémique, guerre entre peuples ou incursions de bandes de comitadgis, mais il faut aussi se rappeler que la Macédoine est le réservoir du paludisme en Europe et ce fait, a sa large part dans la dépopulation de cette malheureuse région.

J'ai entendu des paysans de France exprimer le désir de cultiver cette terre magnifiquement riche ; personne n'a pu les y encourager faute de main-d'œuvre et de mesures d'assainissement durables. Il paraît qu'actuellement elle est en voie de régénération, par suite de l'afflux des populations grecques évacuées de Turquie ou d'Asie Mineure : il faut souhaiter qu'elles sachent utiliser ce qui aura subsisté de nos travaux.

Le sol gras, mou, argileux, est imperméable, ce qui explique la grande quantité de lacs qu'on y rencontre, 19 dans la région dont je vous parle, 39 dans toute la zone d'opérations des armées alliées. Les berges en sont plates, couvertes de roseaux et s'étendent souvent assez loin en marécages.

Le Vardar se jette dans la mer à l'ouest de la ville par un delta boueux et vaseux couvert de broussailles et de tamaris. On y faisait au début des pêches magnifiques et on y prenait, en particulier, d'excellents brochets. Le gibier d'eau abondait.

Pour agrémenter l'ordinaire on consommait des tortues très abondantes, à la chaire noire et filandreuse, comme la viande de bœuf ; on mangeait aussi des couleuvres baptisées anguilles sur les tables des popotes. C'étaient à peu près les seuls aliments frais : pour le reste : viande frigorifiée ou boucanée, pommes de terre, jamais de légumes frais. On avait bien aménagé des jardins potagers, mais lorsqu'on eût pu récolter il fallut aller de l'avant et laisser nos produits aux petits camarades malgaches ou indochinois, préposés à la garde du camp retranché.

Cette question de l'alimentation doit être certainement pour quelque chose dans la gravité des deux maladies qui dominent l'état sanitaire de l'armée, je veux parler du paludisme et de la dysentérie.

Avant d'y arriver je voudrais vous rappeler que le climat macédonien comporte deux saisons bien tranchées : saison des pluies, de novembre à mars avec des nuits froides ; saison sèche très chaude. En juillet 1916, en effet, la température moyenne fut de 26,2 avec maximum de 42.

Paludisme.

Je vous rappelle les grandes phases de l'étude du paludisme.

En 1881, Laveran découvre l'hématozoaire qui porte justement son nom. Cette découverte le place au premier rang des bienfaiteurs de l'humanité et il n'est pas le seul savant dont puisse, à juste titre, s'enorgueillir la médecine militaire française.

En 1896 et 1898, Ross et Grassi montrèrent le rôle de l'anophèle dans le développement du paludisme.

En 1900, Manson inocula à son fils le paludisme à l'aide de sang d'anophèle, démontrant ainsi le mode de propagation de la maladie.

En 1902, Schaudin observe la parthogénèse des gamètes.

Je vous rappelle aussi très brièvement les deux évolutions possibles du parasite : évolution asexuée dans la circulation sanguine du malade, évolution sexuée qui nécessite le passage dans le corps de l'anophèle femelle et qui assure la conservation de l'espèce.

Il y a donc deux éléments nécessaires pour l'éclosion du paludisme : la présence de porteurs de germes et les moustiques propagateurs.

Ces deux éléments se trouvent réunis en Macédoine dans des conditions particulièrement favorables, étant donné l'état d'infection de la population, l'humidité constante de la région et la température moyenne de 17° propice au développement du moustique.

Pourquoi le paludisme fut-il plus grave en Macédoine que partout ailleurs ? J'ai, en effet, entendu dire à des officiers de la Coloniale qu'ils n'avaient jamais vu au cours de leur carrière, de formes aussi graves de la maladie.

A titre d'exemple je vous signalerai un cas assez frappant. Un poste de 12 télégraphistes français fut envoyé à Yénidzé Vardar, dans le delta, pour y poser des poteaux télégraphiques. Après 15 jours de travail, tous entrèrent à l'hôpital et 8 y moururent. Les survivants racontaient qu'à certaines heures du jour les fils disparaissaient sous une couche de moustiques.

Ce caractère de gravité tient sans doute en partie à une alimentation insuffisante, au surmenage et à la fatigue des troupes, toutes raisons qui contribuaient à rendre le terrain particulièrement favorable. En outre l'armée était composée d'éléments jeunes et indemnes sur lesquels l'hématozoaire avait plus de prise que sur les vieux coloniaux et les tirailleurs déjà impaludés et qui présentaient plus de résistance. Enfin on sait que les travaux de terrassement de quelque importance provoquent toujours l'éclosion d'épidémies.

C'est en mars 1916 que l'on constata les premières atteintes du paludisme d'invasion.

Ce paludisme revêt le plus souvent, la forme d'un embarras gastrique fébrile avec lassitude, céphalée, troubles digestifs, nausées, vomissements, diarrhée, congestion du foie et de la rate, fièvre continue avec maximum vers le milieu du jour, bref des symptômes d'infection générale. Cette forme qui,

chez certains, peut passer inaperçue, peut cependant prendre d'emblée une tournure grave et se transformer en accès pernicieux à forme typhoïdique ou méningitique.

Après la période d'invasion, la maladie affecte le type intermittent avec accès quotidiens : forme tierce avec accès tous les deux jours, forme quarte, avec accès tous les trois jours. Ces formes classiques sont rarement observées, étant donnée la réinfection qui se produit spontanément chez les malades. L'accès se produit en effet au moment de l'éclatement des corps en rosaces ; les générations successives de parasites se chevauchent pour déterminer des formes irrégulières.

Elles sont toutes caractérisées par l'accès précédé d'un frisson très violent avec claquement de dents, froid intense (le malade accumule sur lui tout ce qu'il peut trouver), puis sensation de chaleur et température extrêmement élevée qui dure 3-4 heures et est suivie d'une transpiration extrêmement abondante qui trempe littéralement le malade, son linge, ses draps et parfois même le matelas. Une sensation de bien-être suit et le malade s'endort.

Ces accès se produisent toujours entre 2 et 7 heures le soir. Ils sont prévus par le malade qui, quelques jours avant se sent peu bien, avec un peu de lourdeur de tête, de la fatigue et une impression de pesanteur dans la région du foie. Il peut dire très exactement quand éclatera son accès.

Les formes graves, si fréquentes en Macédoine, montraient des malades prostrés ayant l'aspect de typhiques avec des extrémités cyanosées, le pouls petit, de la diarrhée, des vomissements et qui mouraient dans une syncope ou au contraire des malades très agités, délirants, ayant souvent des convulsions et mourant dans le coma (formes méningées), soit enfin des formes bilieuses avec diarrhée et hématuries.

La température dans ces formes graves pouvait demeurer aux environs de 40-41 plusieurs jours de suite pour atteindre plus de 42 au moment de la mort, ou au contraire, dans les formes algides, descendre au-dessous de la température normale.

Le plus souvent en Orient, le paludisme était associé à la dysenterie. Les hommes évacués sur la France présentaient tous un état d'anémie intense : visage pâle, muqueuses décolorées, amaigrissement prononcé, inappétence, gros foie et grosse rate dépassant beaucoup le rebord des fausses côtes. L'examen du sang montrait une diminution considérable du nombre des globules rouges souvent inférieurs à un million et demi et beaucoup de mononucléaires chargés d'hémoglobine.

Comme traitement vous savez que la quinine est le spécifique du paludisme. On l'utilisait soit par ingestion, soit en injections intraveineuses ou intramusculaires.

C'est le premier mode qui est la voie d'élection. Les injections intra-veineuses sont réservées aux cas graves dans lesquels il faut agir vite. L'absorption se fait en effet, en 10 minutes. Nous en injections souvent plus de deux grammes par jour par injection de 0,80 dans 20 grammes de sérum. Des accidents sont possibles et l'injection détermine des frissons, de l'angoisse, avec obscurcissement de la vue et des sueurs abondantes. Les injections intramusculaires (absorption en une heure) sont très douloureuses ; elles provoquent des nodosités qui mettent un temps infini à se résorber et souvent des abcès avec nécrose des tissus et décollements très étendus qui font des malades de véritables martyrs. On a aussi observé des cas de tétanos.

Ces injections ne doivent être pratiquées que lorsqu'il est impossible de faire autrement : soit parce que l'on veut agir vite pour éviter l'apparition des gamètes qui transforment le paludisme d'invasion en paludisme chronique, soit parce que la situation militaire l'exige lorsque les troupes sont engagées et que la surveillance est impossible. La voie d'élection est donc la voie buccale : 1,50 à 2 gr. de chlorhydrate ou de sulfate pendant deux mois à raison de plusieurs jours consécutifs par semaine.

Mais le vrai traitement est un traitement préventif par absorption quotidienne d'une petite dose de quinine. Il faut obtenir des hommes qu'ils prennent le cachet quotidien, de 0,40, à condition toutefois que les comprimés soient faits de matière absorbable et non pas de gluten comme cela a été le cas pendant la guerre, le comprimé passant alors dans les selles sans être digéré.

Il faut que le médecin et le commandement veillent à la prise quotidienne, que le médicament soit distribué par un gradé qui le fasse prendre sous ses yeux. Mais là encore il faut compter avec l'esprit du soldat qui utilise tous les trucs pour éviter le cachet. Des officiers et même des médecins mettaient en doute l'efficacité de la médication, ce qui ne rendait pas la tâche plus facile. Et pourtant les expériences sont convaincantes. Là où le contrôle existait, les régiments gardaient leur effectif ; là où il était inexistant, les effectifs fondaient avec une rapidité impressionnante. Le médecin principal Visbecq actuellement médecin inspecteur et qui fut chef de la Commission interalliée du paludisme signale ainsi, à titre d'exemple, que sur quatre compagnies cantonnées au bord du lac Ardzan, dans des conditions d'hygiène identiques, la première au contrôle donnait 80 p. 100 de soldats prenant régulièrement la quinine, elle eut 8 évacuations par mois ; la seconde, avec 30 p. 100 de prises eut 34 évacuations. La compagnie hors rang, la plus difficile à surveiller eut 42 évacuations.

Le médecin major Récamier obtint de son colonel des mesures sévères de surveillance ; le régiment garda son effectif alors que les voisins avaient 50 p. 100 d'evacuations.

Vous savez que la recherche de la quinine dans l'urine se fait par le réactif de Tanret (iodo-mercurate de potassium) qui donne un précipité lorsque l'urine contient de la quinine. C'est ce réactif qui permettait de constater si les hommes prenaient ou non le médicament. En 1916, il y eut 60.000 hospitalisations soit la moitié de l'armée française d'Orient, et 20.000 évacuations en France. Il serait intéressant de connaître les statistiques exactes ainsi que celles des armées alliées.

Les maxima furent en septembre et en octobre 1916.

En dehors du traitement médicamenteux, il y a un traitement d'hygiène générale. La recherche systématique des porteurs de germe fut faite dans différents villages et on trouva de grosses rates déjà chez des enfants de 18 mois. Ceci ne pouvait avoir qu'un intérêt scientifique. On chercha à protéger les hommes par des moyens mécaniques contre les atteintes des moustiques en leur donnant des moustiquaires individuelles ; on tenta aussi certaines huiles dont ils devaient s'enduire. Mais on procéda surtout à des mesures d'assainissement, assèchement de marais, débroussaillements, rectification de cours d'eau, recherche et destruction des nids de moustiques par le pétrole ou l'huile lourde, protection des puits et des sources.

C'étaient là des travaux de longue haleine qui ne pouvaient avoir que des résultats éloignés ; ils ne furent pas sans intérêt puisqu'on observa une forte diminution des évacuations dès 1917.

Les évacuations en France ne se firent que lorsque c'était absolument nécessaire ; d'abord parce que les hommes partis ne revenaient jamais, ensuite, parce qu'on estimait avec quelque raison, si barbare que cela pût paraître, qu'il était inutile de contaminer des éléments sains venus de France. Une commission spéciale très sévère prononçait sur toutes les propositions d'évacuation.

Un sanatorium fut créé à Eksissou, à 900 m. d'altitude. C'était une ambulance alpine qui arriva à installer 1000 lits. Les hommes y passaient 30 jours. Il ne s'y produisit aucun décès.

Dysenterie.

Autre maladie aussi grave et aussi meurtrière.

Vous savez qu'il y a deux dysenteries : la dysenterie amibienne due à l'amæba hystolitica et la dysenterie bacillaire due au bacille de Shiga Flexner. Le plus souvent, ces deux formes se sont montrées concomitantes et étaient en outre associées au paludisme.

Le diagnostic n'était possible que sous le microscope.

En théorie, la dysenterie amibienne est apyrétique, se manifeste d'abord par de la dyspepsie, une diarrhée à forme glaireuse (8 à 10 selles par jour), accompagnée de ténesme, ceci pendant 15 à 20 jours. Après une période d'amélioration, la

diarrhée reprend, devient séreuse ; le gros intestin est volumineux et douloureux à la pression. Cet état devient facilement chronique par suite de l'enkystement des amibes.

La dysenterie bacillaire évolue, au contraire, avec de la fièvre, des coliques violentes, une diarrhée plus abondante, qui, dans les cas graves, est pour ainsi dire continue, diarrhée toujours hémorragique.

Les dysentériques à l'état grave se présentaient sous un aspect squelettique et desséché ; c'étaient des malades absolument déshydratés, le nez pincé, les traits tirés, la peau sèche et flasque, le pouls petit, les extrémités froides. Ils mouraient en hypothermie.

Le traitement de ces malades a pour base l'émétine, 6 à 10 ctgr. par jour associés à l'ipéca, les injections de sérum, les lavements au nitrate d'argent, les injections de peptone. Comme régime, le bouillon de légumes et les sucres sous toutes les formes absorbables.

La dysenterie bacillaire se traite par le sérum de Dopter, de 20 à 100 cc. par jour. Je vous signale le traitement d'un médecin grec : une purée de chocolat dans du vin rouge.

Rien n'était plus décevant que le traitement de ces malades, car il aurait fallu traiter en même temps : paludisme, anémie, dysenterie et on demeurait tout à fait impuissant dans de nombreux cas.

Combien de tombes dans les cimetières de Salonique, combien de corps gisant au fond de la mer Egée montrent notre impuissance.

Pour éviter la propagation de la dysenterie, il fallait surtout lutter contre les mouches et ceux qui n'ont pas vu l'Orient ne connaissent pas les mouches. L'intérieur de nos tentes, de blanc qu'il était, devenait noir, tant les mouches se pressaient les unes contre les autres et avant de s'étendre sur son lit de camp, le meilleur moyen était de passer rapidement un journal enflammé sur les parois de la tente ; les mouches les ailes brûlées tombaient à terre ; il n'y avait plus qu'à les balayer.

Il fallait verser de l'huile de schiste sur les fumiers et dans les feuillées et protéger les aliments contre les atteintes des mouches par des toiles métalliques.

Enfin, il fallait procéder à l'épuration des eaux par le permanganate ou la javellisation.

Dengue.

Une autre maladie heureusement bénigne était la dengue.

Causée par un très petit moustique, le phlébotome, elle se propageait de l'homme à l'homme.

C'est une sorte de fièvre éruptive qui débute par de violentes douleurs dans les articulations, et dans les reins, une fièvre violente continue pendant trois jours, accompagnée de crampes. Le malade était abattu, présentait des troubles gastro-intestinaux ,puis une éruption qui commençait par le visage et gagnait les bras et le haut du corps. Au bout de trois jours la maladie paraissait terminée, quand la fièvre reprenait pour cesser au bout de 8 à 10 jours.

Il y eut encore à lutter contre les insolations assez graves pour provoquer la mort. Il ne s'agissait là que d'hygiène de la marche et du vêtement. Les troupes furent pourvues un peu tard de vêtements de toile et de casques de liège.

On signala des cas de peste chez les tirailleurs, de beriberi, chez les Indochinois et comme partout en 1918, une épidémie de grippe qui fit beaucoup de victimes.

Au point de vue matériel sanitaire, les troupes en Macédoine étaient organisées suivant le type alpin. Les transports se faisaient à mulets sur la ligne de feu, puis en arabas (voitures légères à deux roues). Les évacuations se faisaient par auto Ford, les seules qui purent résister sur les pistes du pays.

Les ambulances fonctionnaient comme sur le front de France ; les hôpitaux de campagne étaient installés à proximité de l'unique voie ferrée du Vardar qui permettait les évacuations sur Salonique.

Il y avait dans les environs immédiats de la ville, d'énormes hôpitaux. Le séjour par 42° de chaleur n'y avait rien de très agréable, mais après la vie sous la tente, le lit d'hôpital, les soins des infirmières extrêmement dévouées, qu'elles fussent françaises ou australiennes, étaient réconfortants.

Puis, c'était le retour par bateau-hôpital, longeant les côtes sous la protection de la Croix-Rouge. C'était le beau voyage. Aussitôt en mer les paludéens se sentaient mieux, les pauvres dysentériques vidés, reprenaient un peu de vie ,pour trop souvent, hélas, mourir en mer, ou à l'arrivée.

En résumé, les expériences de l'Armée d'Orient doivent être pour nous un puissant enseignement et les énormes cimetières de Salonique doivent en rester le témoignage.

D'abord nécessité d'union parfaite entre le Commandement et le Service de santé.

Il est permis de dire que trop souvent pendant la guerre on vit des chefs de corps considérer le médecin comme un gêneur, comme un accessoire indispensable sans doute, mais qu'on aurait bien voulu voir à tous les diables, lui, son matériel et ses vaccinations. Mais trop souvent aussi le médecin crut devoir se concentrer dans son rôle purement médical, oubliant qu'appartenant à l'armée, il avait des devoirs militaires dont le principal était la conservation des effectifs.

Une bonne entente réciproque est donc indispensable et une compréhension mutuelle plus grande sont désirables.

Ensuite, de même que le 2e bureau cherche en temps de paix tous les renseignements d'ordre politique ou militaire qui peuvent être utiles en temps de guerre, de même le Service de santé devrait ,avant d'entrer en campagne dans des pays étrangers, être pourvu de tous les renseignements d'ordre géographique, climatologique ou démographique sans oublier les renseignements d'ordre sanitaire qui peuvent singulièrement faciliter sa tâche en lui permettant de connaître par avance les difficultés contre lesquelles il aura à lutter.

Nous pouvons être appelés à participer à de nouvelles opérations dans d'autres pays que le nôtre et une documentation exacte peut-être la base du succès.

Thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes, par J. Nicolas, H. Moutot, M. Durand. Un volume in-8 de 690 pages avec 82 figures : 55 fr. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille. Paris 6e.

La thérapeutique de la syphilis et des maladies vénériennes que M. le Pr Nicolas avait publiée dans la Bibliothèque de Thérapeutique dirigée par les Pr Gilbert et Carnot avait paru au moment où le 606 faisait son apparition

La deuxième édition, qu'il vient de publier en collaboration avec MM. Moutot et Durand, est en somme un nouvel ouvrage complètement refondu et c'est actuellement l'ouvrage le plus complet et le plus au courant des dernières acquisitions de la science.

Les auteurs ont réalisé avec succès le but qu'ils se proposaient : mettre au point de façon succincte et pratique pour les médecins l'état actuel de nos connaissances pour le traitement de la syphilis et des maladies vénériennes ; ils se sont efforcés d'être clairs, afin que le lecteur puisse trouver sans effort les indications utiles qu'il peut y chercher sur la conduite à tenir dans le cas qui l'intéresse.

Ils ne donnent que des procédés, des méthodes, des médicaments qui ont fait leurs preuves et qu'ils peuvent recommander en raison de l'expérience qu'ils en ont.

Voici les principales grandes divisions de l'ouvrage :

Traitement de la blennorragie ou gonococcie.

Traitement des uréthrites agonococciques.

Traitement du chancre simple ou chancrelle.

Traitement de la syphilis.

Traitement de l'ulcère vénérien adénogène, ou lympho-granulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents multiples intraganglionnaires, d'origine génitale et vénérienne.

Traitement des balanites et balano-posthites.

Traitement de l'herpès génital et uréthral.

Traitement des végétations, papillomes acuminés contagieux.

GLANURES

Emile Combes, médecin-praticien. — Tandis que l'on se prépare à inaugurer, dans son pays natal, une statue à Emile Combes et à célébrer l'homme politique, on relira peut-être avec intérêt les pages où M. Gérard-Bastet (1) a retracé les humbles débuts du médecin praticien de Pons.

« Au mois d'avril 1868, M. Combes dont la thèse de doctorat était intitulée : De l'hérédité des maladies, fut reçu docteur en médecine. Le ménage Combes revint à Pons et s'installa définitivement dans la vieille maison paternelle, qui était devenue sa propriété et dont Mme Emile Combes n'a jamais voulu se séparer. M. Combes avait déjà 33 ans. Il fit placer sur sa porte une plaque de cuivre avec cette inscription : « M. Combes, docteur-médecin » et il se mit, résolument à faire de la clientèle. Le premier client du docteur Combes fut un pendu dont il coupa la corde qu'il mit dans sa poche et, depuis, quand on lui parlait de ses succès comme médecin, il répondait : « Ce n'est pas étonnant ! N'ai-je pas eu, dès mes débuts, de la corde de pendu dans ma poche ? ». Il ne faut pas croire toutefois que ces débuts furent faciles et fructueux. Pons possèdait plusieurs médecins entre autres les docteurs Ardouin et Gros qui avaient une grosse clientèle. non seulement dans la ville mais dans la campagne et les dix premières années d'exercice de la profession de médecin ne rapportèrent guère au docteur Combes qu'un total effectif d'honoraires ne dépassant pas 3.000 francs par an. C'était peu, d'autant plus qu'un second enfant, André était né le 11 juillet 1868, qu'un troisième René, qui ne devait vivre que quatorze mois arriva le 8 juin 1870, et que successivement, Charlotte, le 7 décembre 1874, et Germaine le 8 janvier 1878, vinrent grossir les charges du ménage. Pour si peu coûteuses que fût la vie matérielle à Pons et bien que M. Combes fut propriétaire de la maison qu'il habitait, il fallait bien de l'économie pour tenir un rang convenable et élever cinq enfants. Aussi tout luxe était-il banni de la maison. Le cabinet de travail et de consultations du docteur était une simple petite pièce, blanchie à la chaux, sommairement meublée d'un petit bureau, d'une bibliothèque, dans le bas de laquelle étaient renfermés quelques instruments de chirurgie, et de quelques chaises de paille. Pas de cheminée, et quand il faisait très froid, le docteur arpentait, en trois pas, son bureau en se frottant les mains l'une contre l'autre. Avait-il à partir de bonne heure, en tournée, dans la campagne ? Il mangeait à la hâte, un morceau de jambon assaisonné d'un peu de sel. M. Combes n'aimait pas le luxe, son cabinet de consultations resta longtemps aussi simple ; plus tard on mit du papier sur les murs et on ajouta au mobilier un petit poêle rond en faïence blanche, placé dans un angle. L'équipage du docteur Combes lorsqu'il parcourait la campagne, se ressentait, pareillement de sa modeste situation de fortune. Tout Pons se rappelle encore le vieux tilbury à deux roues sonnant la ferraille, traîné par un vieux cheval nommé Huron, portant de non moins vieux harnais, et dans lequel M. Combes passait, emmenant souvent avec lui son fils aîné, Edgard, dont il faisait lui-même l'éducation et auquel il donnait des leçons tout en conduisant son équipage.

Les visites aux malades, les heures de consultations, l'instruction de son fils aîné, n'absorbaient pas tout le temps du docteur Combes que dès 1869, fut élu conseiller municipal de Pons et commença, dès lors, à s'occuper activement des intérêts de la commune. Quelques articles écrits dans un journal de Saintes, le seul qui, dans un pays foncièrement bonapartiste, avait une note libérale, attirèrent l'attention de ses concitoyens sur le docteur Combes et lui gagnèrent la confiance d'un certain nombre d'entre eux. Au sein du conseil municipal, M. Combes représentait l'opposition à l'Empire. Il en donna la preuve à l'occasion du plébiscite. Le Maire d'alors, M. Rigaud, brave homme, un peu timoré, était incapable d'opposer la moindre résistance à la volonté impériale. M. Combes, plus courageux et ne pouvant faire des réunions publiques eut l'idée de faire chez lui des réunions privées. La maison était bien petite, mais on enleva les meubles des deux pièces du rez-de-chaussée et en

(1) Géraud-Bastet. — Monsieur Combes et les siens, F. Juven éditeur.

les entassant comme des anchois dans un baril, on put catéchiser, en plusieurs réunions 250 électeurs. Le jour du vote, il y eut 240 *non* dans l'urne, résultat certain des conférences faites pour M. Combes, les opposants à l'Empire sur un chiffre de 900 électeurs, n'ayant jamais dépassé quelques dizaines.

Après la guerre, le docteur Combes refusa tout mandat et pendant quatre années, il fit du métier, continuant sa propagande en faveur des idées républicaines et cela avec les facilités que donne au médecin sa profession pour aborder ses clients et leur causer. La clientèle augmentait peu à peu mais très lentement, bien que la réputation de M. Combes, comme médecin ayant le coup d'œil médical et habile à faire les opérations de petite chirurgie, commençât à se répandre dans tout le canton. Le docteur Combes était fort habile pour se créer des relations et des sympathies. Les femmes surtout le trouvaient charmant, et sans que sa conversation arrivât jamais à une grande élévation d'idées, il avait le talent d'intéresser et de faire abonder son interlocuteur dans son sens. Cette faculté de se faire bien venir des femmes aida beaucoup à l'accroissement de la notoriété locale de M. Combes et lui attira, par action réflexe, la bienveillance des maris, partant, des électeurs, dont il avait besoin pour arriver au but qu'il s'était fixé, sitôt après avoir vu sa situation consolidée par son mariage. « Le diable d'homme est si habile, disait à l'auteur de ces lignes, une vieille amie de la famille Combes, qu'avec lui on est toujours roulé, tant il sait, en causant, mettre la vérité de son côté ». Le docteur Combes ne négligeait aucun moyen de se faire connaître et apprécier. Il s'était fait une règle invariable de ne jamais favoriser un de ses malades plutôt qu'un autre, le premier fût-il riche et le second pauvre. Il visitait ses clients, chacun à leur tour, dans sa tournée journalière et quand un malade riche qui le payait, alors que les pauvres étaient le plus souvent soignés gratuitement, quand, disons-nous un client riche se plaignait à lui de ne passer qu'après un pauvre, le docteur répondait : « le pauvre diable a plus besoin de mes soins que vous ». Cette façon d'agir valut à M. Combes quelques brouilles avec certains malades fortunés. Ces brouilles ne furent que passagères : bien plus ses adversaires politiques même le prirent pour médecin. En 1874, lors des élections municipales et bien que M. Combes entretint d'excellents rapports avec le maire sortant, le docteur Ardouin, il se présenta aux électeurs avec une liste opposée à celle du maire, liste qui passa tout entière. M. Combes fut élu maire de Pons et devint le chef du parti radical dans le canton de Pons. Il fut révoqué au « 16 mai ». Le 6 janvier 1878 le docteur Combes reprit l'écharpe de maire. Cette année 1878 vit aussi disparaître les docteurs Ardouin et Gros, dont la clientèle, comme celle de l'ancien maire, le docteur Rigaud, était considérable, en sorte que le docteur Combes vit sa situation pécuniaire s'accroître et atteindre bientôt environ 10 à 12.600 francs par an d'honoraires. Du coup, le vieux tilbury fut abandonné et le docteur eut trois chevaux à l'écurie et deux voitures, un coupé et une victoria dans la remise. Ce fut avec un de ces trois chevaux que M. Combes faillit, un jour, être tué. Dans une tournée en dehors de la ville, son cheval prit le mors aux dents à un endroit appelé la côte des Dames. Le docteur sauta au moment où la bête s'abattait subitement renversant la voiture dont le marchepied vint s'enfoncer dans la terre, en rasant la tête du docteur qui, en touchant terre, s'était allongé de tout son long. Pour une fois, les dames n'étaient pas favorables au docteur Combes.

En sa qualité de médecin, M. Combes devenu conseiller général, donna le plus grand développement possible au fonctionnement de l'assistance médicale dans son département. Il était utile de déjouer certaines pratiques de paysans aisés, désireux de profiter du passage du médecin à proximité de chez eux sans avoir à payer des frais de déplacement. Voici comment opéraient ces madrés paysans. Le médecin de l'assistance était payé à raison de 1 franc par visite et une somme de 0 fr. 50 par kilomètre lui était allouée en plus pour frais de route. Quand un paysan riche ou aisé avait besoin des secours du médecin, il allait trouver un de ses voisins pauvres inscrit à l'assistance et le priait de réclamer la visite du docteur pour une maladie ou

une indisposition quelconque. Le médecin arrive, le paysan rusé, se trouvait là, comme par hasard et priait le docteur de venir jusque chez lui. Résultat : une simple visite à payer, sans déplacement. Le Dr Combes s'efforça de mettre bon ordre à ces pratiques onéreuses pour le budget de l'assistance médicale de son département.

Apropos du bal de l'Internat. — Le bal de l'Internat est devenu l'idée fixe de quelques monomanes. Sa suppression est demandée par eux à l'instar de celles des mannequins en cire qui figurent aux devantures des grands magasins.

Certain groupement ayant cru devoir dire à nouveau, avec un peu plus de modération toutefois, ce qu'un énergumène du Midi avait cru bon d'écrire en 1925, le Dr Rollot, journaliste courageux et indépendant, dit sa façon de penser à tous ces tartuffes dans le *Lion médical* (août 1928) :

« De quoi se mêlent donc ces jeunes champions de la pudeur outragée ? Je ne conçois pas très bien les raisons de leur attaque : nul n'est forcé d'assister à ce bal qui n'a d'ailleurs de « bal » que le nom ; n'oublions point en effet qu'il s'agit là d'une réunion strictement privée ; ce qui serait sans doute déplacé dans un séminaire ne l'est plus dans un milieu d'étudiants en médecine habitués à palper et à percuter le corps humain ; les personnes, dont la pudibonderie s'en offenserait sont donc libres de n'y point paraître ; mais ce n'est peut être pas là une raison suffisante pour supprimer notre vénérable bal de l'Internat et pour le remplacer par une petite sauterie de famille.

Les origines du bal de l'Internat sont tout aussi anciennes, tout aussi respectables que telles et telles traditions de nos grandes écoles. Le bal de l'Internat a un caractère bien français ; il est dans les traditions de la franche gaité gauloise, à laquelle vient se mêler l'esprit latin « de sel attique assaisonné partout ».

... Rassurez-vous, messieurs, les études médicales mûrissent vite les caractères ; les mœurs de nos jeunes camarades, étudiants en médecine, ne sont ni plus corrompues, ni plus dissolver que les vôtres ; ce ne sont ni « des noceurs », ni des « gens de mauvaise vie ». Regardez les faits bien en face, sans hypocrisie : ces jeunes gens qui, hier, assistaient au Bal de l'Internat, ce sont les mêmes qui se penchent aujourd'ui, pleins de dévouement et de conscience professionnelle, sur la tête des malades et des mourants ; ce sont les mêmes qui, demain peut être tomberont au champ d'honneur, victimes du devoir professionnel.

... Un vieux dicton populaire prétend que « charbonnier est maître chez lui ». Laissez-nous donc libres de faire chez nous et et entre nous ce que bon nous semble. Cela ne vous regarde point ; nous ne vous avons jamais invité à participer à nos « débauches », à nos « saturnales », à nos « turpitudes ». Le Bal de l'Internat, un « fléau social » ? Peste, comme vous y allez, messieurs !

Il n'a jamais été « porté atteinte à la pudeur de vos camarades et à la pureté encore intacte des cœurs de vos amis » : ils n'ont jamais été invités, que je sache, à participer à cette fête. Ces petits saints sont-ils d'ailleurs si sûrs de n'avoir rien à se reprocher ? Leurs mœurs sont-elles dont si pures, si innocentes ? Ces jeunes poussins sont ils donc si naïfs ? Leur esprit est-il si mal formé qu'un spectacle amusant de quelques heures puisse être considéré par eux comme un outrage à la pudeur ou comme une invitation à la débauche ? Vraiment, messieurs, vous exagérez !

« Ne fais pas le mal, mais vis à ta guise selon le code de Thélème » ; cette sage leçon morale est bien, après tout, aussi respectable que les mille petites hypocrisies, les mille petites tartufferies, les mille petites jésuiteries, que d'aucuns voudraient nous imposer ».

L'article du Dr Rollot console un peu des élucubrations émises en 1926 par un médecin, bien indigne compatriote de Flaubert ; il constitue une excellente réponse aux manifestes de ces individus, que signalait récemment un journaliste, « qui sont partout les hommes à l'âme torturée, hurlant tristement contre l'amour, contre la nature, contre la beauté, comme la chouette va se plaignant, lugubrement, d'un rayon de lumière ».

M. G.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. N° 35 LE NUMÉRO: 50 Centimes 1er SEPTEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
C. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Bordeaux. — Deux places de directeur adjoint du service annexe d'électrothérapie sont mises au concours. Les épreuves commenceront le 27 novembre 1928, à 8 heures du matin.

— Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 14 novembre 1928, à 8 h. du matin.

Faculté de Bordeaux. — MM. BARTHE et LE DANTEC, anciens professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Les Assistantes d'hygiène scolaire. — *La société des médecins inspecteurs des écoles de Paris demande un statut en leur faveur.* — Au cours de la dernière séance de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris, le Dr Moulin a proposé le vœu suivant :

« Etant donné l'importance et l'étendue des services rendus par l'assistante d'hygiène scolaire qui font d'elle l'auxiliaire indispensable de l'inspection médicale des écoles et le seul agent rationnel de liaison entre le médecin inspecteur d'une part, l'école, les familles, leurs médecins ou les divers services d'assistance médicale et de prophylaxie sociale, d'autre part.

La Société des médecins inspecteurs des écoles de la Ville de Paris et de la Seine, qui depuis longtemps a reconnu les avantages obtenus par la présence des assistantes d'hygiène scolaire, émet le vœu :

1° Qu'un poste d'assistante d'hygiène scolaire soit créé dans chaque circonscription scolaire ;

2° Que la nomination de l'assistante à ce poste ne soit pas laissée à l'initiative de la caisse des écoles, trop souvent paralysée par l'insuffisance de ses ressources, mais faite par l'administration préfectorale à la suite d'un concours ;

3° Que l'assistante d'hygiène scolaire cesse d'être rémunérée par la caisse des écoles pour recevoir de l'administration municipale une indemnité de fonction au même titre que le médecin inspecteur ;

4° Que son rôle et ses attributions soient déterminés par un règlement ;

5° Qu'elle soit, par délégation de l'autorité supérieure, placée au point de vue technique sous les ordres du médecin inspecteur ; et au point de vue administratif sous la dépendance du directeur ou de la directrice des écoles du groupe auquel elle est attachée. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité.

Asile de Ville-Evrard. — Le Conseil général de la Seine vient de décider de porter de 1.200 à 2.400 fr., à partir du 1er janvier 1928, l'indemnité attribuée à M. Rodiet, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs COUTURIER (de Trouville), LANOS (de Neuilly), P.-L.-F. PATOU (de Fruges).

Mérite agricole. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — MM. les Drs LIMPEROPOULO (de Paris), JULLIAND (de Chambéry), PRADEL, médecin principal de la marine, à Toulon.

Au grade de chevalier. M. le Dr CHASSERAY (de Paris).

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille de vermeil.* — M. le Dr TOURNIER (de Tien-Tsin).

Médaille d'argent. — MM. les Drs BELLON (de Metz), TBOUDE et NEVEU (de Mayence), GUENOLE (de Tien-Tsin).

Médaille de bronze. — MM. les Drs COUTURAT (de Saint-Mandé), FAJOLLES (de Mayence).

Le retard de la France en éducation physique. — L'*Auto* rapporte l'anecdote suivante, dont elle garantit l'authenticité rigoureuse.

Les médecins sportifs vont tenir à Amsterdam un congrès international. A Saint-Moritz, en janvier, quelques-uns d'entre eux préparèrent l'ordre du jour...

Le Français (professeur Latarjet) se leva et dit :

« Je demande qu'on inscrive la question très urgente de l'introduction de l'éducation physique dans les écoles... »

Il développa sa demande avec chaleur et éloquence.

... Et tout le monde de lui rire au nez. Mais oui : de « lui rire au nez. »

Les Allemands, les Anglais, les Belges, les Italiens, répondirent ensemble et avec raison ;

« Cette question ne nous intéresse pas. Nous l'avons depuis longtemps résolue chez nous. »

Ne nous lassons pas, nous tous qui voulons réellement l'amélioration de la race humaine, de répéter que la formation physique est aussi importante que la formation intellectuelle et que tant qu'elle ne sera pas réalisée par tous nos enfants, garçons et filles, rien d'efficace et de durable ne pourra être fait en faveur de la race française. (*L'Animateur des Temps nouveaux.*)

Une exposition de la superstition. — Elle aura lieu à Londres, en septembre, au cours du congrès médical qui doit s'y tenir.

Le docteur Gorsyan, à qui revient l'initiative de cette exposition originale, révélera au public les méthodes des magiciens, des voyantes et des pythonisses. Toutes les herbes considérées comme miraculeuses seront exhibées, et toutes les formules mystérieuses dévoilées.

Une véritable déclaration de guerre aux charlatans. (*Le Figaro.*)

Le Centenaire de Gall. — Vingt-cinq délégués de tous pays, qui prenaient part à la conférence internationale des phrénologistes, se sont réunis au Père-Lachaise devant la tombe de Gall, pour célébrer le centenaire de sa mort.

Cette tombe de Gall fut restaurée il y a quelque vingt ans à la suite d'une souscription internationale, et c'est aujourd'hui un monument pieusemant entretenu tandis que près de là les tombes

de Pinel, de Percy, de Chaussier sont plus ou moins abandonnées. Les actuels disciples de Gall n'ont point été sans en faire la remarque, avec une satisfaction justifiée qui n'est point à notre honneur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — (M. le Dr DUJARIER, directeur des travaux scientifiques. — *Cours technique de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face*). — M. le professeur Pierre SÉBILEAU, chirurgien des hôpitaux, et M. le Dr Léon DUFOURMENTEL, chef de clinique à la Faculté de médecine, commenceront ce cours le mercredi 26 septembre, à 14 heures, et le continueront tous les jours, à la même heure. Ce cours comprendra des leçons pratiques avec répétition par les auditeurs inscrits, et sera combiné avec un enseignement théorique qui aura lieu les mêmes jours à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine, à l'hôpital Lariboisière.

Droit d'inscription : 1.000 francs. Se faire inscrire à l'Amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1º Chirurgie cosmétique de la peau. Incisions dissimulées. Sutures. Pansements. Traitement des cicatrices. Le tatouage chirurgical. — 2º Chirurgie réparatrice de la peau. Les greffes tégumentaires et les lambeaux tégumentaires. — 3º Le nivellement chirurgical de la peau par action sur les téguments et les parties molles. Nivellement après distension (peau ridée), après atonie (flaccidité de la paralysie faciale), après affaissements (dépressions consécutives aux traumatismes accidentels et chirurgicaux), après ptose (chute et poches cutanées). Greffons et lambeaux de remplissage (muscle, graisse, aponévrose). — 4º Le nivellement chirurgical de la peau par les soutiens organiques. Greffons et lambeaux ostéopériostiques et cartilagineux. Otéoplastie et ostéotransplantation. Greffons de continuité et traitement des pseudarthroses de la mâchoire inférieure. Greffons de remplissage des cavités osseuses et traitement des pertes de substance du crâne et des sinus de la face. — 5º Correction chirurgicale des déformations nasales. Traitement des affaissements squelettiques, des déviations et torsions, des hypertrophies, saillies, allongements, élargissements de la pyramide nasale. — 6º Correction chirurgicale des destructions nasales partielles (rhino-plasties départementales). Réfection du lobule, de la sous-cloison, des ailes du nez. — 7º Correction chirurgicale des destructions totales et subtotales de la pyramide nasale (rhinoplasties régionales). Pratique de la mise en nourrice des greffons osseux et cartilagineux. Réfection du squelette nasal. Pratique des lambeaux superposés. — 8º Restauration et correction des lèvres. Cheilorraphies et cheiloplasties. Restauration du recouvrement muqueux. Restauration des plans d'épaisseur et du recouvrement cutané. Elargissement commissural. Correction des déformations (hypertrophies, irrégularités; cicatrices). — 9º Restauration operculaire des grandes pertes de substance des parois buccales. Chirurgie réparatrice du menton. Pratique des lambeaux bipédiculés du cou et du cuir chevelu. Application de ces lambeaux sur des soutiens organiques (prothèse de soutien). Lambeaux retournés et lambeaux superposés. — 10º Traitement chirurgical des divisions congénitales de la voûte et du voile du palais. L'urano-staphylorraphie. — 11º Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. Traitement chirurgical des luxations récidivantes, des luxations irréductibles et des ankyloses de l'articulation temporo-maxillaire. Correction du prognathisme et des déviations mandibulaires. — 12º Correction des déformations de l'oreille externe. Traitement des fistules salivaires. Technique des opérations cosmétiques sur le pavillon de l'oreille. Drainage et résection des fistules salivaires. Enervement de la glande parotide.

Diplôme universitaire et diplôme d'état de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. — Le 2 octobre 1928, s'ouvrira à l'école de puériculture de la Faculté de médecine, 64, rue Desnouettes, un cours d'enseignement pour infirmières et sages-femmes.

Enseignement élémentaire préparatoire au certificat : Sessions commençant les 1er octobre et 1er février durée quatre mois. — Enseignement supérieur préparatoire au diplôme : Sessions commençant les 15 février et 15 juin ; durée huit mois.

Internat et externat. Bourses ou fractions de bourses aux élèves méritantes. Adresser les demandes avant le 1er septembre.

Le directeur de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux élèves titulaires de ces diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplômées.

Attribution du titre de professeur de faculté sans chaire. — L'article 1er du décret du 4 janvier 1921 est complété de la manière suivante :

« Peuvent également, dans les formes prévues audit décret du 4 janvier 1921, recevoir le titre de professeur titulaire sans l'attribution d'une chaire, avec les droits attachés à ce titre, les agrégés libres des facultés de médecine pourvus sans limite de temps d'un emploi de chargé de cours rémunéré par un traitement et remplissant depuis 15 ans au moins une fonction d'enseignement didactique, technique ou clinique. »

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira, le 20 février 1929, devant la faculté mixte de Lyon, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie de l'école de Grenoble.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Concours pour l'emploi de médecin stagiaire en Indochine. — Un concours pour quinze places de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indochine s'ouvrira dans le courant du mois de décembre. Les candidats doivent être français ou indigènes, indochinois, sujets ou protégés français, être agés de 30 ans au plus. Ils doivent avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée et être titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats désireux de prendre part à ce concours peuvent s'adresser à l'Agence économique de l'Indochine, 20, rue La Boétie, à Paris (VIIIe) qui leur fournira tous renseignements sur les avantages offerts, les conditions d'avancement, les congés, les passages, etc...

Nécrologie. — M. le Dr Boccard, de Jujurieux (Ain), ancien député de l'Ain.

M. le Dr H. Guerrier (de Paris).

M. le Dr Ernest-Irving Waldberg, décédé à Saint-Raphaël (Var).

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de panlithiase biliaire,

Par MM. **LOEPER**, **J. TONNET** et **J. RAVIER**.

La lithiase intra-hépatique a été maintes fois étudiée. Son existence est incontestable autant que sa rareté. Des travaux qui ont été publiés sur ce sujet. nous rappellerons quelques-uns.

Courvoisier avait retrouvé 50 cas de cette forme dans la littérature : Naunyn en faisait état dans la discussion de la pathogénie de la lithiase. Charcot attribuait aux calculs à facettes une origine vésiculaire, mais connaissait la possibilité de calculs autochtones intra-hépatiques, qui ne présentent jamais « la structure radiée, les couches concentriques, ni les facettes qui distinguent les calculs nés dans la vésicule ».

Il faut citer aussi Thudichum, Laboulbène, Kehr et Cassaët.

On retrouve toutes ces références dans un travail d'ensemble de Beer (1).

Plus récemment, Kaufmann s'en occupe, puis Lang. Selon ce dernier, la lithiase intra-hépatique serait observée seulement dans un cas sur 3000.



Figure 1. Le parenchyme hépatique est ponctué d'une infinité de calculs. A droite, quelques calculs détachés des voies biliaires de second ordre.

Enfin Maestrini (2) a publié un cas de lithiase exclusivement intra-hépatique, sans calculs dans la vésicule, ni dans les grosses voies biliaires, remarquable par son évolution latente jusqu'à la perforation d'un gros conduit biliaire par un calcul, perforation suivie d'une péritonite septique rapidement mortelle.

Malgré le nombre de ces travaux, la lithiase intrahépatique est assez exceptionnelle pour qu'il nous ait semblé intéressant de présenter les photographies et les coupes d'un cas que nous avons récemment observé.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, qui entre à l'hôpital le 7 avril 1928 dans un état alarmant. Il présente des vomissements alimentaires et bilieux, du hoquet. Il est anxieux. La respiration est rapide. L'ictère cutanéo-muqueux est un peu foncé. La température est à 40°, le pouls est à 1:0.

On apprend que la maladie a débuté seulement dix jours auparavant, par des douleurs peu vives, siégeant à l'hypocondre droit, et des vomissements, sanglants d'une façon passagère.

(1) Beer. — Intrahepatische cholelithiasis. (*Archiv für Klinische Chirurgie* 1904, p. 115.)
(2) Maestrini. — *Rinascenca medica*, 15 mars 1927.

Le malade n'a présenté qu'une autre crise douloureuse, accompagnée d'ictère, il y a un an.

L'abdomen est contracturé dans toute sa moitié droite, et un peu douloureux vers l'hypocondre droit.

Les chirurgiens se refussent à intervenir en présence de la gravité des signes généraux.

Dans les jours qui suivent, les symptômes s'amendent, mais une intervention apparait encore impossible.

Enfin le 13 avril les signes d'infection sous-phrénique reprennent, l'ictère fonce, l'urée sanguine s'élève à 2 gr. 25, le malade devient somnolent, et meurt le 17.

L'autopsie montre des adhérences sous-hépatiques limitant une cavité purulente.

La vésicule biliaire, volumineuse et épaissie, renferme de gros calculs, dont le plus gros mesure 6 cm. de long, au milieu d'une boue biliaire. La vésicule n'est pas perforée.

Le foie est volumineux.

A la coupe, il apparaît farci d'une infinité de calculs. Les uns siègent à l'intérieur des grosses voies biliaires dans lesquelles ils sont moulés. Les autres siègent, ou bien dans les petites voies biliaires, ou bien au centre d'une des cavités abcédées, ou bien semblent absolument intra-biliaires. Les calculs qui se ramifient dans les canaux biliaires intra-hépatiques ont une coloration brun-rougeâtre, et forment une coulée qui se dissocie facilement ; ils paraissent surtout formés de pigments biliaires. Au contraire, d'autres calculins, gros comme un grain de mil, sont durs et ne se dissocient pas.

L'examen histologique du foie montre essentiellement un foie infectieux. On rencontre de grands abcès et des zones d'infiltration inflammatoire.



Figure 2. Une coulée de calculs biliaires dans les voies biliaires intrahépatiques dilatées.

Le tissu conjonctif est hyperplasié en quelques rares zones. Il présente des coulées de lymphocytes, et les veines périlobulaires sont hyperémiés.

La paroi des canaux biliaires, peu altérée en certaines zones, offre presque partout des lésions épithéliales desquamatives.

On retrouve dans le tissu conjonctif des canaux néoformés.

Le parenchyme hépatique présente peu de places où la structure soit sensiblement normale. La structure est presque partout bouleversée. Les cellules sont détruites, ou dissociées ; elles sont séparées à peu près sur toutes les coupes par de larges intervalles, et disloquées par les canaux biliaires dilatés.

Les capillaires sont dilatés, et pleins de sang.

L'examen chimique des calculs donne le pourcentage suivant.

	Calculs du foie	Calculs de vésicule
Pigments biliaires	abondants	abondants
Cholestérine	16,30	37,5
Phosphates	31,20	22,5
Carbonates	néant	néant
Chaux	4,68	3,37
Magnésie	7,50	5,17
Substances organiques insolubles indéterminées	40,32	31,46

Ce tableau met en évidence l'abondance de la cholestérine plus grande dans les calculs vésiculaires que dans les calculs intra-hépatiques, et cette différence est compensée par le taux des phosphates, de la chaux, de la magnésie et des substances organiques indéterminées.

Une radiographie d'une tranche de foie qui renferme de petits calculs et une masse calculeuse qui moule les conduits biliaires, ne présente pas au niveau de ces calculs d'opacité plus notable.

Enfin l'ensemencement des calculs n'a pas donné de résultats.

Parmi toutes ses constatations, nous retiendrons quelques faits.

Au point de vue clinique, la latence de la lithiase, sur laquelle Maestrini insistait dans son observation, est ici encore tout à fait remarquable.

La composition des calculs est diverse. Dans les gros canaux, on trouve des pierres analogues aux calculs vésiculaires, et des calculs mous, véritable boue biliaire, qui constituent un moulage des conduits biliaires. Dans les petits conduits intra-hépatiques, et dans les lobules, on trouve aussi bien des calculs durs que de la boue biliaire pigmentaire.

La structure différente des calculs pourrait nous conduire à des considérations pathogéniques, souvent discutées, sur la migration des calculs vésiculaires à l'intérieur du foie, le rôle d'une angiocholite lithogène avec cristallisation de sels de chaux dans le mécanisme de la lithiase intra-hépatique, et la destinée des petits calculs de bilirubinate de chaux formés à l'intérieur du foie et qui peuvent constituer le noyau de calculs vésiculaires ; enfin la part de la stase biliaire.

Nous ne reprendrons pas toutes ces discussions. Nous retiendrons seulement la complexité et la richesse des faits qui ont motivé cette présentation.

L'hydrastis canadensis et l'hydrastine

Par MM. F. MERCIER et RAYMOND-HAMET.

L'*hydrastis canadensis* Linné est une petite plante herbacée dont le rhizome, d'une belle couleur jaune caractéristique, est seul utilisé en thérapeutique. Le mode de végétation et l'aspect général de la plante lui donnent une certaine ressemblance avec l'*Anemone nemorosa* Linné ou anémone Sylvie que tout le monde connaît. Certains botanistes ont d'ailleurs classé l'*Hydrastis canadensis* dans la famille des renonculacées, mais il semble bien établi aujourd'hui qu'elle doit être rangée dans la famille des berbéridacées qui compte déjà une autre drogue utilisée en thérapeutique, le podophylle.

L'*Hydrastis canadensis* croît à l'état spontané dans les forêts du Canada et de certains états orientaux de l'Amérique du Nord, en particulier dans l'Ohio, le Minnesota, l'Ontario, la Géorgie et le Missouri. En raison du prix très élevé du rhizome d'hydrastis, en raison également de ses nombreuses sophistications (1) on a tenté depuis déjà quelque temps de le cultiver en Europe ; les premiers essais semblent avoir été faits en Russie ; d'autres ont été tentés en Autriche, en Hollande, en Suisse, en Esthonie et en France (2).

Au point de vue chimique, le rhizome d'*Hydrastis* contient trois alcaloïdes : l'hydrastine (0 25, 4.16 %), la berbérine (0.34 5 %) et la canadine (environ 1.25 %). Les travaux de Tunmann et du professeur Goris ont établi que l'hydrastine et la berbérine sont localisées dans des cellules différentes de la plante où il est possible de les mettre en évidence par des réactifs appropriés.

L'hydrastine est un dérivé de l'isoquinoléine et a d'étroites affinités avec certains alcaloïdes de l'opium et plus particulièrement avec la narcotine. La narcotine n'est pas autre chose en effet que de la méthoxy-hydrastine.

L'oxydation de l'hydrastine donne de l'acide opianique et de l'hydrostinine ; celle de la narcotine, de l'acide opianique également et de la cotarnine. Préparées par l'industrie chimique et protégées par des brevets l'hydrastinine et la cotarnine ont été introduites dans la thérapeutique. L'hydrastinine paraît avoir déçu les espoirs que l'on avait placés dans son succès. Quant à la cotarnine qu'on avait vantée comme hémostatique et ocytocique, elle semble maintenant abandonnée comme trop peu active.

Action physiologique.

Si le rhizome d'*Hydrastis* renferme trois alcaloïdes, il n'en faut pas conclure que ces trois alcaloïdes ont une action synergique. En réalité, l'hydrastine représente seul le principe actif de la drogue, la canadine est inactive ; quant à la berbérine, son action paraît antagoniste de celle de l'hydrastine.

Etudiée par K. Bunge (1) la canadine n'a montré aucune action sur l'utérus et sur la pression sanguine.

Les travaux de Falck (2) et de Marfori (3) ont montré qu'à petite dose la berbérine n'a pas d'action sur la pression sanguine mais qu'à dose forte elle provoque une notable hypotension. Sur l'utérus la berbérine n'a pas d'action appréciable. Puisque cet alcaloïde se trouve en forte quantité dans la plante on peut admettre que son action y antagonise celle de l'hydrastine qui — comme nous le verrons — est hypertensive et vaso-constrictrice. Comme l'un de nous l'a démontré récemment (4) pour l'ergot, il paraît donc logique de substituer ici encore l'alcaloïde actif bien défini et cristallisé aux préparations galéniques dont l'activité varie suivant les proportions réciproques d'hydrastine et de berbérine qu'elles peuvent contenir. Ajoutons que la berbérine paraît avoir sur l'homme la même action que les tanins ; c'est ainsi qu'on l'a utilisée comme tonique, stomachique et antidiarrhéique. En outre, en raison de sa constitution chimique Brissemoret l'a préconisée dans les cures de démorphinisation où elle paraît abolir les troubles résultant du sevrage.

Quant à l'hydrastine qui représente, comme nous l'avons dit, le véritable principe actif de la plante, nous en allons faire l'étude détaillée. Mais comme le thérapeute utilise surtout son action vaso-constrictrice et son action ocytocique c'est surtout sur ces points que portera notre étude.

Action utérine. — *Chez l'animal*, Fellner (5) a constaté que l'hydrastine tout comme l'extrait d'hydrastis fait contracter l'utérus ; il y a à la fois renforcement des contractions et élévation du tonus. Les doses fortes au contraire provoquent le relâchement de cet organe. Mays (6)

(1) BLAQUE et MAHEU. — In *Bulletin des sciences pharmacologiques*, t. 33, 1926, p. 375-384.

(2) WALLNER. — In *Bulletin des sciences pharmacologiques*, t. 27, 1920, p. 72-78.

(1) K. BUNGE. — In *Arbeiten d. pharmakol. Institut zu Dorpat*, t. 11-12, 1895, p. 119-252.

(2) FALCK. — Loco citato.

(3) MARFORI. — Loco citato.

(4) RAYMOND-HAMET. — In *La Presse médicale*, décembre 1927 et janvier 1928.

(5) FELLNER. — In *Wiener med. Jahrb.*, 1885, p. 350.

(6) MAYS. — In *The therapeutic Gazette*, 1186, n° 5.

Slavatinsky (1) Serdzeff (2) et tout récemment Kako ont confirmé cette action caractéristique de l'hydrastine.

Chez la femme Kallmorgen (3) et plus récemment Rubsamen (4) ont observé que l'hydrastine provoque des contractions utérines. Aussi dans un récent travail d'ensemble sur la pharmacologie de l'utérus Loewe (5) a-t-il pu affirmer que l'action utérine de l'*Hydrastis* et de l'hydrastine était actuellement hors de discussion.

Action circulatoire. — Sur l'animal Bertholow (6) Fellner (7), Pellacani (8), Serdzeffi (9) et Hitoshi Kako (10) ont montré que les doses faibles d'hydrastine provoquent de l'hypertension, les doses fortes de l'hypotension. Le volume du rein enregistré par la méthode pléthysmographique diminue nettement en même temps que monte la pression artérielle ; c'est la preuve évidente de l'action vaso-constrictrice de l'hydrastine (Pellacani), Falck (11) pense que cette vaso-constriction est d'origine centrale et résulte de l'excitation du centre vaso-moteur qui serait au contraire paralysé par les fortes doses, d'où l'hypotension qu'on observe dans ce cas. Il faut cependant noter que sur le poumon, l'hydrastine paraît avoir aussi une action vaso-constrictrice périphérique puisque la perfusion de cet organe isolé avec un liquide contenant une quantité adéquate de cet alcaloïde détermine une diminution du flux de perfusion (12).

Néanmoins quelques auteurs ayant contesté cette action hypertensive et vaso-constrictrice de l'hydrastine, il a paru utile à deux d'entre nous d'en faire l'objet de nouvelles recherches dont les résultats ont été communiqués à l'Académie des Sciences (13) et à la Société de Biologie (14),

Tout d'abord nous avons constaté que, chez le chien curarisé l'hydrastine provoque une hypertension en même temps qu'une vaso-constriction rénale. Chez le chien non anesthésié l'hydrastine détermine également de l'hypertension. Par contre chez le chien anesthésié par le chloralose, l'hydrastine cause de l'hypotension. Nous avons pu ensuite démontrer que même chez le chien chloralosé l'injection d'hydrastine n'est hypotensive que si elle est injectée rapidement ; on ne constate pas d'hypotension quand l'injection est faite lentement par la méthode de la burette. Ces expériences expliquent les contradictions qu'on peut relever dans les travaux des pharmacologistes qui ont étudié l'hydrastine. Elles montrent en effet que c'est seulement quand on l'injecte rapidement dans le torrent circulatoire que l'hydrastine se montre hypotensive. Même chez l'animal chloralosé l'injection intraveineuse lente, ou ce qui est analogue, l'injection sous-cutanée, se montre souvent faiblement hypertensive. Le principal argument qu'on a opposé à l'application thérapeutique de l'hydrastine comme vaso-constricteur est donc inexistant puisque chez l'homme cet alcaloïde n'est donné que *per os* ou par voie sous-cutanée.

Actions accessoires

1° Action respiratoire

2° Action sur le système nerveux central. — Shiwopiszeff (1), Bartholow (2), Marfori (3), Falk (4) et tout récemment Hitoshi Kako (5) signalent que chez les animaux à sang chaud, l'extrait d'hydrastis et l'hydrastine provoquent à doses trop fortes des convulsions d'origine centrale. A doses plus fortes il y a alternance d'accès convulsifs et de phases de paralysie. Cerna (6) pense que les convulsions sont d'origine médullaire tandis que la paralysie touche à la fois les muscles, les nerfs moteurs et la moelle.

3° Action sur le cœur.— D'après Marfori (7) et Cerna (8) l'hydrastine provoque d'abord de l'accélération cardiaque par effet sur les ganglions intracardiaques, puis du ralentissement par action sur le vague. Pellacani (9) pense au contraire que si l'hydrastine ralentit les contractions cardiaques c'est, par effet musculaire puisque ce ralentissement s'observe même après atropinisation.

4° Action sur le tube gastro-intestinal. — D'après Cerna (10), l'hydrastine accroît le péristaltisme intestinal. Shiwopiszeff remarque que cette action ne s'observe qu'*in situ* et y voit la preuve de l'action centrale de l'hydrastine.

Action thérapeutique.

De l'action pharmacologique de l'hydrastis et de l'hydrastine découlent ses applications thérapeutiques. Les pharmacologistes en ayant en effet démontré la réalité de l'action excito utérine et de l'action vaso-constrictrice, il était logique de l'employer dans les troubles circulatoires des organes génitaux et plus particulièrement dans les hémorragies utérines.

Gordon (11) a obtenu d'excellents résultats dans les ménorragies et la dysménorrhée ; Schatz (12) dans les métrorragies résultant de myomes dans les hémorragies puerpérales et dans les ménorragies du climax ; Kurz (13) dans les troubles de la menstruation (règles profuses et trop abondantes), les hémorragies résultant de métrites, de fibromes ou suivant l'avortement ; Heitzmann dans l'endométrite, Chroback dans les règles profuses et les hémorragies par myome, Poehl dans les métrorragies, Mendes de Léon dans les ménorragies du climax ou résultant de myomes Winckel dans les myomes ; Feliner dans les métrorragies des vierges, les hémorragies résultant de métrite et d'endométrite. Ananoff dans les hémorragies résultant d'affections utérines chroniques, Woltering dans les hémorragies dues aux myomes, Pallin dans les métrorragies,

(1) Slavatinsky. — Ueber die pharmakologische Wirkung der Hydrastin. ([illegible] *Dissertatio*, St. Petersbourg, 1886.)
(2) Serdzeff. — Die pharmakologische Wirkung des Hydrastin auf den Circulationsapparat und den Uterus. (*Inaugural Dissertatio*, Moscou, 1890.)
(3) Kallmorgen. — In *Semaine médicale* 1891, p. 118.
(4) Rubsamen. — In *Arch. f. Gynekologie*, t. 112, 1920, p. 159-186.
(5) S. Loewe. — In Bethe, *Handbuch d. normal. u. patholog. Physiologie*, t. 14 1, 1926, p. 541.
(6) Bartholow. — *Drugs and Medicines* [illegible], t. 1, p. 146.
(7) Fellner. — In *Wiener medizin.* [illegible], 1885, p. 340.
(8) Pellacani. — In *Bolletino d.* [illegible], 1886, p. 118-131.
(9) Serdzeff. — *Loco citato*.
(10) Hitoshi Kako. — In *Folia* [illegible], 1925, p. 8-9 et 161-181.
(11) Falck. — *Loco citato*.
(12) Trovati. — In *Riv. Clinica*, Milano, 1888, p. 169 et 202.
(13) Comptes rendus de l'Académie des Sciences, t. 185, 1927, p. 363.
(14) Comptes rendus de la Société de Biologie, t. 97, 1927, p. 1165.

(1) Shiwopiszeff. — *Loco citato*.
(2) Bartholow. — *Loco citato*.
(3) Marfori. — *Loco citato*.
(4) Falk. — *Loco citato*.
(5) Hitoshi Kako. — *Loco citato*.
(6) Cerna. — In [illegible], 1891.
(7) Marfori. — *Loco citato*.
(8) Cerna. — *Loco citato*.
(9) Pellacani. — *Loco citato*.
(10) Cerna. — *Loco citato*.
(11) Gordon. — [illegible], aug. 1877, p. 112.
(12) Schatz. — In *Arch. f. Gynækologie*, t. 22, 1883, p. 135 et *Berl. klin. Wochenschr.*, t. 23, 1886, p. 301.
(13) Kurz. — In *Memorabilien*, Heilbr., t. 29, 1881, p. 271.

Voit dans les règles profuses, les endométrites et les métrites chroniques ; Fuchs dans la menstruation profuse; Shiwopiszeff dans les hémorragies par congestion de l'utérus ou des annexes, dans les métrites chroniques, les hémorragies liées à des tumeurs bénignes ou malignes, les ménorragies du post-partum ou suivant l'avortement ; Rutherford dans les hémorragies dues aux myomes, Schmidt dans le myome lui-même, Cabanès dans la dysménorrhée, enfin Glatter dans les ménorragies et le myome.

Ajoutons qu'on l'a utilisé aussi avec succès dans les hémorragies hémorroïdales, Feliner, dans l'épistaxis Feliner, Bottrich, enfin dans l'hémoptysie (Feliner, Kœniger, Bottrich, et Olszewski).

Posologie et actions accessoires.

La dose fixée par Ewald et Heffter est de 15 milligr. à 30 milligr. plusieurs fois par jour. La dose maxima est de 50 mmgr. par dose et de 150 mmgr. par jour.

D'après Devos l'hydrastine n'aurait aucune action fâcheuse. Ayant intoxiqué chroniquement des animaux par des doses massives d'hydrastine, il tua ces animaux et en pratiqua l'autopsie. Il ne put constater ni dégénérescence, ni altérations du rein, ni desquamation de l'estomac et de l'intestin. Pendant le cours de l'intoxication il n'avait d'ailleurs jamais noté d'albuminurie.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les méthodes de comblement des cavités osseuses d'origine opératoire ou pathologique et en particulier des cavités post-ostéomyélitiques

Par L. PLISSON
Professeur au Val-de-Grâce.

I. *Généralités.*

II. *Méthodes de comblement des cavités post-ostéomyélitiques.*

a) Cicatrisation naturelle.

b) Absence de cicatrisation. Causes.

c) Temps commun préalable à tout essai de comblement. Préparation de la cavité.

d) Procédés à utiliser pour combler la cavité osseuse autoplastie cutanée.

Plombage.

Méthodes de substitution par oblitération temporaire. Greffes.

I. Généralités.

a) Le prélèvement d'une greffe osseuse segmentaire libre du type Albee, l'évidement d'un os pour un néoplasme bénin, le traitement des lésions infectieuses aiguës ou chroniques, les évidements pour lésions bacillaires, l'extraction d'un projectile intra-osseux et le nettoyage chirurgical de la cavité qui le contenait, etc. etc., peuvent laisser après l'intervention des pertes de substances osseuse plus ou moins considérables.

Ces cavités peuvent se combler, l'os se cicatriser et se recouvrir de peau sans autre intervention que des pansements bien faits, une surveillance attentive de la cicatrisation.

b) La guérison varie du reste suivant la nature de la cavité.

Les petites pertes de substance provenant de la prise de greffes, les petits évidements pour corps étrangers opérés aseptiquement ne comportent aucun soin spécial. La plaie peut être suturée sur caillot humide (Lejars). La cavité osseuse remplie d'abord par du sang se comble peu à peu par substitution de tissu osseux à la trame fibro-conjonctive provenant de l'organisation du caillot. Les cavités faisant suite à une exérèse pour néoplasme forment une classe à part caractérisée par la dimension quelquefois très grande de la cavité à combler mais favorisée du fait qu'on a affaire à une lésion non infectée.

Au contraire, les cavités osseuses provenant de *lésions infectieuses* présentent des difficultés particulières de guérison en raison de la persistance de l'infection osseuse qui s'oppose à la cicatrisation régulière, et qui est à la base de la fistulisation souvent si tenace de ces sortes de lésions.

Encore faut-il distinguer au point de vue pratique les lésions post-ostéomyélitiques et les lésions tuberculeuses.

II. Méthodes de comblement des cavités post-ostéomyélitiques.

a) **Cicatrisation naturelle.** — Les cavités osseuses résultant des évidements osseux nécessaires au traitement de l'ostéomyélite aiguë ou fistulisée peuvent à la longue se cicatriser, soit qu'elles se comblent de la profondeur vers la surface, soit que l'épiderme descende progressivement dans la cavité osseuse et la recouvre.

b) **Absence de cicatrisation. Causes.** — Mais trop souvent, la cicatrisation est fragile, la région opératoire reste déformée ; l'os est plus ou moins modifié dans sa forme (cavité d'une part, hyperostoses de l'autre) ; l'épiderme mince qui recouvre l'os est fragile, s'exfolie ou se fissure au moindre contact, est détruit par la plus légère infection.

Quelquefois aussi, malgré tous les soins apportés au pansement, la cicatrisation n'arrive pas à recouvrir de peau la surface osseuse.

Les parties épiphysaires constituées par de l'os spongieux se comblent plus facilement que les diaphyses entamées jusqu'au canal médullaire, car suivant la formule, c'est l'os qui refait l'os, les éléments de reconstitution sont plus abondants dans l'épiphyse que dans le canal médullaire. L'état général du sujet n'est pas non plus sans importance ; les jeunes reconstituent mieux et plus vite leurs os que les malades plus âgés.

L'état *des parties molles périphériques* entre en ligne de compte ; des tissus souples, une peau saine et abondante au pourtour de la cavité osseuse seront plus favorables à la cicatrisation que la présence d'un bloc scléreux, plus ou moins infecté, avec une peau rétractée, cicatricielle, adhérente, n'ayant pour ainsi dire plus aucune force d'expansion et de végétation.

Enfin, la cavité peut être *si volumineuse* que tout pouvoir de cicatrisation des tissus (os et parties molles) est épuisé avant son comblement.

Dans un troisième ordre de faits, on voit très souvent la cavité osseuse paraître se combler, les parties molles se rapprocher, mais une fistule interminable persiste.

Il est très difficile en effet de maintenir l'os à l'abri des infections secondaires pendant toute la durée des pansements ; les parties molles, malgré les soins les plus attentifs, ont une tendance invincible à gagner de vitesse la cicatrisation osseuse et recouvrent en partie la cavité avant qu'elle ne soit comblée. Il en résulte un espace vide entre l'os et les parties molles où s'accumulent les sécrétions, et où l'infection secondaire fatale ramène des lésions infectieuses dans la cavité osseuse sous-jacente :

d'où la création de nombreux petits séquestres lamellaires qui tendent à s'éliminer, l'apparition de bourgeons fongueux et mollasses qui entretiennent la suppuration.

Tant que la fistule reste ouverte, cette suppuration qui prend jour à l'extérieur peut paraître insignifiante : mais dès que la fistule se ferme (ce qui peut faire croire à la guérison), les douleurs réapparaissent, la peau rougit de nouveau et en fin de compte la fistule se rouvre, laissant écouler un peu de pus dont l'issue ramène le calme ; mais l'ostéite n'est pas guérie, et l'on voit des blessés qui traînent ainsi des années désespérant de jamais guérir.

On conçoit donc qu'au lieu d'attendre la cicatrisation naturelle des cavités osseuses toujours si longue et si peu assurée, on ait tenté de les combler pour abréger le temps de la cicatrisation et rendre la guérison plus certaine.

c) **Temps commun préalable à tout essai de comblement Préparation de la cavité.** — Quelle que soit la méthode employée, il est un temps commun à toutes, c'est la préparation de la cavité.

Elle consiste à *mettre la cavité osseuse à plat*, à extirper tous les séquestres, à curetter tous les recessus suspects, et à ne s'arrêter qu'au tissu osseux parfaitement sain : l'opération préparatoire terminée, la cavité osseuse ne doit plus présenter de recessus difficilement accessibles, mais être étalée sous forme d'une cavité large, à bords évasés, tronconique à base superfici elle.

Les parties molles suspectes sont également abrasées, les blocs fibreux réséqués, la peau mobilisée autour de la cavité osseuse.

Livrée à elle-même et bien pansée, une telle cavité est susceptible, avons-nous déjà dit, de se combler naturellement, mais nous avons vu aussi avec quelle lenteur et quelles incertitudes.

La combler abrègera la cicatrisation.

d) **Procédés à utiliser pour combler la brèche osseuse.** — La multiplicité des procédés décrits et dont on trou, vera le détail dans le rapport de Broca et Nové-Josserand au Congrès de Chirurgie de 1908 et dans les publications ultérieures indique assez qu'aucun n'est absolument satisfaisant.

Je ne vous indiquerai ici que ceux que vous pourrez facilement appliquer dans la pratique courante :

On peut :

a) Soit recouvrir la brèche osseuse par de la peau mobilisée ou greffée et descendue au contact de l'os dans la cavité.

b) Soit abattre les bords de la cavité osseuse et les reverser en dedans pour la combler (ostéoplastie).

c) Soit combler la cavité par une substance inerte qui sera ensuite tolérée par l'organisme (plombage).

d) Soit combler la cavité par des substances qui seront ensuite progressivement résorbées et remplacées par du tissu osseux (oblitérations temporaires de substitution).

e) Soit enfin combler la cavité avec des tissus vivants qui oblitéreront définitivement la cavité, quitte à se transformer ultérieurement.

C'est dans cette catégorie que nous placerons les greffes musculaires pédiculées.

A) **Autoplastie cutanée.** — Elle comprend l'autoplastie par glissement, l'autoplastie par lambeaux pédiculés, l'emploi simple ou simultané des greffes libres du type Ollier-Thiersch.

a) L'AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT consiste à disséquer et à mobiliser les bords de la peau au voisinage de la cavité osseuse et à essayer d'obtenir assez d'étoffe pour faire une suture cutanée. Mais la réussite est conditionnée par le fait qu'il faut que les lambeaux cutanés descendent dsns la cavité osseuse et prennent contact avec les parois. Faute de quoi, il reste une cavité suintante entre la peau et l'os et la réinfection suivie de fistulisation est à peu près fatale.

C'est pourquoi la méthode est rarement applicable seule ; et c'est pourquoi aussi la simple suture cutanée n'est souvent que le complément d'une manœuvre préalable telle que le plombage ou le remplissage de la cavité par une greffe libre (graisse, greffe ostéo-périostique).

b) GREFFES PÉDICULÉES. — L'application du lambeau cutané contre les parois de la cavité osseuse est facilitée par la taille d'un lambeau cutané pédiculé.

Déjà préconisé par Goldmann, ce procédé a été de nouveau défendu par Ingianni au Congrès Italien de chirurgie de 1919.

Après préparation de la cavité, ce chirurgien y fait descendre un lambeau pédiculé cutané pris dans le voisinage. Puis, il comble les parties d'os qu'il n'a pu recouvrir (car il est difficile de tailler le lambeau pour s'adapter exactement à la cavité osseuse) avec des greffes d'Ollier-Thiersch prélevées dans les régions limitrophes de la plaie.

On peut aussi, à la manière de Piéri, tailler deux lambeaux latéraux, les faire descendre dans la cavité et les suturer au fond de la cavité osseuse. Cette méthode paraît surtout applicable aux parties d'os superficielles (calcanéum).

c) GREFFES DERMO-EPIDERMIQUES. — Quand les lésions ne se prêtent pas à la taille de lambeaux cutanés, on peut se contenter de recouvrir la surface osseuse de greffes d'Ollier Thiersch.

L'intérêt de cette méthode consiste surtout dans sa simplicité et dans la possibilité de son renouvellement en cas d'échec total ou partiel.

B) **Plombage.** — Cette méthode consiste à remplir la cavité osseuse d'une masse non résorbable qui oblitérera la cavité de façon à permettre la cicatrisation par dessus des plans superficiels, et la suture de la peau.

De nombreuses substances ont été utilisées pour préparer la masse de plombage (plomb, verre, gutta-percha, amalgame de cuivre).

D'une façon générale, toutes ces substances sont mal tolérées, tendant presque toujours à s'éliminer par suppuration.

Il vaut donc mieux remplacer ces procédés devenus désuets par l'emploi de plombages résorbables dont l'étude entre dans le chapitre suivant :

C) **Méthodes de substitution par oblitération temporaire.** — Ici la cavité est remplie par une matière destinée à être résorbée et remplacée progressivement par de l'os :

On peut utiliser :

1° Soit des substances inorganiques;

2° Soit des substances organiques non vivantes ;

3° Soit des tissus sous forme de greffes libres.

1° SUBSTANCES INORGANIQUES. — Elles sont composées de masses de plombage résorbables.

Les principales sont celles de Reynier, de Fantino et Valan, de Mosetig-Moorhof, de Delbet.

La masse de Reynier est comppsée de salol qu'on fait fondre par la chaleur sèche en y ajoutant une petite quantité d'iodoforme.

La masse de Fantino et Valan contient :

Thymol	1
Iodoforme	2
Os calciné	3

La composition de la masse de Mosetig-Moorhof est la suivante :

Blanc de baleine	40 gr.
Huile de sésame	40 gr.
Iodoforme	60 gr.

Le tout stérilisé à 120°.

Delbet emploie un mélange différent composé de 50 gr. de cire vierge fondue au bain-marie et dans laquelle on verse 6 cmc. de chloroforme et de teinture d'iode.

Le plombage peut être exécuté en un seul temps (Mosetig-Moorhof ou en deux temps (Bérard et Thévenot)

Quand on opère en *un temps*, le plombage est placé dans la cavité immédiatement après la préparation de celle ci et hémostase soignée.

L'opération en deux temps, plus sûre et qui permet de mieux faire l'hémostase consiste à préparer d'abord la cavité, à bien l'assécher, à préparer la suture par des fils d'attente et à tamponner la cavité 48 heures. Si au bout de ce temps, la température est restée normale, on peut couler le plombage.

Dans les deux cas, il faut laisser la suture en place le plus longtemps possible.

2° Substances organiques non vivantes. — Os décalcifié, ivoire, éponge, gaze iodoforme, etc. toutes ces substances ne sont plus employées depuis que les greffes de tissus vivants leur ont été substituées.

3° Substances organiques vivantes. Greffes libres. — Le fait de suturer une plaie au-dessus d'une perte de substance osseuse qui se remplit forcément de sang (suture sur caillot humide), constitue le premier et le plus simple emploi qui ait été fait de cette méthode par Schede dans le traitement des cavités infectées post-ostéomyélitiques.

Actuellement, elle est abandonnée et on lui préfère soit les greffes *graisseuses*, soit les greffes *osseuses*.

a) Les *greffes graisseuses* imaginées par Chaput, utilisées de préférence par Heinemann de Berlin. Elles consistent à introduire dans la cavité osseuse un morceau de *tissu adipeux libre* prélevé soit à la fesse, soit sur la paroi abdominale du malade.

Pour Heinemann, la condition essentielle de réussite est dans la préparation attentive de la cavité.

Elle sera préalablement à toute intervention, badigeonnée quatre ou cinq jours de suite à la teinture d'iode ; puis elle sera évidée chirurgicalement et de nouveau passée à la teinture d'iode ; on volatilisera ensuite l'iode à l'aide d'un jet d'air chaud.

Le transplant graisseux doit combler exactement la cavité osseuse.

On suture par dessus, aponévrose et peau. Beaucoup de chirurgiens croient que la greffe graisseuse est progressivement liquéfiée et résorbée.

Au contraire, Caforio aurait vu le greffon se transformer progressivement en tissu osseux.

b) *Les greffes osseuses*. — La facilité de placer et de préparer des *greffes ostéo-périostiques*, à la manière de Delagenière, devra de nouveau tenter les chirurgiens qui cherchent à combler les brèches osseuses après évidement soit pour lésions inflammatoires, soit pour lésions néoplasiques.

Pour réparer les pertes de substance après ostéomyélite du tibia, presque tous les chirurgiens ont eu jusqu'ici recours à la greffe péronière pédiculée, par le procédé de Hahn-Huntington ou par dédoublement du péroné à la manière de Curtillet.

Malheureusement, cette opération est d'une technique un peu délicate, et, si elle a donné de très beaux succès, ils ne sont pas constants.

C'est pourquoi on a tenté dans ces dernières années de lui substituer des opérations plus simples, en pratiquant des greffes libres qui semblent donner des résultats comparables à moins de frais (Borellus, Murphy, Dehelly-Trinci. Greffes ostéo-périostiques de Delagenière).

D. **Remplissage de la cavité par greffe musculaire pédiculée.** — Ce procédé déjà utilisé par Schulten en 1896, par Nélaton, a été de nouveau préconisé en 1918 par Grégoire.

Il présente le grand avantage sur tous les procédés précédents de pouvoir être appliqué et de réussir dans les cavités osseuses qui ne sont pas absolument aseptiques car le lambeau pédiculé et vivant se défend contre l'infection et n'est pas éliminé.

Néanmoins, la préparation de la cavité est fondamentale. Une bonne radiographie face et profil indiquera toute l'étendue des lésions à abraser, la présence de tous les séquestres à extraire.

L'opération se fait en un seul temps :

Longue incision cutanée en circonscrivant la fistule par la voie conduisant le plus directement à l'os.

S'il existe des trajets fistuleux secondaires, on peut les négliger. ils se fermeront d'eux-mêmes quand la source d'infectfon sera tarie.

Après évidement bien complet de la cavité, on taille un lambeau musculaire à pédicule large et supérieur, de façon à ménager au maximum son irrigation artérielle et sa vitalité.

Il sera assez long pour retomber naturellement au fond de la cavité à combler sans tiraillements.

Les plans superficiels sont suturés sur drainage filiforme afin de ménager l'issue d'un exsudat toujours abondant pendant les premiers jours.

D'après Grégoire, la réunion par première intention serait la règle malgré une élévation passagère de la température qui peut monter jusqu'à 40° le premier soir, mais ne tarde pas à tomber rapidement à 37°.

Wood, de Bristol, qui préconise, lui aussi, l'autoplastie musculaire en utilise au besoin plusieurs si la cavité à combler est trop grande.

Parmi tous les procédés décrits précédemment, il n'est pas douteux que l'autoplastie musculaire pédiculée apparaît comme un procédé de choix toutes les fois que le comblement de la cavité s'imposera et qu'il sera possible de l'utiliser. Il a en effet l'avantage sur tous les autres procédés de résister à une infection atténuée. d'être mieux toléré, le greffon étant vivant, et d'avoir en même temps un pouvoir hémostatique sur les parois de la cavité évidée.

Journal intime de Benjamin Constant et lettres à sa famille et à ses amis. précédé d'une introduction par O. Mellegari, 1 vol. Prix : 20 fr. A. Michel, éditeur, 22, rue Huyghens.

On connaissait déjà le journal de Benjamin Constant ; cette édition en donne un texte soigneusement revu, en même temps que ses lettres et une préface de 80 pages qui est l'étude la plus complète que l'on ait sur l'auteur d'*Adolphe*.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

PIORRY

Piorry pourrait être classé parmi ceux que Monselet a appelés les oubliés et les dédaignés, catégorie assez nombreuse en médecine où l'on perd facilement le souvenir des devanciers.

En 1879, il était de bon ton de le traiter de raseur. Guardia considérait son œuvre comme un tissu d'insanités. Depuis, les générations n'ont guère fait qu'accepter ce verdict en oubliant complètement l'homme et l'œuvre.

M. Paul Le Gendre, qui avoue avoir partagé autrefois cette impression, vient d'en appeler de ce jugement un peu trop catégorique. La lecture de l'œuvre scientifique et litteraire de Piorry lui a pemris de revenir à une meilleure opinion sur l'inventeur de la plessimétrie, et les deux communications qu'il a faites à la Société d'Histoire de la médecine (1) sont tellement riches en aperçus nouveaux et si solidement documentées qu'elles valent la peine d'être résumées pour donner au lecteur une idée du curieux caractère que fut le parrain de l'onomapathologie.

« Né le 31 décembre 1794 à Poitiers, Piorry, dit M. Le Gendre, faisait à 17 ans, comme aide-chirurgien militaire, une campagne en Espagne. Elle lui avait laissé de si émouvants souvenirs que « ses yeux ordinairement doux lançaient des éclairs, quand il s'y reportait. » (Dominique Richet.) Il en garda en tout cas une horreur de la guerre, qui éclate dans son poème.

Il était à 21 ans docteur de Paris après une Thèse très judicieuse sur *le danger de la lecture des livres de médecine pour les gens du monde* (1816), sujet toujours actuel.

Il se lia avec Magendie et Broussais, ce qui ne l'empêcha pas de s'enthousiasmer pour Laënnec, dès qu'il eut suivi son enseignement et connu sa découverte.

Il faisait, dès 1823, partie de l'Académie de médecine, et commençait la plus singulière carrière de concours, qu'on ait vue. En 1823 et 1825 il concourt pour être *chirurgien* des hôpitaux, sans succès ; en 1824, pour l'agrégation de médecine et échoue, mais en 1826 il est nommé agrégé et *médecin* des hôpitaux.

En 1830, le concours pour le professorat est rétabli. Il concourt en 1831 pour la chaire de *physiologie* (Pierre Bérard est nommé). Deux mois après il concourt pour la *clinique médicale* (Bouillaud est nommé) ; en 1833, pour cette même chaire (Rostan est nommé) ; en 1837, pour la chaire *d'hygiène* (Royer-Collard est nommé).

Enfin, en 1840, il est nommé à la chaire de *pathologie interne*.

En 1850, il passa à la Clinique de la Charité, en 1864 à l'Hôtel-Dieu et fut retraité en 1866, officier de la Légion d'honneur.

Il fut un professeur convaincu : notre vénéré confrère A. Guéniot, qui fut témoin de son enseignement, nous le montre, dans ses récents *Souvenirs anecdotiques et médicaux*... « virtuose de la percussion, plessimètre et crayon dermographique en main, dessinant des cartes sur les torses. »

Il avait publié de nombreux ouvrages et marqué sa place dans la Petite Histoire de la médecine par deux efforts d'inégale valeur.

Admirateur des découvertes de Corvisart et de Laennec, il chercha à perfectionner la percussion par l'invention de son Plessimètre, entreprit de réformer la nomenclature des maladies par ce qu'il appela «l'onoma-pathologie» et rompit de nombreuses lances dans les tournois académiques pour défendre ses opinions.

N'ayant jamais cessé de travailler et d'écrire, de s'intéresser aux évènements et toujours désireux d'occuper l'opinion publique, il avait vu passer tant de gouvernements que la Commune même de 1871 ne lui inspira guère de surprise, ni d'inquiétude au premier abord ; il fut particulièrement favorisé de la confiance des insurgés.

Nommé à son insu « chirurgien de bataillon » (à 76 ans), il proteste « qu'il ne refusera jamais ses soins à qui que ce soit, à quelque parti qu'il appartienne, mais qu'il a rendu assez de services à l'Humanité pour vouloir et pouvoir garder dans toutes circonstances la liberté de ses actions. »

Les maîtres de l'heure ne lui tinrent pas rigueur de ce refns de service actif, puisque le 8 mai il était requis de 9 heures du matin à 4 heures du soir par le citoyen Moiré, faisant fonctions de juge d'instruction, pour la constatation médico-légale de 18 squelettes, découverts dans l'église Saint-Laurent par les soins de ce magistrat, qui se demandait si ce n'étaient pas « des victimes du clergé. » — C'étaient des ossements de femmes, mais enterrées dans l'église depuis un grand nombre d'années.

De cette époque jusqu'à sa mort (1879), le vieux lutteur resta silencieux ; il avait posé sans succès sa candidature à l'Académie des Sciences.

Son portait physique, tel que je l'ai vu, montre, à l'époque de sa maturité des cheveux drus, plaqués autour d'un front têtu, de longs et larges favoris en côtelettes (1) encadrant une figure aux traits accentués, nez long et mince, lèvres fines, menton bifiide rasés, regard assuré, mi-bourru, mi-railleur, col de chemise rabattu, et cravate négligemment étalée sur la poitrine en un temps où les grands praticiens avaient encore pour la plupart des cols hauts soutenus par de rigides racvates. Dans l'ensemble plutôt l'air d'un vieux loup de mer que d'un savant ».

Voilà le médecin poète que successivement, sous ces deux aspects, M. Le Gendre examine.

***

PIORY POÈTE. — On n'ignorait pas de son vivant que le père du Plessimètre avait aussi joué de la Lyre.

Tillaux a dit que Piorry était « poète à ses heures ». C'est trop peu dire : il fut toute sa vie métromane.

Il avait composé, à 19 ans, une épopée en plusieurs chants sur les exploits de Napoléon, dédiée à sa Majesté impériale ; plus tard il tenta de chanter la Révolution, mais renonça dès le deuxième chant ; et, en réplique à une satyre de Barthélemy sur les médecins lue devant lui, à un dîner, il avait riposté par 196 vers médiocres.

« Le poème, dit M. Le Gendre, qui m'a reconcilié avec le pathologiste et le nosographe, me paraît digne d'une appréciation moins sévère. Sans doute les vers médiocres y sont nombreux, il y en a de tout à fait plats et de bouffons :

L'isolé tænia, sinistre anachorète.

Mais il y en de très bons, imagés, expressifs. Surtout il y règne une aspiration à la noblesse des sentiments, à la hauteur des idées, qui mérite l'estime.

Le plan, d'une ampleur Lucrétienne, aurait exigé sans doute le flux d'images, la magnificence verbale d'Hugo ; mais la langue de Piorry, si riche en néologismes dans sa prose nosographique, est plutôt terne et banale dans le genre lyrique et descriptif. Ses moyens d'exécution n'étaient pas à la hauteur de son ambition.

Tel qu'il est, pourtant, il m'a paru assez curieux pour être tiré de l'oubli à l'intention de ceux qui cherchent à se représenter impartialement les Anciens de notre profession.

Pour ma part, c'est après l'avoir lu que je me suis remis à analyser patiemment la vie et les travaux de ce chercheur de bonne volonté et que tout en reconnaissant ses nombreux défauts, j'ai entrepris de mettre en lumière ses qualités trop méconnues.

Ce qui augmente l'intérêt du poème aux yeux de l'historien, c'est l'abondance de *notes explicatives* dont l'auteur a fait sui-

(1) Dr Paul LE GENDRE. — Opinions et caractères de P.-A. Piorry. A propos de son poème : Dieu, l'Ame et la Nature (*Bull. de la Soc. franç. d'Hist. de la médecine*, nos 11, 12, 1927, 1-2, 1928.)

(1) Jusqu'à la fin de sa vie ses favoris conservés noirs grâce à la teinture et une perruque de la même nuance symbolisèrent l'invariabilité de ses convictions et, dit-on, son persistant désir de plaire au sexe, dont nous verrons plus loin qu'il a célébré les attraits.

vre chacun des chants. A la manière de Lamartine (si j'ose faire ce rapprochement irrespectueux), le poète craint que le lecteur ne comprenne pas toutes ses intentions, ou il désire mettre en lumière les sources de son inspiration. — Il faut reconnaître que, si les « Commentaires » qui suivent les *Méditations* du Cygne de Saint-Point ne déposent pas toujours en faveur de sa modestie, ils sont précieux pour la critique qui, suivant les habitudes modernes, ne consent à juger la valeur intrinsèque d'une œuvre qu'après s'être enquis des conditions psychologiques ou sociales dans lesquelles elle a pris naissance. — Pour Piorry, s'il ne nous importe guère de savoir quel était le point de départ de l'inspiration de ce poète amateur, nous y trouvons des renseignements indiscutables sur la tournure d'esprit et les convictions de l'homme et du médecin, dont la biographie n'est pas négligeable dans l'histoire médicale de son temps. »

« Ce poème (1) écrit M. Le Gendre est divisé en huit chants. La composition en est singulière. Ce sont des morceaux d'une étendue très inégale ; il en est de plusieurs pages, quelques-uns se réduisent à 4 vers ; mais chacun est précédé d'un titre spécial en caractère gras, qui précise l'intention de l'auteur. Je suppose que, disposant de peu de temps, il exprimait plus ou moins brièvement toute idée qui lui venait et qu'il n'a pas pris la peine de fondre ultérieurement ces morceaux, ni de relier par un fil continu les perles du collier qu'il projetait, celles-ci sont d'une inégalité de volume choquante ; il en résulte plutôt une mosaïque bizarre.

Le rythme varie à chaque instant. Les alexandrins à rimes plates alternent avec des strophes en rimes croisées.

L'auteur tire d'ailleurs des effets heureux de la longueur inégale de ses vers. Tel morceau, d'une vingtaine d'alexandrins, intitulé l'*Harmonie*, — et destiné à montrer le lien commun entre les manifestations physiques de la nature (mouvement, lumière, son, électricité), le passage graduel de la nutrition des plantes à l'instinct des animaux et les propriétés de l'âme humaine (volonté, intelligence, amour), — est couronné par quatre vers dont la longueur décroissante semble rendre visible l'idée que le pivot de l'Univers est l'Auteur de toutes ces merveilles. »

C'est en somme un *De Natura rerum* déiste et spiritualiste, d'après les connaissances scientifiques acquises au milieu du XIXe siècle.

Le premier Chant débute par cette invocation :

> Amour de l'Eternel et de l'Humanité,
> En une âme divine ineffable croyance,
> Noble désir du bien, flambeau de la Science,
> Elevez la Raison jusqu'à la vérité.

L'auteur traite de la formation de la terre, du feu central, des montagnes, de l'inertie et du mouvement, de l'organisation des êtres, des cataclysmes et déluges, des fossiles.

Le IIe Chant est intitulé : *Le Progrès, l'Homme et la Femme*. Depuis :

> L'infusoire au mouvement rapide
> Qui ne naissait que pour bientôt mourir

l'*échelle des êtres* est gravie par suite d'un *transformisme, voulu par Dieu*.

C'est dans ce chant que se trouve une *Apothéose de la femme* à ses différents âges, où, dit M. Le Gendre, l'enthousiasme s'allie au pathos et au jargon.

Quand elle s'approche de l'homme,

> A son approche sympathique,
> Les sens s'enflamment de désirs,
> Et de son âme magnétique
> Ruissellent des flots de plaisirs.
> Le cœur bat, quand sa main nous touche,
> L'esprit s'élève en la voyant ;
> Un doux sourire de sa bouche
> Est un irrésistible aimant.

(1) Dieu, l'Ame et la Nature, poème par P.-A. Piorry (1re édition, 1850, 2e éd. 1870).

Le vieillard même a encore droit à l'amour, tout au moins à la tendresse.

> Il se fait rajeunir par de douces caresses :
> On le convie encor au festin du bonheur.

M. Le Gendre omet — avec raison — de citer les brûlantes ou touchantes descriptions de la « nymphe-amante », dont « les formes de Vénus couronnent la ceinture », et de la jeune fille, « dont la pudeur a guidé les candides pensées » — « dont le chaste baiser a tant de douceur ».

Le Chant III : *Grandeur et découvertes de l'Homme. Union et force. Civilisation. Avenir*, bourré de descriptions scientifiques nous intéresse plus directement. L'attraction, les marées, l'éther (souffle de Dieu), toutes les découvertes de l'homme (parole, navigation, arboriculture, imprimerie, électricité, ballons, télégraphe, baromètre, thermomètre, la musique, les beaux-arts), tout y passe.

Les médecins et les anatomistes n'y sont pas oubliés :

> Des venins empestés, dont suintent les tombes,
> Ils ont bravé l'horreur...

« Le but de la Médecine, lit-on dans une note, est si beau et si élevé, que les plaisanteries deviennent bien fades et bien déplacées (celles de Molière et de Beaumarchais), alors qu'il s'agit de médecins honorables et de ces hommes qui ne peuvent séparer la Science médicale de l'Humanité. — Il n'est pas d'année où l'amphithéâtre ne soit, pour quelque médecin dévoué, le chemin de la mort. Ecrivains, qui passez assez joyeusement et tranquillement la vie, rendez donc justice à un courage qui ne cède en rien à la vaillance du guerrier. Il n'est pas un de nous qui ne puisse montrer des cicatrices de plaies parfois plus graves que les blessures du champ de bataille. »

Parmi les belles inventions de l'homme se trouvent naturellement le *plessimétrisme* et l'*organographisme* et Piorry ne manque pas de dire dans quelles conditions ces découvertes lui ont été inspirées par Dieu, touché de la prière de l'inventeur.

> Dieu ! quand je t'invoquai pour trouver des secours
> Contre les maux cruels qui torturent nos jours,
> Quand je vis Laënnec à l'immortelle gloire
> Par les échos du mal en révéler l'histoire ;
> *Quand je me prosternai pour obtenir de toi*
> *Le flambeau radieux d'une nouvelle loi*
> *Qui de l'homme souffrant éclairât les mystères,*
> *Tu daignas écouter mes ferventes prières.*
> Et tu voulus m'apprendre à tracer au dehors
> Les fluides gazeux et les fibres du corps !

L'*auscultation* est définie :

> L'oreille leur fait voir jusqu'en leur profondeur
> Les secrets mouvements des poumons et du cœur.

Dans une note l'auteur fait allusion à l'injustice de ses contemporains.

« Mettre en doute l'utilité, on peut dire même l'indispensabilité du plessimétrisme et du dessin linéaire des organes est faire preuve d'ignorance et de mauvaise foi. On ne comprend pas comment un trop grand nombre de médecins et de chirurgiens qui aiment leurs malades négligent d'étudier et de pratiquer une méthode qui éclaire au plus haut degré la diagnose, sans laquelle il ne peut y avoir une thérapeutique rationnelle. »

Mais il ne leur en veut pas, parce qu'il sait que Dieu a doté la bonté d'un paisible avenir.

« Le moyen d'être heureux et d'avoir une existence paisible dans l'avenir, c'est de faire le bien et de pardonner les offenses. Le mal que l'on fait aux autres retombe sur soi ; le bonheur est comme une balle élastique, qui revient, du corps qu'elle frappe, sur celui qui la lance ; tel qui satisfait sa vengeance, envenime les haines existantes et en provoque de nouvelles. Certes il y a beaucoup d'ingrats, et il en est plus d'un que l'auteur pourrait citer ; mais enfin le bien que l'on fait est comme une semence dont l'avenir permet souvent de recueillir les fruits salutaires. »

Dans le *IVe Chant*, l'auteur traite DE LA GUERRE ET LA PAIX.

« En cherchant à prévoir l'avenir, il se montre dit M. Le Gendre, sous l'aspect d'un de ces esprits ardents, enthousiastes, prompts à chevaucher la Chimère, — anticipateurs naïfs — comme en révéla beaucoup notre éphémère Seconde République. On a voulu les ridiculiser en les baptisant des « Quarante-Huitards » ; ce surnom ne leur aurait pas déplu. Il est à l'honneur de la France d'avoir toujours donné naissance à des apôtres de la paix universelle. Si beaucoup de leurs croyances ont été et sont encore illusoires ou prématurées, c'est grâce à ceux qu'on a fait du chemin depuis l'abbé de Saint-Pierre jusqu'à la Société des Nations. »

Piorry avait déjà prédit en1854 l'unification de l'Italie et de l'Allemagne, et se réjouissait de l'Annexion de la Savoie par un plébiciste.

Les Gaulois, habitants de l'Alpestre montagne,
Sous le drapeau français s'empressent d'accourir.
Les peuples séparés de la Vieille Allemagne
En un faisceau puissant aspirent à s'unir.

Si dans une note, il émet une prophétie sur les *Etats-Unis d'Europe*, qui aujourd'hui provoque un sourire ironique, reconnaissons que Quinet, Michelet, Renan, n'ont pas été meilleurs prophètes que lui, .

Piorry n'est pas hostile en principe au gouvernement d'un seul : l'unité du pouvoir sur terre, comme l'est celui de Dieu dans l'Univers.

Aussi estime-t-il prudent de recruter une élite d'hommes soigneusement triés pour diriger les affaires humaines.

Parmi les progrès que Piorry prévoit grâce à la civilisation croissante, il indique la *sélection par les Concours* : les hommes d'élite ainsi recrutés composeront « les chaînons d'un paternel pouvoir » qui, concentrant la puissance de l'intelligence humaine, sera « un sublime écho des voix de Dieu ».

Les Concours apparaissent ainsi à Piorry comme une institution d'une évidente utilité.

Le temps approche où les hommes d'élite,
Ornés par les Concours des palmes du mérite,
Formeront des degrés marqués par le savoir,
Composant les chaînons d'un paternel pouvoir.
Alors des hommes la puissance,
Se concentrant en une intelligence,
Convergera vers un commun milieu,
Sublime écho des voix de Dieu.

En philosophie, dit M. Le Gendre, les opinions fondamentales de Piorry sont le déisme et le spiritualisme.

L'univers est composé d'atomes matériels indestructibles, quoique leurs associations innombrables forment tous les corps composés ; mais ces atomes matériels ne peuvent constituer des être vivants animés que s'ils sont pénétrés, mus par des atomes, animateurs intelligents « émanés directement de Dieu » et dont l'activité régit toutes les modifications de structure la composition et la décomposition de tous les êtres organisés.

Ces atomes intelligents, il les nomme PSYCHATOMES

La querelle des générations spontanées ne l'arrête pas. Il refuse de se prononcer entre Pouchet et Pasteur. Que les germes s'introduisent dans le récipient fermé ou y préexistent, quand un germe se développe, c'est qu'un psychatome l'a pénétré.

Avant tout, il est déiste.

Quelle que soit l'essence de Dieu, Piorry proclame que sa religion est le *Théophilisme*.

Enfin le poème est couronné par un HYMNE, où, dit M. Le Gendre, on ne peut méconnaître la hauteur de la pensée, malgré la banalité et la faiblesse de l'expression.

En voici quelques extraits :

Croyance en Dieu, croyance à l'Ame,
Augustes sentiments que la raison proclame,
Que la science élève au rang des vérités
Et dont l'instinct du cœur pressentait les clartés,
Adorables liens qui rattachez le monde
A l'amour des devoirs, des vertus, de l'honneur ;
O vous, de charité source pure et féconde,
Vous les seuls fondements d'un solide bonheur ;
Vous qui faisiez vibrer les cordes de ma lyre,
O vous, qui m'inspiriez quand j'écrivais ces vers,
Quand j'osais célébrer les lois de l'univers
Dont l'Eternel régla le paternel empire,
Illuminez les cœurs de vos divins rayons.
Que l'incrédulité qui pesait sur la tombe
Des hauteurs de l'orgueil dans le néant retombe,
Comme on dit qu'un archange a frappé les démons !
Que la terre ne soit qu'un immense domaine
Où règnent les grandeurs de la fraternité ;
Que votre voix puissante assemble en unité
Les peuples divisés par l'envie ou la haine.

....

« Puisque l'auteur est enclin aux hypothèses, ajoute M. Le Gendre, je l'imiterai en suggérant que son Psychatome personnel avait jadis animé le corps de quelque disciple de Platon où d'un des néoplatoniciens de l'Ecole d'Alexandrie : d'où son goût pour le grec et les hypothèses cosmogoniques. Plus près de nous, je me l'imagine, s'étant incarné dans quelque admirateur de Bernardin de Saint-Pierre, amoureux résolu de la nature et de la cause finaliste, — vertueux avec emphase. Mais au XIXe siècle, sous les apparences de Piorry, il est professeur de pied en cape et jusqu'aux moelles, jaloux de tout expliquer, supposant son lecteur ignorant de tout le mouvement scientifique contemporain et ne voulant surtout pas risquer lui-même de le paraître, tranchons le mot : pédant — s'enflammant aussi pour la nature et l'art et pour la beauté notamment celle de la femme ; — mais par surcroît moraliste et moralisateur. »

Après avoir étudié Piorry poète, M. Le Gendre fait revivre le professeur, l'Académicien, le polémiste, prêt à défendre contre tout venant ses idées médicales.

***

Quand on étudie chez Piorry *l'inventeur*, *le doctrinaire* , *le polémiste*, dit M. Le Gendre il convient de rappeler que l'emphase n'était pas sans excuse chez un homme qui avait traversé dans sa jeunesse les engouements gréco-romains et ossianiques de l'Empire, le Romantisme de la Restauration et de l'Ere Philippique. Broussais, dont a vanté l'Eloquence, n'est pas exempt d'emphase.

Quand Piorry prétendait apporter à ses contemporains de nouvelles Tables de la Loi, il se croyait le droit de foudroyer ses contradicteurs, puisqu'il considérait, il nous l'a confié, ses découvertes comme d'inspiration divine.

Les trois révélations qu'il offrait au public médical, c'étaient une invention technique, le *plessimétrisme*, une doctrine pathologique, les *états organopathiques*, et une réforme de la nomenclature, l'*onoma-pathologie* ou *pathonomisme*.

PIORRY INVENTEUR. *Le plessimétrisme et l'organographisme.*

« C'est en 1826 que Piorry fit sa découverte du Plessimètre et c'est en 1828 que parut un volume de 300 et quelques pages intitulé : DE LA PERCUSSION MÉDIATE *et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen d'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux*.

C'est incontestablement, dit M. Le Gendre, un livre remarquable, non seulement par la nouveauté du sujet, mais par la clarté, la sobriété et une modestie relative. La note emphatique n'apparaît guère que dans la dédicace : *Aux Mânes d'Avenbrugger, de Corvisart et de Laennec* et la note vaniteuse dans l'énumération des titres et qualités de l'auteur (qui n'a pas dépassé de beaucoup la trentaine.

Il a pris pour épigraphe : « Un organe étant donné, chercher à déterminer pendant la vie sa disposition physique » ; en effet son invention consiste à substituer à la percussion directe usitée jusqu'alors, et dont il montre les inconvénients et l'insuffisance, la percussion médiate, ou *médiatisée*, la *médio-percussion*, en interposant entre le corps et le doigt qui percute un instrument, le *plessimètre* : celui-ci permettra de déceler l'état matériel (étendue, consistance) de la plupart

des organes. L'inventeur ne propose pas d'ailleurs d'employer ce mode d'exploration à l'exclusion des autres, « ce serait faire preuve d'un mauvais esprit ». Il veut seulement à l'exemple de Laennec, rapprochant sans cesse les résultats de la percussion de ceux auxquels le conduisait l'auscultation, tirer de ce parallèle lesplus heureuses conséquences. — Le volume se termine par deux planches, montrant l'une le plessimètre et le « cylindre de Laennec », modifié par lui, qu'on peut y adapter ; l'autre, le tableau des sont obsenus par la percussion médiate : il critique non sans raison le vague des dénominations : plein, vide, sourd, appliquées aux sons par Skoda et Aran, et propose : ostéal, fémoral, jecoral, stomacal, intestinal, cardial, pulmonal et humorique, suivant les régions et les organes ou tissus sous-jacents.

40 ans après, en 1866, paraissait le TRAITÉ DE PLESSIMÉTRISME ET D'ORGANOGRAPHISME (*anatomie des organes sains et malades établie pendant la vie, au moyen de la percussion médiate et du dessin, à l'effet d'éclairer le diagnostic*) par P. A. Piorry, — dont les titres étaient augmentés non seulement par ses qualités de professeur de clinique médicale, chevalier de la Légion d'honneur et médecin de l'Hôtel-Dieu, mais aussi ses honneurs académiques puisque, outre les Académies de Paris et de Madrid, il était membre des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, Boulogne, Alger, Gœttingen, Suède, Athènes, Vienne, Moscou, Kharkoff, etc., etc... (*sic*).

Ce volume de 750 pages imprimées en partie en caractères très fins et illustré de 91 fig., résumait des ouvrages publiés en 1833 : Procédé opératoire de la percussion et Atlas de plessimétrisme de 1851, de nombreuses communications et mémoires aux Académies des Sciences et de médecine, publications dans les journaux, d'innombrables observations recueillies dans les hôpitaux, dans la clientèle, dans des consultations avec des confrères, et des recherches expérimentales ; or, tout cet entassement aboutit à la conclusion qu'il n'y a aucun changement, presque aucune modification à apporter à ses propositions primitives. La percussion ou *plessisme* ne donne tous les résultats qu'on en doit attendre que si elle est exécutée au moyen de la plaque même, dite plessimètre, tenue de la main gauche et convenablement appliquée, et avec un doigt de la main droite. Après avoir essayé pour la mati ère de la plaque sonore diverses sortes de bois (sapin, peuplier, noyer, etc...), l'os, la baleine, le caoutchouc, l'or, le plomb, le fer, le zinc, il a donné la préférence à l'ivoire. On a proposé diverses sortes de marteaux percuteurs ; il les repousse, pour cette raison que le doigt perçoit des sensations tactiles — esthéso-plessisme ou aphé-plessisme — correspondant à celles qui, dans le même temps, sont perçues par l'ouïe (acouplessisme). Le tact peut parfois corriger l'insuffisance de l'ouïe « et un sourd pourrait se donner une idée des variations de sonorité des corps solides, s'il était entraîné à la médio-percussion ». Tout le monde peut acquérir l'adresse nécessaire, à condition de s'exercer patiemment. « Paganini n'est arrivé à son immense talent que par un exercice continu. »

L'utilité de la percussion a été connue de tout temps, mais on n'en a pas tiré tout le parti possible. « Laocoon, lançant un javelot sur le cheval des Grecs et faisant ainsi retentir un frémissement d'airain, aurait pu sauver Troie, si la prévention et la superstition n'eussent pas aveuglé les hommes de ce temps reculé, comme elles obscurcissent encore aujourd'hui la raison humaine ».

Au cours de ses recherches sur les conditions physiques du retentissement des sons, Piorry, constata que des lames de sapin ou de tout autre bois mince et sonore, disposées de manière à être libres dans une grande partie de leur étendue, augmentent beaucoup l'intensité des sons produits par des corps que l'on percute non loin d'elles. Il utilisa, pour augmenter la sonorité musicale d'un salon, un appareil composé de planchettes minces, larges, placées au-dessus des enfoncements de plusieurs portes, remplissant l'office des tables d'harmonie dans les instruments à cordes. Peut-être, ajoute-t-il, pourrait-on utiliser ce fait dans la construction des salles de spectacle. Que n'at-il vécu jusqu'à nos jours, pour améliorer l'acoustique déplorable de notre Académie de la rue Bonaparte.

Le public médical s'intéressa immédiatement à l'invention de Piorry et, à ce point de vue, l'inventeur ne pouvait dire qu'on l'eût méconnu ; mais un grand nombre de médecins, en tous les pays, et ses propres élèves proposèrent des modifications à son instrument et à sa technique ; ce n'est pas le lieu de les énumérer, mais il se refusa toujours à les approuver. La plus simple est celle qui a prévalu, c'est la substitution d'un ou plusieurs doigts de la main gauche à la plaque d'ivoire. Mais, bien que cette simplification pût se justifier par ce qu'il avait dit lui-même de l'utilité d'associer les sensations tactiles aux auditives, il n'a jamais voulu admettre la suppression de la plaque sonore.

Le principal grief qu'il a contre ses contemporains, c'est leur résistance à admettre la possibilité de déceler, avec une précision mathématique, non seulement la configuration et le volume de presque tous les organes, mais de distinguer les uns des autres la plupart des tissus normaux et pathologiques, la sérosité, le pus, le sang, etc.

Les contours des organes délimités étaient dessinés sur la peau avec un crayon de couleur ou du nitrate d'argent.

C'est contre l'extension abusive des conclusions de Piorry que ses contemporains ont protesté et cette protestation suffisait à le rendre furieux.

La postérité n'a pas méconnu son vrai titre à la renommée, puisque la percussion médiate au bout d'un siècle est toujours en usage et, pas plus que l'auscultation, n'a été rendue inutile par la radioscopie.

Mais, si l'Ombre toujours jeune de l'octogénaire irritable revient errer dans ce service de clinique de la Charité où il enseigna si longtemps à manier la plaque d'ivoire, elle ne doit pas se consoler de voir le professeur Emile Sergent exercer avec patience et succès ses élèves en Propédeutique à percuter sur leurs doigts — et d'être réduite à ne revoir son plessimètre que dans une vitrine de Musée. — Cet homme, « qui n'avait jamais ri », dit Guardia, n'entendait pas la plaisanterie et il était particulièrement sensible à certaines légendes qui prenaient peut-être naissance dans les salles de garde des internes : on disait qu'il avait méconnu une transposition des viscères et qu'en décelant des organes absents, il s'était grossièrement *mépris*. « Ce dernier mot, écrit-il, me rappelle ce que méritent ceux qui ont inventé cette fable. »

PIORRY POLÉMISTE. *Doctrines pathologiques et Nomenclature.* C'est en 1855, que Piorry exposa et défendit à propos de la variole les idées qui lui étaient chères et émit sa conception des états organopathiques.

« Piorry, dit M. Le Gendre, reproche à ses contemporains la conception qu'ils ont de la « maladie unitaire », en vertu de laquelle on devra opposer un remède spécial à chaque maladie, tandis que la complexité de chaque cas, qui se compose d'une collection de phénomènes symptomatiques liés à des modifications anatomo-pathologiques des organes (états organo-pathiques), exige des médications appropriées à chacun de ces états.

La *variole* par exemple est causée par un virus spécial, la *variose*. (Dans sa classification, sur laquelle nous reviendrons, la terminaison *iose* implique l'idée de virus ou de miasme.)

Si l'on se borne à cette conception, jusqu'à ce qu'on ait trouvé un remède spécifique contre ce virus la seule indication thérapeutique générale sera le lavage de l'organisme par des boissons abondantes, comme il convient de le faire dans la plupart des *toxémies* (altérations du sang par les poisons ou *toxines* — termes qui sont restés dans la nomenclature actuelle).

On concevra bien d'autres indications thérapeutiques utiles, si on analyse le processus des lésions et des symptômes qui résultent de l'envahissement des organes par le virus-variose.

La pénétration de la variose dans l'organisme a pour premier effet la *variosémie* ; les symptômes prééruptifs sont imputables à l'*hémite*, fièvre infectieuse, qui diffère d'autres fièvres en ce que le sang n'est pas couenneux. La *lumbalgie* résulte probablement de troubles médullaires, puisque la percussion directe des seules épines lombaires est douloureuse.

Puis, survient la *variodermite* ; elle aboutit à la formation des boutons (*variocélies*) et des *pyolites*, qui doivent être traités comme des abcès. On peut utilement cautériser les pustules au nitrate d'argent, on doit le faire pour celles du pharynx

(*vario-pharyngie*), pour prévenir leur extension au larynx. Quand celui-ci est envahi (comme l'indiquent l'enrouement, la dyspnée, la spume broncho-laryngée), il faut faire la trachéotomie : Piorry ne l'a pratiquée qu'une fois lui-même après refus des chirurgiens, et le malade, qui a survécu 36 heures à la menace d'asphyxie, n'aurait peut-être pas succombé si le déplacement de la canule mal surveillée n'avait amené la mort subite.

La variole noire (*variodermite hémorrhéique*) s'explique par un état scorbutique (*hypoplastémie*), qu'Andral attribue à la diminution de la fibrine ; on lui oppose les sucs d'herbes (laitue, cerfeuil, chicorée).

Les localisations de l'éruption pustuleuse sont la *variostomatite* (qui, par oblitération des conduits de Sténon et de Wharton, produit une stase salivaire et la gêne de la déglutition), la *variobronchite*, la *vario-pneumonie*, d'où découlent l'*hypoxémie* et l'*anoxémie*, causes de la terminaison fatale. — Piorry dit avec raison que ces mots sont préférables à celui d'asphyxie, qui ne vise que la suppression du pouls, signe accessoire et non pathognomonique de la désoxygénation du sang.

La *varioencéphalite* est caractérisée par le délire, la stupeur pseudo-typhoïde. C'est toujours la variosémie, toxémie spéciale sans hémite, qui engendre l'hypoxémie cérébrale comme la pyoémie dermique ; la pyémie peut se produire, mais en est distincte. Piorry combat la localisation encéphalique par les saignées, la réfrigération du crâne, la compression des carotides (?).

La *varioblépharite* et la *variophtalmie* lui paraissent pouvoir être traitées par un moyen qu'il employait, jeune aide-major, pendant l'expédition d'Espagne, contre les blépharites causées par les mouches : injection de la décoction de rhubarbe ou d'huile, comme on le fait avec succès contre les oxyures (qu'il appelle *trichurides*) du rectum et les pucerons des rosiers.

Cet aperçu analytique sur le processus de la variole lui permet de conclure que « toutes les collections phénoménales des maladies doivent être ainsi considérées. « *Il faut créer des mots nouveaux pour des états non encore dénommés. Si nous voulons être intelligibles et marcher avec notre temps, il faut adopter un langage précis, dérivé de la langue sicentifique, c'est-à-dire du grec ; généraliser et systématiser ce langage, qui serait facilement compris à l'étranger comme en France.* Qu'on substitue ou non des mots plus expressifs et plus euphoniques à ceux que j'ai proposés, j'espère avoir fait un travail utile pour l'humanité et pour la science ».

Ces théories valurent à Piorry de nombreuses attaques et furent l'objet à l'Académie de médecine de discussions passionnées dont il faut lire le récit dans les communications de M. Le Gendre.

« L'idée principale de la nomenclature organo-pathologique que proposait Piorry est de placer *le nom de l'organe au milieu du mot, celui de la lésion à la fin du mot et de faire précéder celui-ci d'une particule initiale qui désigne le dégré, le siège, la marche la cause, l'agent provocateur de la lésion*, etc.

Pour caractériser la nature et la cause de l'état organique, Piorry met en tête des mots *aéro, hydro, oxy, toxi, vario, rubro, névro*, il emploie *gastrie* par abréviation de gastropathie.

Comme désinences : *topie, morphie, traumie, stasie, ectasie* (par abrév. *asie*) indiquent siège ou modifications de forme, ou lésions ; pour les troubles circulatoires ou sécrétoires : *émie, rhémie, rhée*, etc., etc.

Les grands mots de Piorry nous font sourire, mais, comme le fait remarquer M. Le Gendre, il est difficile de les railler quand on voit nos contemporains se satisfaire de mots comme cyclothymie, adiodococinsésie, etc.

Il faut d'ailleurs savoir que nombre des néologismes créés par Piorry sont encore utilisés aujourd'hui. Son œuvre n'a donc pas été nulle. M. Le Gendre la remet à sa vraie place :

« Tillaux, dit-il, concluait qu'il laissait un nom impérissable et l'un des plus considérés de la médecine française. Entre ce jugement, qui sent trop le « style d'épitaphe » — dont s'égayait l'humoriste Rodolphe Tœpffer — et le mépris où le tenait Guardia, il y a place, je crois, pour une plus juste appréciation

Passionné pour les progrès de la médecine et brûlant d'y contribuer, plus imaginatif qu'observateur, mais inventif, réformateur d'un radicalisme impatient et intransigeant, unissant l'ardent enthousiasme d'un apôtre à l'intolérance agressive d'un prophète, féru jusqu'au pédantisme du besoin d'enseigner et poussant la vanité jusqu'à la plus naïve inconscience du ridicule, honnête homme d'ailleurs et respectable médecin, désintéressé et presque sans clientèle, tel me paraît avoir été Pierre-Adolphe Piorry. Figure complexe et curieuse, à ce qu'il me semble.

« Soyez justes ! », demandait-il. Je crois l'avoir été à son égard plus qu'on ne l'avait été jusqu'ici, en extrayant de la gangue de ses exagérations et de ses ridicules les idées justes et utiles qui honorent sa mémoire.

Outre son mérite d'avoir compris l'importance des nuances dans la percussion et d'avoir inventé pour les mettre en évidence une méthode qui sauvera son nom de l'oubli, il a insisté avec raison sur l'utilité de réformer la langue médicale, et, s'il n'y a pas réussi à son gré, il a créé un nombre important de mots que nous avons conservés, parce qu'ils étaient bien composés et commodes : toxine, toxémie, pyohémie, septicémie, etc. Il a compris le mécanisme de la production des fièvres par infection, et du rôle défensif de la rate.

Nous pouvons le qualifier sans calomnie de mégalomane dans tous les sens ; les témoignages abondent de sa vanité puérile (1). Il voyait grand, trop grand en matière de réforme linguistique comme en poésie. Sa Muse eût gagné à ne fréquenter que les coteaux modérés, sans prétendre escalader la cime du Parnasse.

De même pour sa réforme, si logique en principe : au lieu de submerger les chemins battus du langage médical usuel, familiers à ses contemporains, sous un flot torrentueux qui charriait des vocables pesants comme des rocs au risque de faire crier « sauve qui peut » aux promeneurs, il eût mieux fait sans doute pour régénérer la nomenclature, après avoir sélectionné les produits de sa fécondité philhellénique, de ne les y instiller, — comme le lui conseillait gentiment au cours de la discussion académique le sage Gerdy, — qu' « *au compte-gouttes* ».

---

(1) Je rapporterai certaines particularités amusantes, dont je dois la connaissance à notre collègue L. Brodier, conservateur de la Bibliothèque Henri Feulard à l'hôpital Saint-Louis, et à mon ami le professeur P. Teissier, tous deux élèves de Potain. Celui-ci avait été interne provisoire six mois dans le service de Piorry ; il n'éprouva pas l'envie d'y revenir comme titulaire et, sur les conseils de Barth père, qui était alors son chef, il lui écrivit, alléguant l'état de sa santé et affirmant ses vifs regrets. Il craignait même d'avoir exagéré ces derniers et de passer pour ironiste ; mais Piorry, tout en le traitant d'ingrat, reconnut que sa lettre était très délicate.

Potain avait gardé un mauvais souvenir d'un jour où Piorry, le voyant vêtu d'un imperméable, lui avait demandé de percuter la rate d'un malade pendant qu'on lui douchait la région splénique. Potain, qui n'avait qu'un pauvre petit veston, n'ose refuser et sort de la séance les vêtements trempés.

Piorry n'avait aucune clientèle ; il pria Potain de le suppléer dans son cabinet pendant une absence ; celui-ci dut avouer au retour de son maître qu'il n'avait vu aucun client. « C'est étonnant, répond Piorry comme je suis connu à Paris ! Dès que je m'absente, cela se sait tout de suite et personne ne vient. »

C'est probablement pendant ce remplacement que Potain, voyant tout un rayon de la Bibliothèque occupe par des volumes nombreux sur lesquels se trouvait le nom de Piorry, en prit un au hasard et constata que c'était un carton vide. Vide ? Non, il s'y trouvait une feuille de papier sur laquelle était écrit : Irisalgie. Observation de M. Piorry.

En 1848, Piorry, dit à Potain : « Tous ces gens n'y entendent rien, ils devraient mettre la Présidence de la République au Concours : je serais nommé. »

Grand et maigre, portant perruque et favoris noirs qui contrastaient avec les rides de son visage, on lui rendait à son entrée et à la sortie de l'Hôtel-Dieu des honneurs exagérés. Et quand il avait rejoint la voiture découverte à deux chevaux qui stationnait sur le Parvis-Notre-Dame, debout dans son véhicule, il saluait d'un geste large, majestueusement ».

A. M. Bloch (Souvenirs d'un Vieux médecin « Tribune médicale », 1912).

VARIÉTÉS

Une affection nouvelle :

Les Six jours cyclistes

Les Six Jours ! Terme technique bien connu des populations des villes principales du monde, avides d'agitation et d'excitation, gratifiées de ce spectacle moderne, qui mérite d'attirer l'attention du corps médical. Pour se faire une idée générale, il suffit de lire l'article 1er du règlement, qui dit :

La course aura une durée de six jours complets, soit cent-quarante-quatre heures consécutives, à couvrir à bicyclette, les coureurs n'étant pas autorisés à accomplir une partie du parcours à pied, même en tenant leur bicyclette à la main et ce, sans arrêt d'aucune sorte, à moins d'un cas de force majeure dont l'arbitre sera seul juge.

Voici donc un effort considérable, pour ne pas dire fantastique, imposé, volontairement, pendant 144 heures. Tandis que les coureurs tournent, tels qu'écureuils en cage, les spectateurs regardent. Une espèce de maladie fiévreuse s'empare des uns et des autres. Disons de suite qu'il ne faut pas prendre la chose trop au tragique. L'affection que nous étudions est localisée, circonscrite : elle éclate, elle s'éteint à volonté, et ne frappe les esprits que dans la limite permise par les bourses. La vie est chère, et une « maladie » que l'on doit se payer est infiniment moins dangereuse qu'un fléau dû à un agent pathogène, qui distribue gratuitement ses faveurs.

Décrivons le virus, plutôt infiltrant que filtrant, et qui cependant n'est pas encore catalogué. Ses milieux de culture sont toutefois connus. La composition se laisse déterminer sans difficultés, puisque nous avons affaire à une forte dose de snobisme, à laquelle on ajoute, en proportions voulues, du faux sens sportif, de la véritable cruauté, de la naïve candeur, et, au besoin, du parti-pris irraisonné. Faites un bon mélange, sans trop secouer, pour ne pas endommager les écorces cérébrales délicates, où la pensée suivie ne tend pas à se concentrer.

Les deux sexes, et les divers groupes d'âge ont leurs représentants dans la foule où se propage notre « mal ». Et une fois de plus, avouons que nous faisons erreur en parlant du « sexe faible ». Jetons en effet un coup d'œil sur quelques échantillons du sexe féminin.

En voici une, qui n'a encore parcouru qu'une courte période du cycle de son existence : mais combien d'émotions ressenties, et dont on peut discerner les traces ! Jetons un voile, par pitié, et passons.

En voici une autre. Elle nous suggère, hélas ! le souvenir des paroles héroïques : la vieille garde meurt, et ne se rend pas. Tout est mis en œuvre pour concourir à la conservation de sa beauté momifiée. Seul fait défaut, le bon sens, qui conseille, avec insistance, une douce retraite, dans un asile sûr, à l'abri des sollicitations flatteuses de danseurs, et où s'apaiseraient les ardeurs d'une chair que pétrifient les années qui s'amassent, qui s'amassent...

En voici une troisième, fraîche, et d'apparence pure : c'est une jeune fille de bonne famille, qui s'ennuie, et qui recherche les sensations fortes. Oisive du matin au soir, elle ne connaît de fatigue que celle que procure l'amusement, elle se condamne au plaisir, qui exige impérieusement sa présence à tous les spectacles extraordinaires. Aujourd'hui, les six jours. Demain, un match de boxe, ou encore un brillant mariage, à moins que ce ne soit un luxueux enterrement, ou encore une affaire sensationnelle, où l'on parlera du meurtre, d'amour, du sang, de la volupté...

La quatrième, à côté d'elle, c'est sa mère. Après mûres et sévères réflexions, elle a décidé d'accompagner sa chère petite dans ses périgrinations mondaines. Chi lo sa ? Un mariage s'offrira peut-être, un fils de famille, parmi militaires et civils qui se pressent, attentifs, le cou tendu ? Hélas ! Ce ne sera pas pour cette fois, car seuls, quelques rastas s'efforcent d'obtenir un regard bienveillant de la jeune fille...

En voici une cinquième, tout en haut, sur les bancs les moins chers, où l'on s'entasse, où l'on se presse, gorges contractées par la soif, desséchées par les cris et les interjections incessantes. Midinette ou ouvrière, elle eût sans doute préféré se coucher après une journée bien remplie. Mais il faut qu'elle fasse preuve d'énergie et d'endurance ; par instants, elle crie plus fort que les autres, sa voix s'élèvera pour invectiver, en termes plus ou moins originaux, l'infortuné coureur qui aura déçu ses espoirs.

Nous arrivons à la sixième, la dernière, car nous nous bornerons à l'examen d'une demi-douzaine d'échantillons.

C'est la femme, ou l'amie, d'un des cyclistes. Pendant qu'il concentre toute son énergie, pendant qu'il fait appel, avec une désastreuse prodigalité, aux réserves de son organisme, pendant qu'il s'acharne avec une foi aveugle et farouche, elle « vit » avec lui chaque coup de pédale. Est-il victorieux, et salué par les applaudissements de l'assemblée, est-il, au contraire, battu, sifflé et couvert d'invectives par les amateurs décontenancés, qui, bien reposés, ne connaissent pas la fatigue des autres, peu lui importe, elle ne pense qu'à la fin. Encore une heure d'arrachée aux 144, encore une nuit sans sommeille en moins, une tension douloureuse de plus surmontée, un pas en avant encore, vers la délivrance, vers la fuite hors de cet endroit terrifiant, où l'orchestre endiablé, et l'enthousiasme démesuré exercent leur action hallucinante.

∴

Et les hommes ? Prenons-en également une demi-douzaine sous la loupe. Examinons, pour commencer, ce gaillard ventru et lippu. Homme d'affaires, qui a su réaliser une fortune, et qui exhibe au public sa face radieuse et satisfaite, son imposant appétit, et... sa peu sympathique compagne. Notre bonhomme est très riche, il tient à le montrer, aussi les billets de banque s'envoleront-ils, de temps à autre, sous forme de primes aux coureurs, primes-aiguillons, qui les poussent à se surpasser pour gagner, au prix d'efforts surhumains, l'argent que leur jette cet homme, dans le seul but d'attirer sur lui l'attention.

En voici un deuxième. Il n'est pas choisi au hasard, car son nom est respectueusement répété par les spécialistes, qui sont heureux de pouvoir étaler leurs connaissances. Mais oui, ils connaissent fort bien cet « as » de l'aviation, qui vient aux six jours pour rendre hommage à ses camarades de malheur, prêts à la tension suprême, comme lui est prêt, quand il le faut, à braver les éléments, à défier la pauvre et faible nature humaine.

Voici le troisième. C'est le type banal, et assommant, de celui qui ne sait pas se taire. Quelle abondance de langage, quel cerveau creux, quels termes pompeux ! Aucun détail n'a, paraît-il, échappé à notre bavard, qui critique, discute, apprécie, prévoit, ironise, insinue, et tout cela dans le but de toujours avoir raison, aussi bien dans le passé, que dans ce qui va suivre. Aucun démenti ne le désarme, il a toujours une explication en réserve, il est plus malin que les autres, et il fait regretter le silence des lieux déserts, où seule la poussière qui par instants se soulève pourrait rappeler les exploits oratoires de ce sinistre personnage.

Le quatrième ne parle pas, il hurle. Le cou tendu, passionné, souvent injuste, il considère toute défaillance du coureur comme une insulte personnelle. « Ah ! Regardez un peu cette... qui ne sait pas seulement monter à bicyclette et qui affronte les six jours. Oh ! Celui là, avec ses jambes de papier mâché, et qui se présente devant nous ! Non, il n'est pas permis de se moquer du monde à un

point pareil avec cette anatomie ! etc., etc. Faisons grâce au lecteur de tout l'arsenal de mots grossiers et cinglants, lancés comme des pavés à la tête des pauvres cyclistes, qui se courbent un peu plus, qui filent plus vite, sans doute pour échapper au torrent boueux qui déferle à la manière d'une lame de fond. Cruauté, cynisme, aveuglement, que faut-il chercher dans cet amas d'expressions injurieuses lancées avec une insolente, une inconsciente volubilité ?

Le cinquième donne à croire qu'il n'est là que pour surveiller le quatrième. Le premier, gouailleur et sarcastique, l'autre, calme, respectueux. Les deux se complètent. « Quelle abomination, semble dire le cinquième, que le quatrième existe, qu'il remplisse toute l'enceinte de ses clameurs ! Quelle profanation du sport ! Quelle insulte au muscle triomphant ! Quelle gaminerie impardonnable ! Quelle myopie morale ! Quel cancer social ! Quel parasitisme encombrant ! Quelle imbécillité flagrante ! Phtisique du cerveau ! Angine de l'âme, angoisse du cœur ! Ah ! Messieurs les agents, débarrassez-nous de ce fléau ! »

Laissons le cinquième à ses lamentations, et passons au dernier. Il reste froid, imperturbable, insensible aux émotions du vélodrome. Il semble réfugié dans sa tour d'ivoire, au-dessus de l'excitation populaire. Loin de lui toute intention de critiquer, de se payer de mots. Un mépris profond se glisse dans tout son être, que bouleverse ce spectacle qui le fait souffrir. Il n'arrive pas à comprendre que l'on gaspille à ce point enthousiasme, temps, et argent. Avec la meilleure volonté du monde, il ne peut arriver à s'identifier à ceux qui participent directement ou indirectement, à l'immense bataille, tantôt bagarre désordonnée, tantôt lutte haletante. S'indigner, ou pleurer ! Ce qui l'entoure ne mérite pas de tels élans d'impressions sincères. Mieux vaut partir, vite, tout de suite, pour ne plus voir, ne plus entendre...

***

Après un nombre de tours de piste ayant permis de saisir au vol une douzaine de types, échantillons plus ou moins caractéristiques, on tiendra à connaître la conclusion du médecin. Il est superflu d'insister sur un tableau dont les méfaits, au point de vue de l'hygiène, en général, de l'hygiène mentale, en particulier, ressortent d'eux-mêmes. Nous ne désirons pas non plus nous occuper de la vingtaine de cyclistes qui se sacrifient, pour raisons commerciales ou autres. Qu'il soit seulement permis, après la contre-indication formelle, de dire quelques mots de la catégorie de malades auxquels le spectacle des six jours peut apporter quelque bien.

Les « six day men » peuvent dire, sans cependant trop insister : « Venez à nous, et nous vous donnerons un exemple d'énergie, vous tous qui souffrez d'indécision, de faiblesse de volonté, de manque d'initiative, venez, vous qui passez votre temps à contempler votre nombril, à méditer sur vos petits maux quotidiens, à tâcher de rallier vos idées vagues. Venez surtout, vous, jeunes gens blasés, efféminés, ultra modernes et tant soit peu détraqués, qui mettez, au service d'un cerveau mal discipliné ou mal éduqué, des ardeurs alarmantes. Vous aussi, femmes oisives, que des liens semblent retenir à votre fauteuil et vous paralyser ; enfin, vous, abouliques, imprégnez-vous de cette atmosphère de mouvement qui vous donnera peut-être le coup de fouet nécessaire que voudrait tant pouvoir vous administrer votre médecin désarmé ».

« Mais, si vous êtes sain de corps et d'esprit, ne vous dérangez point. Le vélodrome n'est à même de vous donner aucune satisfaction ».

G. Ichok.

NOUVELLES

Hôpital Broussais. (96, rue Didot (XIVe.) — Association d'enseignement technique des hôpitaux de Paris. *Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.* (Cours complémentaire, Service de M. le Dr Laubry.) — Ce cours, qui aura lieu du lundi 8 octobre 1928 au samedi 20 octobre 1928 se fera sous la direction de M. le Dr Ch. Laubry, chef de service, médecin des hôpitaux, avec le concours de MM. les Drs Daniel Routier, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; C. Marchal, médecin des hôpitaux, assistant de consultation de l'Hôpital Broussais ; R. Chaperon, électro-radiologiste des hôpitaux ; L. Deglaude, chef de laboratoire d'electrocardiographie A. Jaubert, chef de laboratoire ; J. Moussoir, R. Casteran, M. Poumailloux, J. Louvel, internes et anciens internes du service.

Horaire et programme du cours. — *Lundi 8 octobre* 10 h. : Leçon clinique, Dr Ch. Laubry ; 11 h. : Introduction à l'étude des lésions valvulaires, Dr Laubry ; 15 h. : Technique orthodiagraphique (leçon théorique et pratique). Dr Chaperon.

Mardi 9 octobre, 9 h 30 : Consultation clinique, Dr Routier ; 11 h. : Les insuffisances valvulaires fonctionnelles, Dr Marchal ; 15 h. : Les vaisseaux de la base du cœur (vus de face), Dr Chaperon.

Mercredi 10 octobre : 10 h. : Leçon clinique, Dr Laubry ; 11 h. ; Etude anatomoradiologique des cavités cardiaques, Dr Chaperon : 15 h. : La sphygmomanométrie théorique et pratique, Dr Routier

Jeudi 11 octobre, 10 h. : Consultation clinique, Dr Laubry : 11 h. : Le cœur sénile, Dr Casteran ; 15 h. : Les anémies pernicieuses, Dr Poumailloux (avec démonstrations pratiques d'hématologie.)

Vendredi 12 octobre, 10 : Radiologie pratique, Dr Chaperon : 11 h. : Les neurotomies cardiaques, Dr Walser ; 14 h. 30 : Notions bactériologiques et thérapeutiques concernant les endocardites infectieuses, Dr Jaubert ; 15 h. 30 : Tracés mécaniques (Leçon pratique), Dr Routier.

Samedi 13 octobre, 9 h. 30 : Consultation clinique : Dr Walser : 11 h. : Les tachycardies, Dr Routier ; 14 h. 30 : La maladie de Hodgkin : Dr Marchal ; 15 h. 30 : Le hile normal, Dr Chaperon.

Lundi 15 octobre, 10 h. : Le pouls alternant, Dr Laubry ; 15 h. : La fièvre chez les cardiaques, Dr Moussoir ; 16 h. : Le hile pathologique, Dr Chaperon.

Mardi 16 octobre, 9 h. 30 : Consultation clinique, Dr Routier ; 11 h. : Notions pratiques d'électroradiographie, Dr Deglaude ; 15 h. : Les positions obliques ou le déroulement aortique, Dr Chaperon.

Mercredi 17 octobre, 10 h. : Leçon clinique ; 11 h. : Le rhumatisme cardiaque : Dr Routier ; 15 h. : Cœur pathologique, Dr Chaperon.

Jeudi 18 octobre, 9 h. 30 : Consultation clinique : Dr Laubry ; 11 h. : Les phlébites des membres inférieurs. Notions nouvelles de clinique et de thérapeutique, Dr Louvel ; 15 h. : Interprétation de tracés électrocardiographiques (avec projections.) Tracés normaux et troubles du rythme, Dr Walser.

Vendredi 19 octobre, 10 h. : Radiologie clinique ; 11 h. : Les artérites oblitérantes juvéniles : Dr Walser ; 15 h. : Electrocardiographie (L'insuffisance cardiaque) : Dr Walser,

Samedi 20 octobre, 9 h. 30 : Consultation clinique, Dr Walser. 11 h : Notions fondamentales de thérapeutique cardiaque, Dr Laubry.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr Moussoir, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité, pourront sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

Les Assurances sociales. Une lettre du Professeur Weiss. — *Le Temps* a publié à propos des assurances sociales la lettre suivante que lui a adressée le Prof. Weiss, doyen de la Faculté de Strasbourg :

Monsieur le directeur,

Désirant ne traiter que de questions que je connais bien, je me borne à l'assurance-maladie.

A mon avis, en présence d'une question aussi grave, voici les divers points sur lesquels devraient porter les enquêtes :

1° L'hygiène publique ;

2° Les assurés : a) employés ; b) employeurs ;

3° Les assureurs ; fonctionnement des diverses caisses d'assurance ;

4º Les médecins : *a*) dans l'exercice de leur profession : les syndicats ; *b*) dans leur recrutement et leur formation intellectuelle et morale : les facultés de médecine.

Toutes ces questions se tiennent.

Il faudrait commencer par faire des enquêtes spéciales, puis, en groupant les résultats, terminer par une étude synthétique.

On a fait, paraît-il, quelques enquêtes en Alsace, dans certains milieux, peut-être n'a-t-on pas entendu assez de cloches. J'affirme qu'aucune enquête n'a été faite à la faculté de médecine, *là où se forme le médecin*. C'est une lacune fâcheuse. On ne peut nier que quel que soit le régime, le médecin jouera un rôle primordial dans la pratique des assurances sociales, surtout dans l'assurance-maladie.

Il y a un champ d'observation incomparable : c'est l'Allemagne.

En Allemagne, le système de l'assurance-maladie fonctionne depuis 45 ans ; la population assujettie à l'assurance est au moins double de celle qui y sera assujettie en France (deux tiers du peuple allemand sont dans les caisses). Sa mentalité, son respect des règlements, le développement formidable de l'industrie, l'organisation administrative dont elle a l'habitude, en font un milieu particulièrement favorable au régime des caisses.

Aussi, en 1883, sa mise en vigueur a-t-elle eu l'adhésion complète des assureurs, des assurés, et du corps médical.

Au Parlement, on a répété que nous nous étions laissé devancer ainsi, mais on n'a pas demandé ce qui en est advenu.

Or, outre-Rhin, on commence à déchanter, comme en témoignent, depuis quelque temps, les articles de périodiques, ou les livres traitant cette question, qui forment déjà une vraie bibliothèque.

Elle est exposée d'une manière très impartiale, à mon avis, dans un ouvrage du docteur Liek, de Dantzig, intitulé *les Méfaits des assurances sociales et les moyens d'y remédier*.

Ce petit livre de 84 pages devrait être traduit et distribué pour servir de base de discussion ; ce serait de l'argent bien placé. Après avoir montré pour chaque partie — assureurs, assurés, médecins — les avantages et les inconvénients, Liek arrive à cette conclusion : *les assurances sociales n'ont pas tenu ce que ses fondateurs, et au début les médecins, en espéraient*.

Que faire ? Les supprimer ? Impossible, déclare-t-il, car il en vit un personnel formidable de fonctionnaires et, en outre, 60 % des assurés qui se font porter malades en tirent des indemnités, quoique bien portants ; les caisses sont devenues un puissant organisme politique, etc... Autant vouloir supprimer le suffrage universel !

« La seule solution, affirme-t-il, est de transformer complètement l'organisation et, tout d'abord, de faire du médecin de caisses un fonctionnaire ».

Il ne faudrait pas croire que ce soit là une rêverie de Liek. Déjà, en Allemagne, les caisses limitent le nombre des médecins appelés à soigner leurs malades ; dès lors, le médecin agréé n'est-il pas un peu fonctionnaire de la caisse ?

En Alsace, tout praticien inscrit au syndicat est, de droit, médecin de caisse. Mais, depuis dix ans que je suis revenu à Strasbourg, j'ai vu évoluer les idées dans tous les milieux que cette question préoccupe. Aujourd'hui, les difficultés sont de tous les instants.

Dans les conversations particulières, je n'entends parler, sous des noms divers, pour le bon fonctionnement de la médecine de caisse, que de la nécessité du médecin fonctionnaire. J'ai la conviction, en voyant ce qui se passe, que dans un avenir peut-être assez prochain le corps médical sera divisé en deux parties, dont l'une sera constituée par les médecins de caisse.

Que sera ce corps de fonctionnaires ? Liek, le comparant au service de santé de l'armée, fonde sur lui les plus belles espérances. Je sais qu'il y a dans nos colonies un corps de médecins dont l'éloge n'est plus à faire. Mais ni les médecins militaires, ni les médecins coloniaux n'ont affaire aux mêmes malades que ceux de nos villes et de nos campagnes.

Ces médecins fonctionnaires auront leur besogne tracée, mesurée ; est-ce possible, avec les surprises de la santé privée et publique !

Il y aura une hiérarchie, une manière de cadres, comme il y en a déjà une amorce dans les caisses !

Que de problèmes, impossibles même à énumérer en un court article !

J'ai la certitude que celui qui, avec quelque connaissance du sujet, voudrait faire le plan, même le plus général, de ce que sera la médecine des caisses avec leurs médecins fonctionnaires, sera effrayé des impossibilités auxquelles il se heurtera.

Et je ne parle que de la partie matérielle de cette tâche.

Puissé-je, par cette lettre, avoir contribué à faire lire Liek et à le méditer.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par un composé séro-médicamenteux. Dr Marcel-André Hurez (Thèse de Paris, 1927-1928).

Le nombre des médicaments proposés pour le traitement de la tuberculose pulmonaire est inombrable. Cela prouve qu'aucun d'entre eux n'est dans tous les cas d'une efficacité certaine.

Ces dernières années, l'armement anti-tuberculeux s'est enrichi de divers médicaments qui ont amené des guérisons ou des améliorations dont il faut tenir le plus grand compte.

Parmi ceux-ci, l'auteur préconise *deux procédés thérapeutiques* mis à l'épreuve depuis plusieurs années et définitivement adoptés par son Maître, le Dr Dufour tant à l'hôpital Broussais que dans sa clientèle privée.

1º D'une part l'iodaseptine (iodo-benzo-méthyl-formine) ;

2º D'autre part, d'un composé séro-médicamenteux dénommé « composé L. T. » préparé dans le laboratoire du Dr Dufour.

Dans un très important chapitre, l'auteur donne les indications et les contre-indications de l'iodaseptine.

La posologie et les indications de ce médicament ont été données par le Dr Dufour dans diverses communications à la « Société de Médecine des Hôpitaux de Paris » et dans la thèse de son élève Curtil.

L'auteur rappelle que l'iodaseptine convient tout particulièrement aux *tuberculoses torpides*, apyrétiques ou subfébriles. Les cas les plus favorables sont ceux que M. Pissavy range dans le cadre des formes nodulaires discrètes.

Ce traitement convient également aux tuberculeux à forme bronchitique ou emphysémateuse, aux anciens asthmatiques.

Le Dr Trotot (de Cambo-les-Bains) dit avec raison que les hémoptysies ne constituent pas une contre-indication, Hurez cite d'ailleurs une observation du Dr Maurice Debray qui le démontre ;

L'iodaseptine, ajoute-t-il, se montre un excellent médicament quand on l'emploie dans les *cas en évolution débutante*.

Il faut éliminer les formes granuliques et septicémiques en évolution aiguë, les formes anciennes à coque fibro-caséeuse.

MM. Hamant et Méry, Trotot dans les formes fébriles emploient avec succès la septicémine.

Le composé L. T. employé par M. Dufour est un sérum de lapins ayant reçu des injections de tuberculine brute : il est mélangé dans la proportion de 1 à 2 avec l'iodaseptine. Les injections sont faites par voie sous-cutanée ou intra-musculaire à la dose de 3 cc., deux injections par semaine.

Une série d'injections comprend 10 à 20 piqûres, les séries séparées par un repos de 1 à 2 mois.

Les réactions déterminées par ce traitement sont insignifiantes ou nulles : parfois un œdème local à la troisième ou quatrième injection. Parfois une légère élévation thermique aux premières injections.

Résultats. — Sur les 40 malades traités, la plupart ont été grandement améliorés, guéris pour ainsi dire, tant leur état général était devenu satisfaisant ; quelques-uns cependant continuaient à présenter des bacilles de Koch dans leur expectoration, M. Dufour insiste sur ce fait que nombre de tuberculeux ayant recouvré la santé (température normale, poids stationnaire, ou en accroissement, appétit et forces retrouvées, règles devenues normales) et qui continuent cependant à émettre des bacilles : ce sont des *porteurs de bacilles*.

Les très intéressantes observations de Hurez comprennent une première série où l'iodaseptine seule a été employée avec succès constant, et une seconde où on a associé le sérum L. T. A côté de quelques échecs, la grande majorité a recouvré la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Le « culte de l'énergie française », par AVESNES ; un volume in-16 broché, illustré de 3 portraits en héliogravure. Prix : 12 fr. Editions Jules Tallandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

AVESNES complète aujourd'hui, dans ce volume, les notions d'énergie indispensable à la vie française contemporaine, dont il fournissait les premiers éléments dans son précédent volume, intitulé : « *Luttons* ». Mais dans le « *Culte de l'énergie française* », AVESNES élargit son champ d'investigations. Il envisage, non seulement la lutte pour la défense du pays, pour sa défense intérieure et pour sa défense sociale, mais aussi la lutte pour sa défense intellectuelle et morale, aussi bien que la lutte pour le rayonnement de l'énergie française à l'extérieur. Ce livre répond donc aux préoccupations essentielles de notre époque, qui sont de garder la part de la France parmi les rivalités enchevêtrées des autres pays de l'Univers. AVESNES rappelle la phrase que le vicomte E. M. DE VOGUÉ écrivait dans ses « *Heures d'histoire* » : « Notre seul espoir réside dans les réserves d'énergie cachées au fond de notre peuple ».

Ces réserves d'énergie, AVESNES nous les montre, soit dans des exemples tirés de la Grande Guerre, soit dans des œuvres littéraires et philosophiques, soit dans des analyses consacrées à la diffusion de l'énergie nationale outre-mer.

Lettres d'amour et de guerre du Roi Henri IV. Introductions, notes par André LAMANDÉ. 1 vol. de la Collection « Jadis et Naguère ». Prix : 18 fr. Jonquières, éditeur, 21, rue Visconti, Paris.

« Je lis quelques lettres autographes de Henri-IV à la marquise de Vaudreuil, une de ses maîtresses. Elles me charment, c'est là le mot... Ces lettres d'Henri IV me semblent valoir infiniment mieux que celles de Mme de Sevigné ; ce grand homme aurait eu une réputation seulement comme auteur. Lire toutes ses lettres, mais non pas lorsque je serai très passionné, elles m'ennuieraient, ne les lire que lorsque mon âme sera en état de les sentir. C'est une des études les plus utiles que je puisse faire comme poète ; quel trésor de naïveté, et point altéré par l'attente de l'impression ».

Ainsi s'exprime Stendhal, dans son *Journal*, après avoir lu les lettres d'Henri IV à la Bibliothèque nationale. Le plaisir qu'il éprouvait sera désormais accessible à tous, grâce à l'édition annotée et excellemment présentée que vient d'en publier M. André Lamandé.

Ce qu'il faut connaître de la Grèce antique, par A. PUECH, *membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne*. 1 vol in-8º sur papier bouffant d'alfa, broché, couverture couleur : 7 fr. (Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine. Paris, 6e.)

Résumer en cent cinquante pages « *Ce qu'il faut connaître de la Grèce antique* » peut paraître un défi. Le souci de l'auteur a été de mettre en pleine lumière les traits essentiels du génie grec, sans négliger de donner des faits historiques un exposé suffisamment précis et complet. Après avoir indiqué ce que nous savons des civilisations préhelléniques, et recherché comment s'est institué ce régime de la cité qui a empêché les Grecs de former un état unifié, mais qui a été si favorable aux progrès de la civilisation, M. PUECH fait suivre dans leurs grandes lignes le développement de la littérature, celui de la philosophie et de la science, celui des arts, majeurs et mineurs, avec une revue rapide des résultats obtenus par les grandes fouilles.

Tirant le bilan de ces diverses études, il conclut que les Grecs ont institué le régime de l'esprit et que leur supériorité a consisté « à mettre en plein exercice toutes les énergies de notre être, en les subordonnant à l'intelligence, de telle sorte que celle-ci les réglât harmonieusement et se gardât de les comprimer, sous prétexte de les diriger. » Une courte bibliographie, et la traduction de quelques pages, choisies parmi les plus caractéristiques, complètent ce petit volume.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 36 LE NUMÉRO: 50 Centimes 8 SEPTEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Clinique médicale propedeutique (Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de revision d'une semaine* (22 au 27 octobre 1928) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du Professeur Emile SERGENT et du Dr Camille LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. ABRAMI, AUBERTIN, CHABROL, DUVOIR, FAROY, HARVIER, P. PRUVOST, WEISSENBACH, agrégés, médecins des hôpitaux ; BLECHMANN, Gaston DURAND, Henri DURAND, FERNET, JOANNON, PERISSON, anciens internes des hôpitaux.

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chaque matin dans un hôpital différent : 9 h. 1/2 à 11 heures, Excercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi, Démonstration pratique.

Lundi 22 : M. LIAN, Hôpital Tenon ; Mardi 23 : M. AUBERTIN, Hôpital de la Pitié ; Mercredi 24 : Professeur SERGENT, Hôpital de la Charité ; Jeudi 25 : M. FERNET, Hôpital St-Louis (Service de M. LORTAT-JACOB) ; Vendredi 26 : M. FAROY, Hospice de la Salpêtrière : Samedi 27 : M. PERISSON, Hospice de la Salpêtrière (Service du Professeur GUILLAIN).

2° L'après-midi à l'Hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h., Démonstration pratique (Service ou Laboratoire du Professeur SERGENT) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Conférences cliniques (Amphithéâtre de la Clinique du Professeur SERGENT). La leçon de clôture du cours sera faite par le Professeur SERGENT.

Lundi 22 : 3 h. à 4 h., M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire).

Mardi 23 : 3 h. à 4 h., M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PERISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition).

Mercredi 24 : 3 h. à 4 h., M. PERISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 h. à 6 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale).

Jeudi 25 : 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 h., M. JOANNON (hygiène) ; 6 h. à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang).

Vendredi 26 : 3 h. à 4 h., M. WEISSENBACH (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin).

Samedi 27 : 3 h. à 4 h. et 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. le Professeur SERGENT (appareil respiratoire).

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 fr.

S'inscrire à la Faculté de médecine, salle Béclard (A. D. R. M.) tous les jours ; ou bien guichet n° 3 du Secretariat, lundi, mercredi vendredi, de 15 à 17 heures.

Les Conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Asile public d'aliénés de Lesvellec. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan). Traitement de début : 3.000 francs. Nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser au directeur de l'Asile.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Lassablière (de Paris).

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Parturier (de Vichy).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Cassel (de Paris) et Foucher (d'Argentan).

Médaille d'honneur de l'Assistance publique. — *Médaille d'or.* — MM. les Drs Chopy (de Nemours), Delmas (de Montpellier), Mutterer (de Mulhouse) et Sourbès (de Mezin).

Médaille d'argent. — MM. les Drs Blottière (de Paris), Bocher, Debédat, Guyot, Latreille, Perrens et Leuret (de Bordeaux), Bonan (d'El-Ariana), Conseil et Rouquié (de Tunis), Longchamp (de Besançon), Goellner (de Saint-Amarin) et Pélissier (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Bouageb et Hayot (de Tunis) Broquin-Lacombe (de Troyes), Calazel (de Foix), Cantin, (de Brie-Comte-Robert), Chancel (de Cléon-d'Andran), Charra (de La Mastre), Chevrolle (de Beton-Bazoches), Cochot (de la Ferté-Gaucher), Fromageot (de Coulommiers), Girod (de Chambéry), Le Breton (d'Avranches), Patron (de Nantes), Piétri (Mme) (de Belfort), Darras, Dervaux et Pley (de Saint Omer), Deladrière (de Calais), Vilpelle (de Meaux).

M. Richier, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Les accidents du travail en France. — Il résulte des statistiques publiées par le Bureau international du travail, qu'il y a eu en France, au cours de l'année 1926, 989.462 accidents du travail déclarés, dont 2.392 mortels et 8.093 entraînant une incapacité permanente des victimes. Les accidents survenus dans les entreprises des chemins de fer et des mines ne sont pas compris dans ces chiffres.

Société médicale des Hôpitaux (Prix Le Gendre). — La Société médicale des hôpitaux de Paris a proposé pour le prix Le Gendre de 1929, le projet suivant :

« Les lois françaises sur le secret professionnel et la jurisprudence qui les interprète sont-elles en harmonie avec la conception moderne de la fonction sociale du médecin ? »

Les travaux publiés ou inédits présentés au concours pour ce prix, d'une valeur de 3.000 francs, devront être déposés sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 12, rue de Seine (12e) avant le 1er novembre 1929.

L'épidémie de fièvre dengue à Athènes — On annonce d'Athènes que le nombre de personnes atteintes par l'épidémie de fièvre dengue s'élèverait actuellement à 350.000 et la mortalité journalière serait de 65. M. Mackenzie, envoyé par la Société des Nations est arrivé à Athènes. La décroissance de l'épidémie continue. Athènes ne connut jamais pareille épidémie depuis la fameuse peste décrite par Thucydide. Le gouvernement des Etats-Unis a demandé des renseignements sur la mortalité due à l'épidémie de dengue, ajoutant qu'il était prêt à donner son concours scientifique et financier. Le gouvernement grec s'est empressé de donner les renseignements demandés, en déclarant qu'il accepterait avec reconnaissance tout concours qui lui serait prêté.

A CEDER Maison santé région Paris, pleine marche, chiffre aff. 600.000 frs. belle situation, condit. avantag. facilité ou vendeur conserv. intérêt si acheteur désire. **OU** on s'adjoindrait **Médecin traitant** apportant partie capitaux.

Ecrire DULIN, 4, rue Jacques, Cœur Paris. IVe, ou télép. de 15 à 16 h. Archives 29.99.

Pas d'épidémie à Marseille — Certaines informations d'ordre médical récemment publiées ont pu faire croire à l'existence à Marseille d'une épidémie d'une fièvre éruptive encore peu connue ou de typhus. A ce sujet, la mairie de Marseille communique une note faisant ressortir qu'aucun cas de typhus n'a été déclaré en 1928 ni au bureau municipal d'hygiène, ni à la préfecture, et qu'il n'y a d'épidémie d'aucune sorte à Marseille. Cette note est signée du directeur du bureau municipal d'hygiène et du docteur Flaissières, sénateur-maire.

Citation à l'ordre de la Nation. — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Chatinières (Alpinien-Ernest-Paul), médecin commandant en congé, médecin-chef de l'infirmerie indigène du groupe sanitaire du Sous ; type accompli du médecin du bled, alliant à une haute valeur morale les qualités d'un grand cœur et d'un inépuisable dévouement. Depuis plus de quinze ans au Maroc et en Syrie, n'a cessé de faire preuve de la plus complète abnégation. Au cours de la grave épidémie de typhus de Taroudand, méprisant le danger qui le guettait, s'est sacrifié sans compter. Est tombé mortellement atteint par la terrible maladie, le 9 février 1928, terminant par un suprême sacrifice une vie de héros. Mort pour le Maroc et pour la France.

XIIIe Congrès international de physiologie. — Le XIIIe Congrès international de physiologie aura lieu du 19 au 23 août 1929, à l'Ecole de médecine de l'Université de Harward, à Boston (Massachusetts). Etats-Unis. La Fédération des Sociétés américaines pour la biologie expérimentale, comprenant The American Physiological Society, The American Society of Biological Chemists, The American Society for Experimental Pathology et The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutic, aura l'honneur de recevoir le Congrès en Amérique, et M. le Professeur William H. Howell, de l'Université John Hopkins, à Baltimore, en sera le président. Le Bureau d'organisation du Congrès a M. le Professeur Walter B Canon pour président et MM. les Professeurs J. Cohn et Alfred L. Radfield pour secrétaire.

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour l'externat des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1928, à 16.30. à l'hospice général, dans la salle des séances de la Commission administrative.

Pour l'admission au concours et renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, avant le mercredi 3 octobre 1928.

Marine. — Ont été promus dans le Corps de santé de la marine, pour compter du 6 septembre 1928 :

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Fatome.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Loyer.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 2e classe Monnier.

Institut de médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1928 commencera le 3 octobre et sera terminée le 15 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin.

Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.

Bactériologie. — Professeur : M. Roger.

Hygiène et épidémiologie exotiques. — Professeurs : MM. Camus, Marchoux, Pozersky, Teissier, Tanon.

Maladies cutanées. — Professeur : M. Jeanselme.

Chirurgie des pays chaud. — Professeur : M. Lecène.

Ophtalmologie. — Professeur : M. de Lapersonne.

Organisations administrative. — Professeur : M. Neveu-Lemaire.

Règlements sanitaires. — Professeur : M. N...

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté.

L'Institut possède trente microscopes à immersion dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la Clinique des maladies contagieuses (porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention « médecine » ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoire (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc), 750 fr. — Deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

Les élèves ne seront admis à suivre les cours théoriques et les exercices pratiques qu'après remise de la quittance des droits au secrétariat général (laboratoire de parasitologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Hôpitaux de Bordeaux. — Deux places de directeur adjoint du service annexe d'électrothérapie sont mises au concours. Les épreuves commenceront le 27 novembre 1928, à 8 heures du matin.

Médailles d'honneur des épidémies. — *Médaille de Vermeil* — M. Tournier, médecin commandant au 16e régiment d'infanterie coloniale à Tien-Tsin (Chine).

Médailles d'argent. — MM. Bellon, Troude, médecins commandants; Guenole, médecin capitaine.

Médailles de bronze. — MM. Couturat, Fajolles, médecins auxiliaires.

Médailles de la Prévoyance sociale. — *Médailles d'or.* — M. le Dr Lorber (de Faulx).

Médaille d'argent. — M. le Dr Delmas (de Montpellier).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Gaud et Perrin (de La Palisse).

Médailles d'honneur des assurances sociales. — *Médailles d'or.* — MM. les Drs Kayser (de Colmar) et Mouchet (de Veurdre).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Dehorter (de Lille), Millet (de Lyon) et Virey (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Ducaillon et Huriez (de Tourcoing), Rumpler (de Schiltigheim).

Académie royale de médecine de Belgique. — MM. Brouha et Firket (de Liège) ont été élus correspondants belges.

MM. Hopkins, Mingazzini, Leriche et Buchanan ont été nommés correspondants étrangers.

MM. Bing, Bouin et Faure ont été élus membres honoraires étrangers.

Journées napolitaines pour la VI conférence internationale contre la tuberculose. — Sous les auspices de S. E. Almansi R. Commissaire de Municipe de Naples, les congressistes italiens et étrangers, qui désirent rester quelques jours à Naples avant de se rassembler à Rome, siège de la VIe Conférence Internationale contre la tuberculose, visiteront, du 20 au 24 septembre 1928, ou collectivement ou en groupes, les institutions antituberculaires et d'hygiène sociale, qui existent à Naples et aux environs ; ils recevront, à leur arrivée, en hommage, une « Pianta-Guida » de ces institutions avec une table panoramique illustrative ; ils assisteront à la solennelle cérémonie inaugurale de deux grandioses pavillons dans l'Hôpital Psychiatrique Provincial (dirigé par le Pr M. Sciuti), à une conférence du Pr Andréa Ferrannini sur les « Contributions de l'Ecole Médicale Napolitaine dans la lutte contre la tuberculose », à la projection de films cinématographiques sur les œuvres principales d'hygiène publique à Naples.

Quant aux services de logement et de transport, il faut s'adresser, dès à présent, à la Compagnia Italiana Turista (Cit) in Piazza Trento e Trieste (già S. Ferdinanpoi, n° 45 ». Dans cette direction

napolitaine de la Cit, du 20 au 24 septembre, un bureau médical de secrétariat fonctionnera en permanence.

Hôpital Broussais (96, rue Didot, XIVe). — Association d'enseignement technique des hôpitaux de Paris. *Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang,* Cours complémentaire. (Service de M. le Dr Ch. LAUBRY.) — Ce cours, qui aura lieu du lundi 8 octobre 1928 au samedi 20 octobre 1928 se fera sous la direction de M. le Dr Ch. LAUBRY, chef de service, médecin des hôpitaux, avec le concours de MM. les Drs Daniel ROUTIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; Jean WALSER, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation de cardiologie ; G. MARCHAL, médecin des hôpitaux, assistant de consultation de l'hôpital Broussais ; R. CHAPERON, électro-radiologiste das hôpitaux ; L. DEGLAUDE, chef de laboratoire d'electrocardiographie ; A. FAUBERT, chef de laboratoire ; J. MOUSSOIR, R. CASTERAN, M. JOUMAILLOUX, J. LOUVEL, internes et anciens internes de service.

HORAIRE ET PROGRAMME DU COURS. — Lundi 8 octobre : 10 h., Leçon clinique, Dr Ch. LAUBRY ; 11 h., Introduction à l'étude des lésions valvulaires, Dr LAUBRY ; 15 h. Technique orthodiagraphique (leçon théorique et pratique), Dr CHAPERON.

Mardi 9 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique, Dr ROUTIER ; 11 h., Les insuffisances valvulaires fonctionnelles, Dr MARCHAL ; 15 h., Les vaisseaux de la base du cœur (vus de face), Dr CHAPERON.

Mercredi 10 octobre : 10 h., Leçon clinique, Dr LAUBRY ; 11 h.; Etude anatomoradiologique des cavités cardiaques, Dr CHAPERON ; 15 h., La sphygmomanométrie théorique et pratique, Dr ROUTIER.

Jeudi 11 octobre : 10 h., Consultation clinique, Dr LAUBRY, 11 h., Le cœur sénile, Dr CASTERAN ; 15 h., Les anémies pernicieuses, Dr POUMAILLOUX (avec démonstrations pratiques d'hématologie.)

Vendredi 12 octobre : 10 h., Radiologie pratique, Dr CHAPERON ; 11 h., Les neurotomies cardiaques, Dr WALSER ; 14 h. 30, Notions bactériologigues et thérapeutiques concernant les endocardites infectieuses, Dr JAUBERT ; 15 h. 30, Tracés mécaniques (Leçon pratique), Dr ROUTIER.

Samedi 13 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique, Dr WALSER, 11 h., Les tachycardies, Dr ROUTIER ; 14 h. 30. La maladie de Hodgkin, Dr MARCHAL ; 15 h. 30, Le hile normal, Dr CHAPERON.

Lundi 15 octobre : 10 h. Le pouls alternant, Dr LAUBRY ; 15 h., La fièvre chez les cardiaques, Dr MOUSSOIR ; 16 h., Le hile pathologique, Dr CHAPERON.

Mardi 16 octobre : 9 h, 30, Consultation clinique, Dr ROUTIER ; 11 h., Notions pratiques d'électroradiographie, Dr DEGLAUDE ; 15 h. Les positions obliquee et le déroulement aortique, Dr CHAPERON.

Mercredi 17 octobre, 10 h., Leçon clinique ; 11 h., Le rhumatisme cardiaque, Dr ROUTIER ; 15 h., Cœur pathologique, Dr CHAPERON.

Jeudi 18 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique, Dr LAUBRY ; 11 h., Les phlébites des membres inférieurs ; Notions actuelles de clinique et de thérapeutique, Dr LOUVEL ; 15 h., Interprétation de tracés électrocardiographiques (avec projections), Tracés normaux et troubles du rythme, Dr WALSER.

Vendredi 19 octobre : 10 h., Radiologie clinique ; 11 h., Les artérites oblitérantes juvéniles, Dr WALSER ; 15 h., Electrocardiographie (L'insuffisance cardiaque), Dr WALSER.

Samedi 20 octobre : 9 h. 30, Consultation clinique, Dr WALSER ; 11 h. Notions fondamentales de thérapeutique cardiaque, Dr LAUBRY.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr. On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. S'adresser au Dr MOUSSOIR, à l'hôpital Broussais. Les auditeurs, qui auront fait preuve d'assiduité, pourront sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

La conférence internationale de la lumière. — La conférence internationale de la lumière se tiendra du 10 au 13 septembre courant à Lausanne et à Leysin. Les questions essentielles concernant la lumière au point de vue physiologique et thérapeutique, les aliments irradiés, les applications d'infra-rouge et d'ultra-violet seront le thème des séances de la conférence.

Nécrologie. — M. le Dr G. ROLLAND de Bordeaux, ancien directeur de l'école dentaire de Bordeaux. — M. le Dr MANGON, de MARGAUX, décédé aux Eaux-Bonnes. — M. le Dr COYON, médecin des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement. — M. le Dr Gustave DURIAU, de Dunkerque (Nord). — M. le Dr Paul SAUTREAUX, de Voiron (Isère), décédé à l'âge de 44 ans. — M. le Dr Fernand DUCRETET, décédé a Athis-Mons, à l'âge de 50 ans. — M. le Dr FILIPPI, de Surgères (Charente-Inférieure), conseiller général, décédé à l'âge de 53 ans, victime du devoir professionnel. M. le Dr KEESE, de Guebvillers, décédé subitement à l'âge de 65 ans.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les deux pigments du diabète bronzé

Par M. LOEPER, RAVIER et LESURE.

Il fut pendant longtemps de notion courante et presque classique que la pigmentation du diabète bronzé dépendait, comme celle des viscères, du dépôt de rubigine dans l'épiderme. L'observation fort remarquable de Rendu et de Massary, celles ultérieures de Castaigne et Chiray en avaient même précisé la localisation non pas dans les cellules de l'épiderme mais dans les glandes sudoripares.

Cette localisation de la rubigine n'est pas douteuse. Reste à savoir quel est son rôle dans la coloration des téguments et si ce rôle appartient à elle seule.

Letulle, Achard et Leblanc, Loeper Ollivier et Decourt ne sont pas loin de le mettre en doute ou tout au moins d'en diminuer l'importance. Ils ont montré dans les cas les plus typiques de cirrhose bronzée l'augmentation de la mélanine dans la couche profonde de l'épiderme et laissé entendre que cette mélanine avait, au moins dans un assez grand nombre de cas, une part plus grande que la rubigine dans la coloration de ces malades. En un mot, la sidérodermie (nous empruntons ce mot très exact à M. Achard), est un assez faible facteur de pigmentation ; la mélanodermie au sens strict du mot, en est le facteur principal (1).

Cette conclusion ressortait déjà des travaux de Margain et de Duvernay. Elle ressort plus nettement encore de la thèse d'Ollivier. Les deux pigments bruns qui sont côte à côte dans les téguments y sont aussi dans les viscères. Mais la proportion en est fort différente. Dans le foie et le pancréas la rubigine domine ; dans la surrénale, mélanine et rubigine sont en quantité assez égale, quoique electivement localisée ; dans la peau, la mélanine est de beaucoup la plus abondante.

* * *

Ce n'est pas seulement par l'examen histologique, c'est-à-dire par les réactions habituelles du ferro-cyanure et du sulfhydrate d'ammoniaque, qui teintent l'un et négligent l'autre que s'accuse la dualité pigmentaire mais aussi par l'examen chimique et par des dosages précis.

La rubigine c'est du fer, plus ou moins complètement dépouillé de son enveloppe organique, Son accroissement c'est donc un excès de fer dans le dosage chimique d'un parenchyme. D'après les recherches de Chalier, le foie bronzé donnerait jusqu'à 8 ‰ de fer, d'après celle de Lapicque, jusqu'à 11, d'après celle de Hess, jusqu'à 16.

Nous-mêmes avons trouvé jusqu'à 19 ‰ dans un des trois cas qui servent de base à notre étude.

De tels chiffres sont dix et quinze fois supérieurs aux chiffres normaux qui oscillent autour de 0,15 dans le foie sain d'après Lapicque, de 1.17 dans le foie anémique d'après Chalier, de 1,2 dans le foie cirrhotique d'après nos examens personnels. Le pancréas est également très riche en fer, ainsi que son aspect permettait de le supposer.

L'accumulation de fer dans le rein est exactement parallèle, quoique elle soit moins importante. Elle est asesz limitée aux tubes sécréteurs de l'anse ascendante de Heule ; et représente parfois 2,50 ‰ (Chalier).

La surrénale est plus chargée que le rein. Les glomérules sont farcis de pigments ferrugineux. Le dosage nous a donné jusqu'à 10,13.

Nous n'avons pour les plexus choroïdes aucun dosage précis. Nous avons remarqué pourtant que le ferro-cyanure les teinte parfois entièrement en bleu foncé.

* * *

Si les viscères ont été très étudiés, la *peau* le fut infiniment moins. Les chiffres déjà publiés par les auteurs, les nôtres même sont cependant concordants.

Chalier signale des traces de fer reconnaissables à l'examen chimique, mais assez discrètes. Nous avons observé plus. Dans un de nos cas, la peau sèche fournit 1,15 ‰ au lieu de 0,29 que donnait simultanément une peau normale.

Cette proportion, faible en soi, est relativement forte si l'on considère la minime étendue des glandes sudoripares où ce fer semble s'accumuler.

Elle autorise cette conclusion : à savoir que le dosage chimique donne dans la peau des résultats conformes à ceux de l'examen microscopique.

Et le fer constitue à n'en pas douter un élément de coloration difficilement négligeable.

* * *

Si la rubigine est une substance ferrugineuse plus ou moins pure, la *mélanine*, elle, est une substance *thioaminée*. Le recherches de Bruno Bloch ont précisé sa constitution aminée que personne ne songe à nier. Mais la plupart des dosages montrent que le soufre en est aussi un élément quasi constant.

Les mélanines, à part exceptions rares, sont soufrées et donnent de 1 à 9 % de soufre. Si l'extraction de ce soufre ne modifie point toujours leur coloration (Heinlen) il ne s'ensuit pas que sa présence n'ait point été indispensable à leur évolution chimique ou à leur oxydation.

Il est malheureusement fort difficile, en raison du prélèvement tardif de la peau après la mort, de doser les acides aminés de la peau. Des quelques dosages que nous avons faits nous ne pouvons conclure à leur accroissement dans les téguments pigmentés.

D'ailleurs si l'aminoacidémie augmente dans les cirrhoses, il n'apparaît pas qu'elle soit plus abondante dans les cirrhoses bronzées que dans celles qui ne le sont pas. Bien plus la mélanodermie addisonnienne ne s'accompagne pas d'une notable amino-acidémie.

Il s'agit sans doute, chez les mélanodermiques, plus du noircissement de cette mélanine que de son accroissement vrai. Et nous persistons à croire que le soufre est un élément de ce noircissement.

Une telle hypothèse trouve déjà un appui solide dans la constatation que nous avons faite d'un excès de soufre et de soufre non sulfaté dans le sang des mélanodermiques addisoniens ou cirrhotiques.

Elle trouve sa confirmation dans les dosages de soufre de l'épiderme (1).

Dans un cas de diabète bronzé, nous avons pu doser jusqu'à 3,09 ‰ de soufre au lieu de 1 et 2,45, chiffres normaux. Le soufre est donc en augmentation notable dans les téguments de ces mélanodermies.

Pigment mélanique et excès de soufre se rencontrent donc dans l'épiderme.

L'abondance du soufre n'existe pas seulement dans l'épiderme mais aussi dans les organes : foie et surrénales de la cirrhose bronzée.

A l'examen microscopique on voit un pigment brun, incolorable par le ferrocyanure, moins abondant que la rubigine certes, mais indiscutable. C'est peut-être de l'hémoglobine non complètement décapée voire une ferrine intermédiaire ; chimiquement c'est surtout un déchet sulfoaminé.

Il n'y a qu'à recourir à l'examen chimique pour constater dans ces organes un *excès considérable de soufre.*

Un foie bronzé nous a donné 17 ‰ de soufre alors qu'un foie cirrhotique nous donnait 9,1 et un foie normal, 7 ‰ seulement ; une surrénale 6,74 ‰ au lieu de 0,90 à 1,20 chiffre obtenu dans la surrénale normale.

Le fer et le soufre vont donc de pair dans les organes et dans la peau, comme le pigment rubiginique et le pigment mélanique sont constatés de pair au microscope. *Le soufre est le test de la mélanine comme le fer l'est de la rubigine.*

(1) OLIVIER, — Thèse de Paris, 1925.

(1) L'accroissement est également constatable dans l'épiderme des addisoniens et, fait tout à fait remarquable que nous avons publié, dans les téguments du chien après ablation d'une surrénale.

***

On a beaucoup discuté sur le processus de formation de la rubigine. Certains y voient le résultat d'une hypergenèse ou d'une dysgenèse hépatique, d'autres, d'une hémolyse. A vrai dire la destruction des hématies dans le sang de ces malades est discutable et discutée, mais elle peut se faire dans les parenchymes eux-mêmes : dans le foie, dont Castaigne a examiné l'hyperhépatie élective ; dans la rate aussi, où Benard l'a attribuée à des hémolysines spléniques et Kolliker aux macrophages.

Peu importent le lieu et le mécanisme. L'essentiel est que la destruction existe et que la rubigine provient de cette destruction.

L'origine de la mélanine apparaît moins simple et moins démontrée et pourtant elle nous semble assez analogue et, peut-on dire, calquée sur le même modèle.

Le morcellement de l'hématie met en liberté, en effet, non seulement du fer, mais du soufre et des amino-acides. Cette libération a été prouvée par nos recherches sur l'hémolyse du sang *in vitro*, par celles de Delaunay et Serégé, par les nôtres encore sur les produits de l'hémolyse splénique (1).

Le fait est indubitable. Les déchets des hématies sont d'abord apportés au foie et à la surrénale qui les oxydent et en font un des éléments constituants de leur pigment normal.

On peut d'ailleurs prouver expérimentalement que l'injection de sang dans le péritoine et la résorption d'un hématome encombrent ces organes de déchets pigmentaires ; on peut prouver aussi que dans la surrénale spécialement le fer va à la couche corticale, le pigment soufré dans les cellules de la réticulée.

Et ces déchets vont aussi dans la peau où ils se fixent suivant leur affinité dans les cellules basales ou dans les sudoripares.

***

Tel est, à notre sens, la genèse des deux pigments des cirrhoses bronzées. Tel est aussi le mécanisme de formation et d'accumulation respectif de la rubigine et de la mélanine.

Quoique de constitution différente ces deux pigments ont une origine hémolytique. Ce processus a son siège un peu partout mais spécialement dans la rate et dans le foie.

Débris *de dislocation hématique*, ces *deux pigments sont couplés parce que leur souche* est *identique*.

(1) Loeper, Olivier, et Tonnet. — C. R. de la Soc. de Biol., 1925 et 1926.

Les syndromes paralytiques des derniers nerfs craniens d'origine bulbaire

Paralysie des IX, X, XI (avec paralysie faciale) par poliobulbite aiguë avec réaction méningée,

Par H. ROGER et M. BRÉMOND (de Marseille).

Le syndrome de Vernet, syndrome du trou déchiré postérieur, syndrome des IX, X, XI, est habituellement lié à des lésions exocraniennes qui frappent les trois nerfs à leur sortie du crâne. Ce sont, ou des traumatismes, comme la guerre en a montré de nombreux exemples, ou des lésions inflammatoires (généralement périphlébites du golfe de la jugulaire, plus rarement abcès latéro ou rétropharyngiens), ou des compressions par des tumeurs inflammatoires du crâne, par des adénopathies après cancer ou syphilis du pharynx, par des anévrismes carotidiens.

Les faits liés à des causes intracraniennes sont beaucoup plus rares, et s'accompagnent le plus souvent d'autres symptômes, en particulier d'autres manifestations bulbaires, qui en permettent la localisation.

En 1918, sur 22 cas de syndrome du trou déchiré postérieur, Vernet (*Revue neur.*, t. II, p. 146), n'en signalait que 2 ayant cette origine : un, personnel, où une paralysie des IX, X, XI, compliquait une hémiplégie gauche à début brusque chez un ancien syphilitique, et un, dû à Seiffer, chez un tabétique.

Les faits, tout à fait voisins, qui se compliquent de paralysie de l'hypoglosse (syndrome condylodochiré postérieur, ou des quatre dernières paires craniennes), dépendent de facteurs similaires, et sont, eux aussi, pour la plupart, d'origine exocranienne : traumatismes directs ou indirects, par fracture de l'occipital, tumeurs de la parotide ou du nasopharynx, processus inflammatoires mastoïdiens, amygdaliens ou vertébraux, phlébites ou anévrysmes.

Les rares cas d'origine endocranienne relèvent soit d'une tumeur de la fosse occipitale, sarcome dans le cas de Scheck, tumeur dure-mérienne dans celui de Cade et Rebattu (*Journ. de méd. Lyon*, août 1927), soit d'une atteinte des centres et de leurs racines.

Dans ce dernier cas, comme pour le syndrome du trou déchiré postérieur, il y a généralement des symptômes surajoutés qui permettent amplement de diagnostiquer l'origine centrale. C'est par exemple une hémiplégie du côté opposé dans le cas de Van Caneghem (Soc. belge d'otologie, 9 juillet 1926), ou plus exceptionnellement du même côté chez le malade de Sicard et Rimbaud (*Paris méd.*, sept. 1917), qui incriminent, pour expliquer cette combinaison curieuse, l'association d'une lésion bulbaire et d'une méningoradiculite. C'est une paralysie Duchenne-Erb avec syndrome de Claude Bernard-Horner et dissociation des sensibilités dans un cas personnel, que nous avons pu suivre depuis sa présentation à la Société d'O.N.O. du Sud-Est (25 février 1925) et qui se confirme comme une syringobulbie. C'est cette même thermo-anesthésie d'un membre supérieur et un nystagmus, cette fois sans syndrome oculo-sympathique, dans le cas de Clovis Vincent et Winter (Soc. O.N.O. Paris, 4 décembre 1925). C'est une parésie passagère du plexus brachial dans le cas de Heindl (Soc. Viennoise de laryngologie, 4 janvier 1900) rapporté par l'auteur à une névrite ascendante (?).

Bien exceptionnels sont les faits où le syndrome unilatéral du trou déchiré postérieur, aussi bien que celui des quatre derniers nerfs craniens, a une origine endocranienne et reste pur, rendant par suite le diagnostic de localisation plus difficile. On comprend qu'il faut une lésion bulbaire, ou parabulbaire, bien limitée pour ne pas empiéter sur les territoires voisins.

Tel le cas de Bourgeois (Soc. laryng. des hôpitaux de Paris, 10 mars 1926) où une paralysie incomplète des IX, X, XI, d'étiologie inconnue, est rattachée à une origine radiculaire ou nucléaire en raison d'une dissociation des symptômes suivant les divers rameaux des nerfs.

Dans le cas de Babonneix et Azerad (Soc. Neur., 5 juillet 1924), une paralysie à peu près pure des 4 dernières paires craniennes, avec intégrité du spinal externe, est rattachée à un syndrome bulbaire chronique, pour lequel les auteurs hésitent entre un gliome, une syphilis bulbaire ou une syringobulbie, diagnostic qui leur paraît le plus vraisemblable.

A côté de ces deux cas d'allure subaiguë ou chronique, nous trouvons dans la littérature deux faits, d'évolution plus aiguë, se rapportant d'ailleurs uniquement au syndrome complet des IX, X, XI et XII. Meuriot et Lhermitte (Soc. méd. chir. 7 mars 1918), publient un cas à marche assez aiguë, qu'ils rapportent à une méningite basilaire spécifique malgré une réaction de B.W. négative, en raison de la très grande amélioration par le traitement antisyphilitique. Canuyt (Soc. méd. et chir. Bordeaux, 9 juillet 1920) rattache le sien, survenu après des phénomènes infectieux du type angineux, à une névrite vraisemblablement spécifique, malgré le B.W. négatif, mais certains de ses argumentateurs se demandent si, malgré l'absence de Löffler, il ne faut pas incriminer la diphtérie (1).

(1) On sera peut-être étonné de nous voir ranger ce cas parmi les syndromes endocraniens, alors que l'auteur l'attribue à une névrite. Mais pareilles névrites craniennes rentrent plus dans le cadre des radiculites que dans celui des névrites périphériques, et ces radiculites elles-mêmes ne sont souvent que des poliobulboradiculites, le virus frappant en même temps centre et périphérie.


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

Le cas que nous venons d'observer rentre dans les faits endocraniens d'allure aiguë. Malgré l'association d'une paralysie faciale, qui rend moins pur ce syndrome, cette paralysie des IX, X. et XI mérite d'être rapportée, en raison de sa rareté et de son allure dramatique.

W... O..., âgée de 13 ans, ne présente dans ses *antécédents* personnels qu'une otorrhée bilatérale toute passagère, survenue dans la première enfance.

Dans les antécédents héréditaires, nous ne trouvons aucun commémoratif de syphilis paternelle et quelques suspicions de tuberculose (actuellement cicatrisée) du côté de la mère.

Etant jusqu'alors en état de bonne santé habituelle, elle accuse assez brusquement, le soir du 13 novembre 1925, une céphalée assez vive, qui s'accentue le lendemain, mais ne l'empêche pas d'aller à son lycée pour une composition. Elle en revient un peu abattue avec 39° et s'alite.

Le 15, s'installent une paralysie faciale droite, des troubles accentués de la déglutition avec voix nasonnée, sans angine, de la raideur de la nuque et du tronc. La température oscille entre 39° et 40°.

Une ponction lombaire, pratiquée le 16, montre un liquide limpide sans grande hypertension, contenant 30 leucocytes par mmc. (à prédominance lymphocytaire avec quelques poly), 0 gr. 45 d'albumine, 6 gr. 8 de chlorures et pas de bacilles de Koch, pas de méningocoque ni d'autres germes.

Toutes réserves sont faites par le médecin traitant au sujet de la possibilité d'un début un peu anormal de méningite tuberculeuse.

Lorsque nous voyons la malade, 4 jours après le début, le 17 novembre, nous sommes en présence des symptômes suivants : température toujours aussi élevée, pouls rapide à 100 et instable, raideur légère de la nuque quand on veut la fléchir en avant, Kernig net, mais peu accusé, aucun trouble oculaire (ni obnubilation visuelle, ni diplopie, pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, quelques légères secousses de nystagmus) ; pas de participation trigémellaire, paralysie faciale droite du type périphérique à peu près complète, paralysie complète du voile du palais, ainsi que du pharynx du côté droit (mouvement de rideau typique, impossibilité de toute déglutition même de salive), voix très bitonale, pas de paralysie de la langue, absence de tous signes, moteurs ou sensitifs, de tous troubles de la synergie ou du tonus des membres, réflexes rotuliens très diminués, achilléens conservés, plantaires en flexion, absence de vomissements, constipation légère. Intellect étonnamment conservé, urines sans albumine.

Devant un pareil tableau, nous concluons à un syndrome hémibulbaire droit, atteignant les noyaux des VII, IX, X, XI (avec légère réaction méningée) soit par encéphalite épidémique, soit par poliomyélite épidémique. Nous portons, comme on le conçoit, un pronostic des plus sombres. Nous prescrivons des injections intraveineuses de salicylate de soude (deux par jour à la dose de 0 gr. 50) ; des inhalations et des injections sous-cutanées d'oxygène, des injections d'huile camphrée.

Les jours suivants, le tableau s'aggrave encore. La malade qui, à certains moments arrivait à absorber très lentement, avec beaucoup de précautions, quelques cuillers à café de lait, ne le peut plus ; toute déglutition lui est interdite à cause des graves spasmes respiratoires qui accompagnent ces tentatives. On est même obligé d'aspirer avec une poire en caoutchouc la salive qui s'accumule en abondance dans sa bouche. On alimente comme on peut la malade avec la sonde nasale. Tout mouvement, tout effort minime provoquent des crises d'apnée et de cyanose, qui surviennent d'ailleurs également sans raison aucune et qui risquent à maintes reprises d'emporter la malade. Le pouls est très instable, passant durant la même numération et sans cause appréciable, de 80 à 120, tombant à d'autres moments à 60 : les bruits du cœur sont mal frappés. La respiration est tout à fait superficielle à type costal inférieur et abdominal, avec soulèvement du thorax en bloc.

Le 21 novembre, la température, qui, la veille, s'était maintenue à 38°-38°5, remonte à 39°. L'état paraît de plus en plus désespéré. On a cessé l'alimentation par la sonde nasale : lorsqu'on retirait la sonde, une nausée ou un vomissement provoquaient une crise d'asphyxie des plus graves.

Ces crises, soit syncopales, soit asphyxiques, se répètent souvent sans cause, de plus en plus fréquentes, de plus en plus longues, elles nécessitent parfois la respiration artificielle et laissent après chacune d'elles l'enfant de plus en plus épuisée. En dehors de ces grandes crises, les rythmes cardiaque et respiratoire n'en sont pas moins troublés : accès de tachycardie paroxystique avec pouls incomptable (durant jusqu'à 1/2 heure), respiration peu accélérée, mais instable, avec pauses toutes les 3 ou 4 respirations, parfois périodes d'apnée atteignant 12 secondes et même une fois 22 secondes.

Les autres symptômes craniens ne se sont guère modifiés : bonne vision, pas de strabisme, pas de nystagmus, pas de troubles pupillaires, pas d'atteinte du trijumeau, sauf un seul jour, une légère douleur à la pression du sous-orbitaire et de l'articulation temporale du côté droit, pas d'hypoestnésie cornéenne ; paralysie faciale droite avec cependant possibilité d'occlusion volontaire des paupières ; conservation bilatérale de l'audition avec parfois léger état vertigineux dans les changements de position de la tête, même voix nasonnée, et bitonale, même paralysie de l'hémivoile et de l'hémipharynx droits, même intégrité de l'hypoglosse.

Pas de céphalée et pas d'obnubilation intellectuelle, sauf après les crises d'asphyxie ; aucun délire. Insomnie continuelle due en grande partie aux crises asphyxiques provoquées par l'arrivée de la salive dans le pharynx dès que la malade s'endort. Disparition de la raideur de la nuque, du Kernig et du Lasègue. Pas de troubles moteurs des membres, pas de douleurs spontanées ni à la pression des muscles. Diminution des réflexes rotuliens. Pas de vomissements.

En dehors des injections répétées de tonicardiaques et des intraveineuses d'uroformine et de salicylate de soude, on fait des injections sous-cutanées d'oxygène *larga manu* (1 litre par injection à chaque grande crise de collapsus), si bien que les téguments sont tout boursouflés par des réserves d'oxygène. La malade est alimentée avec des lavements glucosés ou peptonés.

Le 24 novembre, une amélioration commence à se dessiner. Non seulement la température tombe assez brusquement à 37°, 37°6, mais les crises cardiaques et respiratoires s'espacent. La malade peut déglutir sa salive sans accès de suffocation. On reprend l'alimentation avec la sonde nasale.

Le 29 novembre, l'apyrexie persiste. L'enfant arrive à avaler un peu de liquide, sans s'engouer : cependant la paralysie vélopharyngée est aussi accusée. L'état général est bien meilleur. La respiration et le cœur sont normaux, sans aucune période de tachycardie ni d'apnée depuis 48 heures. Les réflexes tendineux sont normaux.

L'enfant commence à se lever le 5 décembre. Elle éprouve de temps en temps, durant 1 à 2 heures, des sensations de spasmes diaphragmatiques avec gêne respiratoire et angoisse. Elle s'alimente progressivement et avec précaution.

Elle éprouve vers le 10 décembre, à diverses reprises, au moment de certaines prises alimentaires, une sensation curieuse d'électricité dans la base de la langue. Après une séance de rayons ultra-violets, elle éprouve un engourdissement douloureux du membre supérieur droit, qui ne dure que quelques minutes.

Le 31 décembre 1925, la malade pèse 36 kgr. 400. Elle a déjà repris une partie du poids qu'elle avait perdu durant sa période de jeûne forcé. Mais elle n'atteint pas les 38 kgr. qu'elle pesait avant sa maladie.

La paralysie faciale régresse un peu. L'électrodiagnostic du facial (Dr Huguet) montre : pour le nerf, une contractilité égale des troncs droit et gauche, avec hypoexcitabilité des branches supérieure et inférieure du côté droit ; pour les muscles, une hypoexcitabilité localisée uniquement à l'orbiculaire droit. Un traitement électrique est institué.

Le voile du palais est toujours pendant à droite, et le pharynx, dans la déglutition, subit toujours un mouvement de translation de la droite vers la gauche. La voix est nasonnée ; la déglutition nécessite beaucoup de précautions pour ne pas provoquer d'engouement.

Pas d'atrophie du trapèze ; l'excitabilité électrique de la branche externe du spinal et du trapèze est égale à droite à et gauche. La corde vocale droite est paralysée.

L'enfant présente de temps en temps un peu de hoquet. L'abdomen a tendance à se météoriser et la constipation est rebelle.

En mars 1926 le poids est de 39 kgr. Les premières règles apparaissent. La tension artérielle est de 10,5-5,5 au Pachon-Gallavardin La parésie faciale s'est atténuée. La paralysie vélo-pharyngée reste complète. Il n'y a plus eu de crises de palpitations, ni de suffocation. Le pouls est à 80°. L'examen complet des appareils pyramidal ou cérébelleux ne montre aucun trouble fonctionnel. L'enfant demande à retourner au lycée.

La malade a été revue en avril 1927. Elle conserve un bon état général.

Après comme avant sa maladie, elle a beaucoup d'ardeur pour le travail intellectuel ; elle n'accuse aucun trouble de la mémoire, mais présente un nervosisme plus accentué qu'avant sa maladie, se met plus facilement en colère, supporte mal la moindre émotion ou réprimande, la moindre taquinerie de sa sœur.

Elle n'accuse ni parésie, ni troubles de la coordination des membres, un examen détaillé ne révèle ni ébauche de parkinsonisme, ni modification des réflexes.

La vue n'est pas très bonne, en raison d'une myopie assez accusée, mais le fond d'œil est normal. Jamais de diplopie. Pupilles égales, régulières et contractiles.

Pas d'hypoesthésie ni d'algie trigémellaires.

La paralysie faciale est peu apparente, quand la jeune fille parle ou ouvre la bouche. Quand elle est surmenée par le travail, elle rit encore de travers.

L'audition est bonne des deux côtés.

Le voile du palais et la luette sont tirés vers la gauche, l'hémivoile droit restant inerte. Le mouvement de rideaux pharyngés est des plus nets. La sensibilité vélopharyngée est égale des deux côtés.

La déglutition est toujours un peu lente. Quand la malade avale un potage contenant une pomme de terre écrasée ou un peu de purée de lentilles diluée dans ce potage, elle est obligée d'incliner un peu la tête sur le côté gauche ou de boire un peu d'eau pour mieux déglutir. Avec ces précautions il n'y a pas de reflux nasal des liquides ni d'engouement.

La voix est très peu nasonnée et n'a plus de timbre bitonal. La conversation courante, la récitation de poésies se font sans effort. Mais si la malade veut hausser le ton, parler fort pour se faire entendre au loin, la voix ne porte pas.

La respiration est normale, sans crise de dyspnée. Toutefois si l'enfant s'enrhume l'hiver, elle a de la difficulté à tousser et à expectorer, avec même légère tendance à la cyanose. L'auscultation ne montre pas cependant de lésion pulmonaire.

Le pouls est normal à 86, sans crise de tachycardie. La tension est de 11-7.

Même à l'heure actuelle, plus d'un an et demi après l'évolution de l'épisode aigu, le diagnostic d'un pareil cas prête à discussion.

L'hypothèse qui avait au premier abord paru s'imposer au médecin traitant, celle d'une *méningite tuberculeuse* à début anormal, n'a pas été confirmée par l'évolution. Personnellement nous avions d'ailleurs éliminé d'emblée celle-ci, malgré la céphalée, la raideur de la nuque et le Kernig, malgré l'hyperalbuminose (0 gr. 45) et l'hypercytose (35 leucocytes par mmc. à prédominance lymphocytaire). Car le début avait été vraiment trop brusque, en pleine santé, sans aucun prodrome ; la méningite tuberculeuse, dont les lésions prédominent si souvent au niveau de l'étage moyen du crâne, tout autour du chiasma, et se propagent aux nerfs moteurs oculaires et au trijumeau, frappe rarement l'étage postérieur et les derniers nerfs craniens. Nous trouvons tout au plus dans la littérature une observation complexe de Le Noir et Aine (Soc. Méd. hôp., 22 juillet 1910) où des paralysies multiples des 6e, 7e, 8e peut-être 10e nerfs craniens gauches, associées à des troubles de la station, parésie des membres supérieur et inférieur gauches, sont rattachées d'une façon d'ailleurs hypothétique à une méningite tuberculeuse probable, englobant la region bulbo-protubérantielle et le pédoncule cérébelleux moyen (1).

Dans la méningite tuberculeuse, l'atteinte des nerfs craniens est beaucoup plus souvent terminale que précoce. Sans doute, une plaque de méningite aurait pu se localiser primitivement et exceptionnellement au niveau du trou déchiré postérieur, avant d'essaimer ailleurs, mais elle aurait évolué lentement ou tout au moins aurait mis quelques jours à réaliser ce syndrome, qui s'est installé dans le cas présent si brutalement.

Il en aurait été de même d'une *méningite d'autre nature*, otique, syphilitique, cérébrospinale, que l'anamnèse ou les examens de laboratoire élimineraient d'ailleurs rapidement.

Cette réaction méningée n'était donc pas primitive, mais plus vraisemblablement secondaire à une lésion du névraxe, localisée au bulbe.

Etant donné le cortège symptomatique, il ne pouvait s'agir ici que d'une infection aiguë, et celle-ci ne pouvait guère être due qu'à une localisation haute du virus poliomyélitique ou à une atteinte un peu exclusive et anormale du virus encéphalitique

En faveur de la *poliomyélite*, plaide la brusquerie de l'invasion. Dès le deuxième jour d'une infection ayant débuté par de la céphalée, de la fièvre et une réaction méningée légère, l'hémiface, l'hémivoile et l'hémipharynx du côté droit sont frappés d'une paralysie d'emblée très accentuée Et celle-ci — autre argument en faveur de la poliomyélite — persistera, sans modification considérable, comme séquelle vraisemblablement irréductible.

L'on connaît les formes bulbaire ou bulbo-protubérantielle de la poliomyélite (Morant, Thèse Paris, 1909, Müller, *Munch. med. Woch.*, 1912, J. Mac Eachern, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 9 janvier 1926). Il s'agit le plus souvent de poliomyélite spinale, plus ou moins typique, qui se complique, à une phase terminale, de symptômes bulbaires, réalisant le syndrome de Landry ou de paralysie infantile des membres avec participation anormale du facial ou de l'hypoglosse. Récemment, Payan et Passot (*Marseille méd.*, 5 sept. 1926) publient deux cas de mort subite ou rapide par le bulbe chez de jeunes enfants et un cas moins grave où le virus avait simplement léché les noyaux cardiaque, respiratoire et celui du facial. Boulanger-Pilet et René Martin ont assisté, chez une jeune enfant hospitalisée pour une autre affection, à l'évolution d'une poliomyelite suraiguë à forme ascendante qui a entraîné la mort à la 30e heure. (Soc. Pédiatrie, 15 mars 1927).

Il est plus rare de voir une localisation uniquement bulbo-protubérantielle, comme dans le cas de syndrome alterne de Mac Neil (*Edimb. Med. Journ.*, février 1922).

Un jeune enfant observé par R. Debré présente, après un épisode de diarrhée et vomissements, une paralysie vélopalatine, puis pharyngée, accompagnée de troubles de la respiration et de la circulation, sans localisations paralytiques du côté des membres, avec en outre, réaction méningée assez intense 124 leucocytes, 0,56 d'albumine. Après avoir éliminé l'origine diphtérique, l'auteur conclut à une polioencéphalite inférieure localisée aux noyaux des IX, X et XI, consécutive au virus poliomyélitique. Il soumet ce petit malade au traitement par le sérum antipoliomyélitique de Pettit et assiste à une régression inespérée de ce syndrome aussi grave. Malheureusement, une semaine après, des accidents bulbaires suraigus emportent l'enfant en quelques heures.

Contre l'hypothèse du virus poliomyélitique et en *faveur du virus encéphalitique* plaident quelques autres considérations.

Sans doute, c'est d'emblée que la paralysie facio-vélo-pharyngée unilatérale s'est installée et n'a presque plus rétrocédé (sauf pour le VII), mais l'atteinte des centres respiratoire et circulatoire n'est apparue que 2 à 3 jours après.

Sans doute la localisation s'est faite à peu près exclusivement aux noyaux des VII, IX, X, XI, mais il y a eu cependant, et à une période plus ou moins tardive, quelques symptômes, il est vrai fugaces, qui font penser à une diffusion plus grande du virus : algie sous-orbitaire, paresthésie linguale, spasme diaphragmatique passager, hoquet, qui sont beaucoup plus fréquents dans la névraxite que dans la maladie de Heine Medin. Nous n'avons, il est vrai, vu s'installer ultérieurement aucune des séquelles post-encéphalitiques si fréquentes, comme le parkinsonisme et les troubles intellectuels. A peine pouvons-nous signaler chez notre malade quelques troubles du caractère, devenu plus irritable.

L'atteinte des derniers nerfs craniens est assez rare dans l'encéphalite. L'hémiparésie avec hémiatrophie linguale, sur laquelle l'un de nous a eu l'occasion d'insister à diverses reprises, est une des plus fréquentes. Quelques auteurs ont publié au cours d'encéphalites plus ou moins typiques des cas isolés de paralysie laryngée (Aviragnet, Armand-Delille et P. L. Marie, Soc. méd. hôp., 21 mai 1920, Reverchon et G. Worms, Soc. laryng. nov.-déc. 1920), d'hémibronchoplégie passagère (Jacques, *Journ. des prat.*, 1920, p. 456), de paralysie du voile (Oddo et Boulakia, *Marseille méd.*, 1918, p. 679-683, Combemale et Duhot, Pierre-Paul, Lévy, Soc. méd. hôp., 9 juillet 1920, José Gazzolo, *Prensa med. Argentina*, 20 nov. 1920), de paralysie transitoire de la déglutition (Pablo Barlero, *Prensa med. Argentina*, 10 sept. 1920), ou de spasmes pharyngés pseudorabiques (Sicard, *Presse méd.* avril 1920). Mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'observation présentant comme chez notre malade les associations paralytiques d'un syndrome de Vernet unilatéral.

Diverses observations ont été publiées sous le nom de formes bulbaires (Copper, Thèse Bordeaux, 1922-23), protubérantielles (Ausset Soc. Péd. 10 octobre 1920, Labougle Soc. méd. milit. fr., 3 avril 1921, Vincent et Darquier, Soc. méd. hôp., 11 janvier 1921, Hauttement, Thèse Paris, 1925), bulboprotubérantielles (Rathery et Kourilsky, Soc. méd. hôp., 18 janvier 1924), cervicobulbaires (Schæffer et Mathieu, *Paris méd.* 3 oct. 1925) de la névraxite ; il s'agit le plus souvent de syn-

(1) Dans une observation de Lortat-Jacob et Hallez (Soc. de neur., 11 juillet 1918), une bacillaire réalise une paralysie des 6 derniers nerfs craniens droits : l'atteinte des 4 derniers et du VIIe est attribuée à une compression exocranienne par une adénopathie cervicale qu'on sent nettement à la palpation ; seule, celle du VIe et du VIIIe est rattachée à une pachyméningite pariétale.


LAXAMALT
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de paraffine
50% extrait de malt
LABORATOIRES LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS

drome de Millard-Gubler, de syndrome vestibulaire, de hoquet persistant avec Brown-Séquard, etc., rattachés à cause de leur évolution aiguë au virus encéphalitique.

Mais aucune ne se rapproche par sa symptomatologie du fait que nous avons observé. Dans le cas de Rathery et Kourilsky, nous trouvons associées « une paralysie récurrentielle gauche, une paralysie peu marquée du voile, une anesthésie complète du pharynx dans le territoire du pneumogastrique » mais ces symptômes apparaissent, non pas comme chez notre malade au début, mais vers la fin de l'évolution d'un syndrome qui s'est caractérisé par une diplégie faciale, de la diplopie, de la surdité et du trismus et qui se termine par une bronchopneumonie mortelle. Le jeune Arabe de Gillot, Sarrouy, Gruny et Méli (Soc. Méd. Alger, avril 1923) se rapprocherait davantage de notre cas, en raison d'une paralysie labio-glosso-laryngée (accompagnée de diplégie faciale et d'atteinte du VI gauche) qui apparaît d'emblée 48 heures après le début d'un état infectieux et qui s'accompagne les jours suivants d'une quadriplégie flasque : le malade guérit au bout d'une vingtaine de jours. Mais la bilatéralité des lésions des X, XI et XII rend ce cas bien différent du nôtre.

Celui qui s'en éloignerait peut-être le moins est celui que l'un de nous a eu l'occasion d'observer il y a quelques années. Une jeune femme de 33 ans, antérieurement opérée de cholécystite, présente assez brusquement, en janvier 1921, après quelques jours de vertiges, un état subfébrile, des douleurs de la nuque, du trismus et surtout des spasmes pharyngés apparaissant même pour la déglutition de la salive. L'examen montre une parésie assez nette du voile du palais du côté gauche, sans voix nasonnée, ni reflux nasal des liquides, sans signes d'hypoesthésie ni de parésie pharyngée, de la contracture du sternocléidomastoïdien gauche et une légère excitation pyramidale des membres droits. Le L.C.R. est normal. Les troubles vélopharyngés disparaissent au bout de quelques jours : une diplopie très passagère, quelques secousses myocloniques discrètes, mais nettes dans l'hémiface gauche, l'abdomen et les membres signent la nature encéphalitique de ces troubles, qui guérissent rapidement. Cette malade a été revue cinq ans après, ne présentant aucune séquelle de son affection aiguë. On retrouve ici comme chez notre malade, une atteinte partielle des IX-X, et du XI (celle-ci à type, il est vrai, d'excitation spasmodique et non de paralysie), qui s'installe d'emblée et domine toujours la scène : mais elle n'a pas la même gravité et guérit sans aucun symptôme paralytique persistant.

Quel que soit le virus en cause, poliomyélitique ou névraxitique, et cette question est bien difficile à trancher d'une façon absolue, quelques points méritent dans ce cas clinique, de retenir notre attention.

1° *Le début méningé* qui avait fait craindre une méningite tuberculeuse. Pareille réaction méningée n'est cependant pas exceptionnelle dans les infections des centres nerveux, aussi bien dans la poliomyélite que dans l'encéphalite, mais elle crée toujours au début des difficultés pour le diagnostic.

2° *La localisation élective de l'infection aux noyaux des IX, X, XI* (avec cependant ici atteinte également accusée du VII) réalise un syndrome du trou déchiré postérieur, le syndrome de Vernet, avec cependant intégrité relative de la branche externe du spinal.

3° *L'atteinte si grave du pneumogastrique*, qui s'est traduite par les états si fréquents de collapsus, de syncope, sans oublier les crises moins dramatiques d'apnée ou de tachycardie paroxystique. La gravité de cette lésion aurait, selon toute vraisemblance, emporté cette jeune malade, si son père, un de nos confrères les plus distingués, n'était resté en permanence jour et nuit au chevet de sa fille pendant la période aiguë, pour instituer la thérapeutique la plus utile.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notions générales préalables à la chirurgie articulaire

Par L. PLISSON
Professeur au Val-de-Grâce.

I. Notions générales.

La chirurgie articulaire est difficile et délicate.

a) En effet, les articulations, pour être *utiles*, doivent être *indolores*, *solides*, *mobiles* ; leur jeu doit être mis en œuvre par une *musculature suffisante* et par conséquent *ni paralysée*, *ni atrophiée*.

Le but de toute action chirurgicale sur une articulation sera donc non seulement de guérir la lésion dont elle est atteinte, mais encore de lui conserver des *mouvements aussi étendus que possible* et une *solidité suffisante*.

Mais, *le jeu articulaire passif* ne serait que de peu d'utilité s'il n'était accompagné de la possibilité pour le malade de *mouvoir volontairement et efficacement son articulation* par le jeu de ses muscles.

En conséquence, le traitement à appliquer aux lésions articulaires est d'*autant plus délicat que l'articulation est plus mobile* et fonctionnellement plus utile.

En dernière analyse ce sera toujours le *rétablissement de la meilleure fonction* ultérieure possible que devra viser le chirurgien.

b) Les *traumatismes articulaires* d'origine pathologique ou opératoire qui *modifient les rapports des surfaces articulaires* ou qui *modifient la forme de ces surfaces*, *qui changent les aplombs* normaux du membre, *qui diminuent* ou *augmentent* le *jeu articulaire normal ou détruisent en totalité ou en partie l'appareil ligamenteux*, déterminent des *impotences fonctionnelles* considérables, tant par le *défaut du jeu articulaire normal* (positions vicieuses, ankyloses, membres ballants, etc.) que par les *troubles* qu'ils déterminent à *distance* sur les *muscles* et les *nerfs* voisins (amyotrophies rétractions fibreuses, douleurs, etc.).

c) *Anatomiquement et physiologiquement parlant, les articulations et les muscles qui les meuvent sont étroitement solidaires.*

Les lésions articulaires retentissent sur les muscles qui commandent le jeu articulaire (atrophie) et *vice-versa*, les lésions musculaires graves ont une répercussion sur la statique et sur le jeu articulaires (luxations pathologiques par paralysie ou contracture).

Une *articulation saine* mise simplement *au repos s'enraidit* à la longue, mais la raideur articulaire est en général assez facilement curable par la reprise des mouvements. De même, les muscles qui ne fonctionnent pas pendant le repos articulaire simple diminuent de volume, mais cet *amaigrissement musculaire* disparaît rapidement par la reprise de la fonction.

Tout autres sont les lésions musculo-articulaires qui suivent une *irritation mécanique* ou une *infection d'une articulation*.

La destruction de la synoviale ou des cartilages *diarthrodiaux* amène une ankylose *articulaire fibreuse ou osseuse* que rien ne peut vaincre.

L'*irritation ou l'infection légère* provoquent des *néoformations plastiques ou fibreuses* qui limitent ou entravent les mouvements.

A la suite des lésions articulaires, apparait très rapidement de l'*atrophie musculaire* probablement d'origine réflexe. Elle est toujours plus accentuée sur les muscles de l'extension que sur les muscles de la flexion (quadriceps crural, biceps, fessiers). Elle est très rapide, souvent *massive* ; elle est tenace et rebelle au traitement et ne cède pas toujours avec la reprise du jeu articulaire.

Dans les traumatismes fermés, cette atrophie amène une *laxité articulaire* qui détermine elle-même une irritation de l'articulation, irritation qui se manifeste par un état d'*entorse chronique* point de départ du réflexe atrophiant des muscles, d'où création d'un véritable cercle vicieux qui peut rendre le traitement difficile et de longue durée.

d) Les *cartilages de conjugaison* servent au développement en longueur des diaphyses dont les extrémités articulaires sont en rapport de continuité avec les surfaces articulaires. Ils sont souvent compris dans la partie de l'épiphyse incorporée dans l'articulation par le manchon capsulaire ; il y a donc souvent un retentissement sur le développement de l'os tout entier en période de croissance quand ce cartilage est détruit, ou simplement irrité, ou modifié par une action chirurgicale, ou par un processus pathologique d'origine articulaire.

Inversement, une lésion partie de la région juxta-articulaire de l'os au voisinage du cartilage d'accroissement peut perforer la corticale osseuse ou traverser le cartilage diarthrodial et pénétrer dans l'articulation (ostéo-arthrites bacillaires, arthrites post-ostéomyélitiques).

e) La *gravité particulière des infections articulaires* nécessite la mise en œuvre dans les opérations intra-articulaires d'une *asepsie minutieuse*, aussi minime que soit l'intervention. Elle implique également une *action chirurgicale rapide et énergique* pour parer aux *accidents infectieux* quand ils existent.

Cependant, les *articulations se défendent très bien contre l'infection au début* ; cette notion est capitale à retenir dans la chirurgie des traumatismes ouverts des articulations, car la *désinfection mécanique précoce des cavités articulaires souillées* suivie de fermeture immédiate, permet, avec des précautions appropriées d'éviter leur infection ultérieure et d'obtenir des guérisons rapides et complètes.

Par contre, toute *articulation ouverte* par le traumatisme ou même aseptiquement par le chirurgien est *fatalement vouée à la suppuration par infection secondaire* si l'*articulation est laissée béante ou drainée* pendant plus de quelques jours. L'évolution aseptique d'une lésion intra-articulaire primitivement ouverte est donc conditionnée par la fermeture immédiate de l'articulation.

f) Un des gros ennuis réservés au chirurgien est la tendance fâcheuse qu'ont les *articulations traumatisées ou infectées* à se *bloquer* en *position vicieuse, à s'enraidir*, ou même *à s'ankyloser*.

Cependant, certaines lésions nécessitent le repos articulaire pour guérir — repos qui n'est pas sans favoriser l'enraidissement articulaire et l'atrophie musculaire. Il appartient donc au chirurgien de garder une juste mesure dans sa conduite et un éclectisme éclairé en évitant l'application stricte et rigide de théories quelquefois outrancières dans un sens ou dans l'autre et qui ne sauraient s'appliquer à tous les cas d'espèces.

g) La tâche du chirurgien n'est pas terminée quand il a fait une opération articulaire. Il faut de toute nécessité qu'il *surveille la cicatrisation, et qu'il dirige le traitement orthopédique et physiothérapique ultérieur* jusqu'à complète guérison, faute de quoi les opérations les plus brillantes peuvent être suivies de résultats médiocres.

II. Les méthodes opératoires.

I. *Rappel anatomo-physiologique.*

II. *Les opérations articulaires fondamentales.*

a) Ponction articulaire :

Indications ;
Conditions à réaliser pour pratiquer la ponction

b) Arthrotomies :

Indications ;
Choix des voies d'accès.

c) Résections articulaires :

Résultats à obtenir ;
Technique opératoire ;
Soins post-opératoires ;
Indications opératoires.

d) Désarticulations :

Indications opératoires ;
Règles générales concernant la pratique de désarticulation.

***

Toute intervention sanglante sur une articulation comprend deux temps bien distincts :

1º La création d'une voie d'accès vers l'articulation ;
2º S'il y a lieu, les manœuvres intra-articulaires.

La pénétration dans chacune des articulations nécessite naturellement l'étude de voies d'accès particulières. Cependant, les *voies d'accès sont déterminées pour toutes les articulations par de grandes lois générales* basées sur la *constitution anatomique* des articulations et sur *leur rôle physiologique*.

I. Rappel anatomique et physiologique.

Anatomie. — Toute articulation comprend :

a) Des extrémités articulaires constituées par un *élargissement* osseux dont quelque partie vient toujours plus ou moins au contact des parties molles superficielles et dont la *vue* et le *toucher* seront pour le chirurgien autant de points de *repères précieux* au cours de l'*exploration clinique ou opératoire*.

b) Des *surfaces articulaires* dont la forme, les dimensions les rapports réciproques seront nécessaires à connaître pour déterminer la ou les parties que le chirurgien pourra enlever tout en gardant une valeur fonctionnelle à l'articulation ou à la néarthrose (résection).

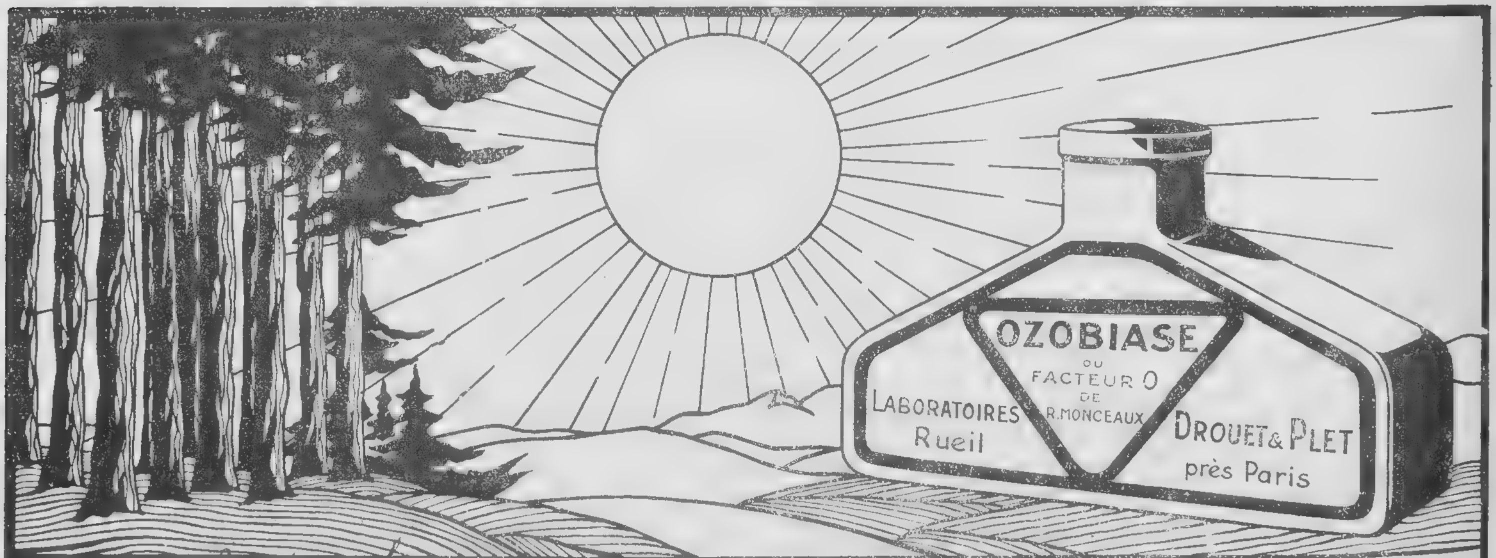
c) L'*interligne articulaire* dont la direction, la forme, la longueur sont absolument indispensables à connaître pour pénétrer dans l'articulation entre les surfaces articulaires (résection, désarticulstion).

d) Les *moyens d'union* constitués par la capsule articulaire et les ligaments :

Capsule dont les insertions sont utiles à préciser puisqu'il ne faut pas les dépasser pour ouvrir la cavité articulaire (arthrotomie, désarticulation).

Ligaments dont les points d'insertion, la direction, l'épaisseur, la longueur doivent être connus du chirurgien qui veut soit les couper (désarticulation), soit surtout les conserver (arthrotomie, résection) puisque de l'état de leur conservation dépend en grande partie la solidité ultérieure de l'articulation dont ils sont les moyens de contention passifs.

Il en résulte que, dans les *désarticulations*, ces ligaments seront coupés *perpendiculairement* à leurs fibres et dans leurs parties les plus facilement accessibles au couteau ; que dans les arthrotomies et dans les résections, les inci-


OZOBIASE
OU
FACTEUR O
DE
R. MONCEAUX
LABORATOIRES
Rueil
DROUET & PLET
près Paris

sions devront être au contraire autant que possible, *parallèles* à leurs fibres et situées sur la capsule articulaire en dehors des points où ils la renforcent.

Au cas où des nécessités absolues obligeraient à leur section transversale, il faudrait après l'intervention, les suturer avec le plus grand soin, si toutefois l'articulation peut être refermée.

e) *Synoviale et cavité articulaire.* L'impérieuse nécessité au cas d'*infection* de *drainer tous les culs-de-sac articulaires,* tous les *prolongements de la synoviale, de rechercher les fusées purulentes partant de la cavité articulaire vers les parties molles* en profitant des *communications normales ou pathologiques avec les séreuses de voisinage* indiquent assez la notion précise que doit avoir le chirurgien de la disposition anatomique de la cavité articulaire dont il entreprend l'ouverture.

f) *Parties molles périarticulaires et rapports.*

C'est de la *disposition de ces parties molles* que se déduisent les *voies d'accès* vers l'articulation.

Elles comprennent des *tendons*, des *muscles*, véritables *ligaments actifs* de l'articulation, et qui doivent être ménagés dans toutes les interventions conservatrices (arthrotomie, résection) puisque l'état fonctionnel ultérieur de l'articulation sera en grande partie la résultante directe de leur état de conservation. Dans les désarticulations, ils serviront à tailler les lambeaux.

Dans les *interstices ménagés par les muscles et les tendons* cheminent les *vaisseaux et les nerfs* dont l'intégrité doit être, elle aussi, ménagée et qu'il faudra savoir ou *éviter* ou *découvrir* pour les *protéger* au cours de l'intervention conservatrice ou traiter d'une façon spéciale (hémostase préventive, résection nerveuse après les désarticulations).

Physiologie. — Les *notions physiologiques* relatives au fonctionnement des articulations ne sont pas moins indispensables à connaître avant de pratiquer la chirurgie articulaire, car toutes les fois que vous entreprendrez une action chirurgicale sur une articulation, vous devrez vous demander quelle sera la *modification fonctionnelle* apportée au jeu articulaire par l'intervention pratiquée : et, suivant la nature et le genre d'articulation, quel sera le *but à atteindre* comme résultante de votre intervention ; solidité, mobilité, direction, etc. Ces notions entreront en considération pour une part importante dans le *choix et la nature* de l'intervention que vous pratiquerez, dans l'*importance* que vous lui donnerez dans la technique que vous emploierez.

* * *

II. — Les opérations articulaires fondamentales.

Les interventions sur les articulations varient à l'infini. Vous serez à même de les comprendre et de les réaliser toutes quand vous saurez pratiquer et que vous connaîtrez les indications respectives des quatre opérations fondamentales suivantes ; la ponction articulaire, l'arthrotomie, la résection, la désarticulation. Nous verrons au cours de cette étude que ces interventions en suivant l'ordre de leur conservation ne sont pour ainsi dire que l'élargissement progressif des voies d'accès vers l'article.

1° Ponction articulaire.

La ponction articulaire est une opération qui a pour but de pénétrer dans l'intérieur de l'article par un orifice étroit avec un instrument piquant et creux (aiguille ou trocart), ou par la ponction étroite au bistouri.

Indications. — La ponction est employée dans les circonstances les plus diverses :

1° Ponctions exploratrices :

a) Pour vérifier la présence ou l'absence de liquides dans l'articulation.

b) Pour déterminer la nature du liquide (sérosité, sang, pus).

2° Ponctions évacuatrices :

Elles font souvent suite aux précédentes et ont pour but de vider l'articulation de son contenu.

Elles sont réservées surtout à l'évacuation du sang et de la sérosité (hémarthroses, hydrarthroses, hémo-hydarthroses). La ponction est en effet le plus souvent insuffisante pour traiter l'arthrite purulente, mais reste le moyen par excellehce pour faire le diagnostic de la présence du pns dans l'articulation.

3° Ponctions évacuatrices suivies d'injections modificatrices :

Elles sont employées pour traiter certaines formes d'arthrite. Dans certains cas, après vidange de l'articulation, on peut la laver avec un liquide désinfectant (éther, Dakin) dans les articulations récemment ouvertes et suturées et suspectes d'infection). Cette *médication intra-articulaire* est réservée aux *arthrites bacillaires* dans lesquelles on injecte des *liquides modificateurs et antiseptiques* (éther, iodoforme, liquide de Calot par exemple). On l'emploie aussi pour *injecter dans la synoviale des sérums thérapeutiques* (bacillose, gonococcie).

4° Ponctions articulaires suivies d'injections de substances propres a distendre l'articulation :

L'opération consiste à introduire dans une articulation soit de l'air, soit de l'oxygène, soit des vapeurs d'éther pour la distendre, étaler tous les culs-de-sac, écarter les surfaces articulaires afin d'obtenir des détails intra-articulaires sur les épreuves radiographiques (lésions méniscales du genou, petits corps étrangers, etc.).

Conditions à réaliser pour pratiquer la ponction. — La ponction articulaire est une opération de petite chirurgie mais pour laquelle vous devrez prendre *les mêmes précautions d'asepsie* que pour la plus grave des opérations viscérales.

Le lieu d'élection à rechercher pour faire la ponction est indiqué par deux conditions anatomiques :

1° La présence d'un cul-de-sac synovial facilement accessible et communiquant avec la grande cavité synoviale, le plus souvent extériorisé par son contenu qui le fait bomber sous les parties molles.

2° La superficialité de ce cul-de-sac et la possibilité d'y accéder en traversant le moins de parties molles possible et loin de toute région dangereuse (vaisseaux et nerfs).

* * *

2° Arthrotomie.

C'est l'opération qui a pour but d'ouvrir plus ou moins largement l'articulation de dehors en dedans en traversant sur un point déterminé les parties molles qui la recouvrent.

Indications. — L'arthrotomie est indiquée :

1° Soit pour explorer l'articulation (arthrotomie d'exploration ;

2° Soit pour vider l'articulation de son contenu, caillots sanguins, sérosité, pus.

Dans ces deux cas, l'arthrotomie a atteint son but dès qu'elle a permis d'ouvrir la synoviale articulaire. C'est la synoviotomie d'Ollier, suivie ou non de *fermeture* ou au contraire de drainage de l'articulation.

3° Dans d'autres cas, l'arthrotomie n'est que le *premier temps préliminaire à une opération intraarticulaire plus complexe* (arthrodèse, ostéotomie articulaire, intervention sur les ligaments intra-articulaires, extirpation de corps étrangers, réduction de luxations ou ostéosynthèse d'une fracture, etc...).

Enfin, elle est le *premier temps obligé* de toute *résection articulaire*.

C'est dire que, sauf exceptions, les incisions d'arthrotomie seront pratiquées dans les mêmes points que celles qui serviront à faire les résections.

Il appartient donc de déterminer ici, à la fois pour ces deux opérations (arthrotomies, résections), les conditions du choix des incisions d'accès à la cavité articulaire.

Choix des voies d'accès. — Le choix de la voie d'accès sur une articulation est basé d'une part sur la *structure anatomique* et les rapports de l'articulation, de l'autre sur les *conditions du fonctionnement ultérieur* de cette articulation.

Il faut en effet :

1° Arriver facilement sur la cavité articulaire par une ouverture suffisante pour pouvoir travailler à l'aise à l'intérieur de l'article.

2° Ménager autour de l'articulation tous les organes utiles à son fonctionnement, c'est-à-dire conserver tous ses ligaments essentiels pour assurer sa solidité, conserver ses muscles avec leurs nerfs pour assurer sa mobilité, ne pas léser les troncs vasculo-nerveux de passage au voisinage de l'articulation.

Toute recherche d'une voie d'accès pour une *arthrotomie* ou *une résection* doit donc prendre en considération les *organes à ménager* (ligaments, tendons, muscles, vaisseaux, nerfs) et permettre de *choisir parmi les interstices existant* entre ces différents organes, ceux qui paraissent le plus commodes pour *mener directement à l'articulation* pour en *faciliter l'exploration*, pour *permettre les manœuvres intra-articulaires* ou pour *drainer l'articulation*.

* *

3° Résections articulaires.

La résection articulaire est une opération qui consiste à *extirper tout ou partie des surfaces ou des extrémités articulaires* des os entrant dans la constitution d'une articulation.

Cette définition très générale implique que dans une résection on peut se borner :

1° A sacrifier exactement toutes les parties articulaires au voisinage de la limite de leur surface cartilagineuse de revêtement (résection type).

2° A sacrifier seulement une des surfaces articulaires (hémi-résection, épaule, hanche).

3° A ne sacrifier que des portions plus ou moins étendues des surfaces articulaires (résections partielles, économiques, esquillectomies dans les fractures articulaires).

4° A sacrifier une plus ou moins grande partie d'os au-dessus de la limite des surfaces articulaires (résections étendues).

Résultats à obtenir. — La valeur relative de ces interventions dépend du résultat fonctionnel ultérieur obtenu et qui se résume en trois mots : *indolence, solidité, mobilité.*

a) La résection type, pratiquée à la manière sous-périostée d'Ollier, enlevant exactement les surfaces articulaires, évoluant aseptiquement et avec conservation du périoste, des attaches ligamenteuses, des muscles et de leurs nerfs, etc... peut être normalement suivie de la formation d'une néarthrose à la fois solide et mobile.

Mais bien des facteurs sont susceptibles de modifier cet heureux résultat.

b) La suppuration prolongée amène en général des productions fibreuses, ostéophytiques, intra et péri-articulaires compromettant la mobilité.

La destruction par la suppuration des moyens d'union de l'articulation peut amener au contraire une laxité trop grande. Mais celle-ci est surtout le résultat soit d'une intervention mal faite et n'ayant pas suffisamment ménagé l'insertion des ligaments ou les insertions musculaires, soit d'une exérèse trop large des extrémités osseuses qui empêche naturellement toute coaptation nouvelle (résection ballante).

c) Les opérations partielles mal combinées peuvent amener aussi des troubles articulaires plus graves qu'une résection plus étendue mais plus classique, produisant soit des ankyloses, soit des raideurs articulaires, soit des modifications dans les aplombs nouveaux de l'articulation qui en gênent ou en interdisent le jeu.

d) Quand, *au membre supérieur*, une résection doit laisser une raideur articulaire, il faut placer le membre dans la position la plus convenable à la réalisation des travaux habituels du malade. Quand il est ballant et qu'il n'y a pas de remède opératoire, il faut cependant conserver le membre si la main peut être encore utilisée, soutenue par des appareils de prothèse fonctionnelle appropriés.

e) *Au membre inférieur*, le membre qui doit s'enraidir doit être placé dans la position favorable à la marche. Si le membre doit être ballant, sans possibilité d'y remédier, il vaut mieux le supprimer et le remplacer par un bon appareil de prothèse.

Indépendamment de la quantité d'os réséqué, le résultat des résections est en grande partie facteur de deux conditions :

La technique opératoire employée ;

Les soins consécutifs.

Technique opératoire. — Toute résection doit ménager au maximum les parties molles péri-articulaires.

La voie d'accès sera donc choisie en tenant compte de ce principe et sera en général la voie élargie de l'arthrotomie. L'acte chirurgical doit par conséquent ménager les insertions capsulaires et celles des ligaments péri articulaires. Dans ce but, on peut se contenter de résections intra-capsulaires. Quand on doit dépasser dans les résections les limites des insertions ligamenteuses, tout au moins doit-on conserver la *continuité* des ligaments avec le périoste voisin.

C'est dans ce but qu'Ollier a décrit avec tant de minutie la méthode sous-capsulo-périostée pratiquée à la rugine. La pratique de cette méthode permet de considérer le surtout ligamenteux articulaire comme un simple manchon fibreux passant d'une extrémité articulaire à l'autre et dont on doit conserver l'intégrité au cours de l'opération.

Cette méthode permet en outre de laisser adhérentes aux parties profondes du périoste des parcelles osseuses

BIBLIOGRAPHIE

Fiches de pratique médicale. — Direction et administration, docteur J. DESFOUR, 8, rue Emile-Zola, Montpellier.

Les *Fiches de Pratique médicale* sont destinées par leur réunion à constituer un *fichier*, organe de documentation et de travail du médecin omni-praticien.

Ces fiches, en effet, traitent chacune d'une question médico-chirurgicale de pratique courante.

Elles se proposent uniquement de rappeler l'essentiel de cette question à la date de leur édition. Allégées de toute documentation qui n'est pas immédiatement utilisable par le praticien, ces fiches seront :

Soit des *fiches de mise au point* d'une question actuellement en évolution ;

Soit des *fiches formulaires* condensant les données classiques.

Au bout de très peu d'années ces fiches réunies constitueront un formulaire élargi, d'une présentation nouvelle, qui aura sur les manuels ou formulaires en faveur auprès du corps médical l'avantage appréciable de pouvoir être tenu facilement à jour.

En effet, chaque collaborateur fera pour les fiches qu'il aura rédigées le travail de mise au point qu'aucun omni-praticien même le mieux doué et le mieux organisé ne pourrait réaliser pour chacune des questions qu'il ne doit pas perdre de vue. Dès qu'une fiche paraîtra vieillie à son auteur, dès qu'une notion nouvelle importante imposera une réédition, une nouvelle fiche sera adressée aux souscripteurs et ira anatomiquement remplacer dans le fichier l'ancien exemplaire auquel elle sera substituée.

Et ainsi constamment tenu à jour, complété, rajeuni, modernisé, ce fichier sera sur le bureau de travail du praticien un organe de documentation, de renseignements, qui ne saurait vieillir.

Ce fichier contiendra aussi :

Quelques *fiches scientifiques* qui de prime abord ne paraissent pas devoir intéresser immédiatement un praticien. Mais il est des notions théoriques que le médecin exerçant ne doit pas ignorer : en résumant pour lui ces acquisitions modernes, le fichier lui rendra le service d'être rapidement, exactement documenté, sur toute question d'actualité scientifique.

Quelques *fiches de publicité* sur carton de couleur : la publicité sera spécifique en quelque sorte : fiches scientifiques et fiches de publicité seront le plus souvent jumelées. Ce mode de présentation de la publicité plaira sans doute au praticien qui pourra retrouver sur la même fiche les produits spécialisés préconisés dans une maladie déterminée. Il va de soi que seuls figureront sous cette rubrique des produits éprouvés, à l'exclusion de spécialités à publicité tapageuse.

Enfin ce fichier pourra contenir des *fiches personnelles* à chaque médecin : des fiches blanches qui pourront être mises à la disposition des souscripteurs, recueilleront les notes de chacun d'eux, leurs observations, le résumé de leurs lectures, etc. Le fichier sera donc un organe de travail personnel à chaque médecin qui pourra l'enrichir suivant l'orientation de ses travaux particuliers.

Le classement vertical des fiches sera facilité par l'acquisition d'un classeur. Ce classement pourra être variable pour chaque abonné, les uns préférant le classement par lettre alphabétique, les autres préférant le classement par rubrique « Obstétrique », « Accidents du travail », « Examens de laboratoire », « Cardiologie », « Hydrologie », etc.

La qualité des collaborateurs (professeurs de Faculté, chefs de cliniques anciens internes, spécialistes) est un sûr garant de la haute valeur scientifique de cette publication.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser aux éditeurs du Fichier : MM. A. Dubois et R. Poulain (librairie Coulet), 5, Grand-Rue, Montpellier.

Prix de la première série de 50 fiches déjà parue : 25 fr. Souscrire dès maintenant à la deuxième série, : 25 fr.

Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie, par P. LEREBOULLET et G. BOULANGER-PILET. 1 vol. : 35 fr. Baillière, éditeur, Paris.

M. Lereboullet a condensé, avec la collaboration de G. Boulanger-Pilet, son enseignement de l'Hôpital des Enfants-Malades. Le livre qu'il publie fait mieux que rassembler des leçons cliniques. Il groupe, suivant les intentions de l'auteur, dans un manuel pratique, facile à consulter, l'ensemble des connaissances actuelles sur la diphtérie.

M. Lereboullet dessine à grands traits les étapes principales de son histoire, consacre un chapitre à la bactériologie et à l'épidémiologie, et il étudie ensuite l'immunité dans la diphtérie.

On trouvera là ce qu'il est indispensable de connaître sur la réaction de Schick, l'anatoxi-réaction, et on est amené à envisager la question de l'immunité naturelle contre la diphtérie. Il persiste encore une grande part d'hypothèse dans ces questions touchant l'immunité : il n'en reste pas moins des faits bien établis. La diphtérie en effet est la seule maladie infectieuse aiguë dans laquelle nous possédons un test de l'immunité, la réaction de Schick. C'est grâce à elle qu'on a pu préciser les indications et contrôler les résultats de la vaccination antidiphtérique.

Après un exposé clair et complet des manifestations cliniques de la diphtérie, les auteurs consacrent au traitement un des chapitres les plus importants de l'ouvrage. M. Lereboullet dit à plusieurs reprises qu'il a voulu laisser à ce livre un caractère essentiellement pratique. En effet, les notions biologiques elles-mêmes sont indispensables pour orienter le traitement. Mais ce manuel pratique constitue une mise au point magistrale de la question de la diphtérie. Et il est l'aboutissant des nombreux travaux personnels de l'auteur, et de l'histoire de son service.

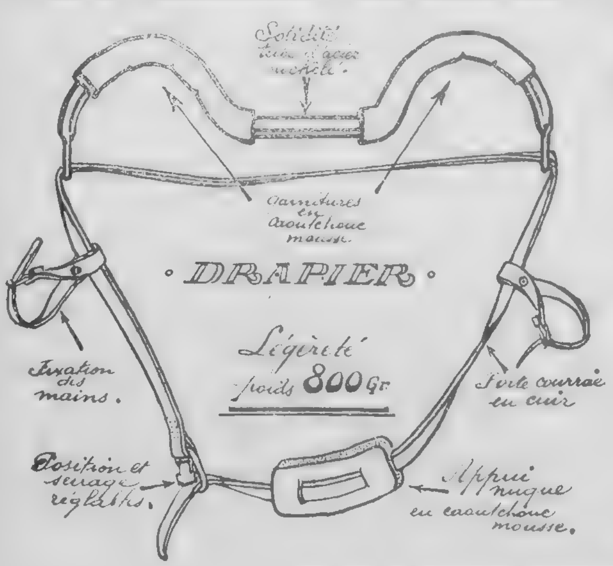
Ce qu'il faut connaître de Rabelais, par Charles CAUSERET, *Recteur d'Académie honoraire*. Un vol. petit in-8° sur papier bouffant d'alfa, broché, couverture couleur : 7 fr. (Boivin et Cie, éditeurs, 5, rue Palatine, Paris, 6e.)

L'étude de M. CAUSERET sur Rabelais est en une forme nette et concise tout ce qu'il faut savoir d'essentiel sur la vie et l'œuvre de cette truculente et magnifique personnalité. Ramasser en quelques 150 pages l'épopée de Gargantua et de Pantagruel, l'illustrer par l'évocation vivante de l'unique Panurge, de frère Jean aussi robuste de bras que de bon sens, l'égayer par les citations habiles et appropriées, l'expertiser par des jugements judicieux et des commentaires érudits, voilà ce que l auteur est parvenu à faire magistralement.

Ancien recteur de l'Université, fervent admirateur de Rabelais, auquel il a voué des années et des années d'études, nul plus que M. CAUSERET n'était qualifié pour ajouter à la gloire d'un des plus grands noms de notre saine littérature, ces quelques pages que voudront lire tous ceux qu'intéresse l'essor de notre génie national.

Frère d'Empereur. Le duc de Morny et la société du Second Empire, par Frédéric LOLIÉE, 1 vol. in-8, avec hors-texte. Prix : 20 fr. Edition Emile Paul, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

Ce volume était depuis longtemps épuisé. Les éditions Emile-Paul ont été bien inspirées en le réimprimant.



Solidité
Garnitures en caoutchouc mousse.
· DRAPIER ·
Légèreté poids 800 Gr.
Fixation des mains.
Forte courroie en cuir



Position gynécologique idéale empêchant le recul du bassin
· DRAPIER ·

qui serviront à la reconstitution partielle ultérieure des extrémités osseuses réséquées.

Les sections osseuses ne doivent pas être faites au hasard mais calculées pour permettre aux surfaces de tion de s'adapter à leurs fonctions nouvelles en préparant une néarthrose.

On a même préconisé des *résections modelantes* donnant aux extrémités osseuses des formes appropriées à leur emboitement et à leur articulation nouvelle.

Dans ce cas, afin d'éviter une soudure osseuse possible, on peut interposer entre les surfaces sectionnées un tissu mou (muscle, aponévrose), dont la présence facilitera ultérieurement la constitution de la néarthrose recherchée (arthroplasties).

Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires sont très importants. De leur direction dépendra en grande partie la mobilité ou la raideur ultérieure de l'article.

Après l'intervention, l'articulation réséquée doit être immobilisée jusqu'à bonne cicatrisation des parties molles. Si l'on veut réaliser une néarthrose mobile, il faut faire de la mobilisation précoce, progressive, d'abord passive, puis active, fortifier les muscles par les moyens physiothérapiques ordinaires.

Dans les cas où l'on désire supprimer l'articulation et obtenir la soudure des deux os (résection du genou pour tumeur blanche par exemple), il faut rapprocher les surfaces articulaires et obtenir leur réunion par un véritable cal osseux soit en les maintenant au contact par le simple rapprochement et un appareil de contention externe, soit par une suture soignée des parties molles périphériques (débris fibreux) soit même par la suture ou l'agrafage osseux.

Indications opératoires. — On pratique la résection osseuse pour les lésions traumatiques, infectieuses, ou pour parer à des déformations congénitales ou acquises.

I. *Dans les traumatismes.*

a) Fermés. — 1° *Fractures articulaires récentes très esquilleuses* sans possibilité de remplacement des fragments (broiements articulaires) (cas à la vérité rares dans les fractures fermées sans lésions simultanées des parties molles voisines vaisseaux et nerfs en particulier).

2° *Fractures articulaires anciennes avec cals vicieux* et gêne fonctionnelle considérable (résections orthropédiques.

3° *Luxations récentes compliquées de fractures articulaires* ne permettant pas la remise ou le maintien en place des fragments (luxation de l'épaule avec fracture sous-capitale de l'extrémité inférieure de l'humérus).

4° *Luxations anciennes irréductibles* par la méthode sanglante (résections orthopédiques).

b) Ouverts. — 1° Luxations avec plaies articulaires déjà infectées.

2° Fractures articulaires esquilleuses, broiements articulaires primitifs, fractures articulaires infectées.

II. *Dans les infections.*

a) Aigues. — La résection assure *le maximum du drainage* si l'arthrotomie et les procédés associés (immobilisation et mobilisation à la manière de Willems) n'ont pas suffi.

b) Chroniques. — Dans la tuberculose articulaire, la résection est l'opération de choix quand l'intervention chirurgicale s'impose. C'est encore à la résection classique qu'on aura recours dans les cas d'arthrite chronique succédant à une infection aiguë avec persistance de la fièvre, des douleurs, retentissement sur l'état général, et quand les autres moyens thérapeutiques auront échoué. (Immobilisation, arthrotomie, etc...)

III *Résections orthopédiques.*

Ces résections seront faites pour parer aux déformations et aux troubles fonctionnels articulaires consécutifs aux affections les plus diverses.

a) *Lésions congénitales* (type pied bot).

b) *Lésions acquises par déformation osseuse spontanée* acquise (résection ou ostéotomie à comparer).

c) *Lésions post-traumatiques.* — Difformités articulaires par les cals vicieux ou par lésions inflammatoires anciennes cicatrisées (fractures mal consolidées, ankylosées, vicieuses, suivies d'arthrite, etc....)

***

4° Désarticulations.

a) **Indications opératoires.** — Les indications générales des désarticulations sont à peu de chose près celles des amputations, puisqu'elles ont pour but principal de supprimer les parties sous-jacentes du membre définitivement inutilisable ou dont la conservation est devenue impossible du fait d'un *traumatisme*, d'une *infection*, du développement d'une *tumeur*, de *déformations douloureuses*, de *troubles trophiques*, etc......

Cependant, quand le chirurgien hésite entre une amputation et une désarticulation, son choix ne doit pas être indifférent. En principe, il vaut toujours mieux amputer dans la continuité du segment inférieur à l'articulation encore saine qu'au niveau de cette articulation, à condition toutefois d'être sûr de pouvoir pratiquer l'opération dans de bonnes conditions au point de vue opératoire et orthopédique.

Dans les *lésions infectieuses intra-articulaires,* il vaut mieux au contraire, sauf exception, faire *une amputation sus-jacente* à l'articulation malade car l'infection se localise rarement à l'articulation au moment où sa gravité fait décider le sacrifice du membre ; les fusées purulentes remontent quelquefois très haut, nécessitent des débridements ; l'impossibilité de suturer primitivement le moignon obligera très souvent à faire une réamputation ultérieure. De plus, la partie de la synoviale laissée dans le moignon est une cause de résorption toxique et de prolongation de la suppuration qui n'est pas négligeable.

C'est pourquoi dans certaines désarticulations, on s'efforce, en parant le moignon, d'enlever toute la surface synoviale restante.

Dans d'autres cas, au contraire (chirurgie aseptique) cette synoviale peut être gardée avec soin, suturée et assurer ainsi un glissement facile des parties molles sur la surface articulaire (procédé de Ferriol-Polosson dans la désarticulation dn genou par exemple).

b) **Règles générales concernant la pratique des désarticulations.** — Elles sont les mêmes que celles des amputations, auxquelles il y a lieu de se reporter, soit qu'il s'agisse de la taille des lambeaux, du choix des procédés opératoires, de la prothèse ultérieure, de l'évolution des moignons, de la pratique de l'opération, à part quelques variantes de détail que vous apprendrez par la réalisation de chacune de ces interventions.

VARIÉTES

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Cure de la timidité par l'Enseignement populaire : L'Union française de la Jeunesse

Les Jeunesses d'après-guerres. — Des avantages de la géographie commerciale. — Rôle de l'instruction et de l'éducation populaires dans le relèvement d'un pays. — A quelles occasions sont nées nos Associations d'enseignement gratuit. — Mon enthousiasme pour la tâche de notre Association de Jeunes. — Cours et conférences. — Paul Bert. Mon premier livre : Lakanal. — Les obsèques de Thiers. — Le couronnement de la statue de Strasbourg, Paul Déroulède et le photographe.

En me laissant aller au plaisir d'esquisser avec un crayon d'humoriste le côté « bohême » de notre Jeunesse parisienne des années septante, je crains d'avoir donné une idée inexacte des sentiments sérieux et profonds que voilait ce bouillonnement de joyeuse humeur. Cette effervescence superficielle était comme la mousse qui s'élève momentanément au dessus du Champagne, mais en s'évaporant laisse dans la coupe le principal du vin généreux. En vérité, la plupart d'entre nous étaient au fond surtout préoccupés du relèvement de la France.

La bonne volonté d'y contribuer fut générale, quoique se manifestant sous des formes diverses. Ne ne me suis-je pas laissé entraîner à faire partie d'une *Société de géographie commerciale* par un éminent géographe de l'époque, Ludovic Drapeyron, dont j'avais fait la connaissance en suivant des cours à la Sorbonne et qui m'avait convaincu de l'importance primordiale de cette étude pour l'accroissement du commerce français : on avait tant répété que les Français étaient remarquablement ignorants en géographie ! Je figurai même comme secrétaire dans un Congrès de géographie commerciale et, si les notions spéciales que j'y ai recueillies n'ont pas contribué à faire de moi un meilleur médecin, elles m'ont permis en certaines occasions de paraître à des ignorants un négociant qui aurait beaucoup voyagé. N'est-ce rien cela ?

Nous sentions tous que la cause profonde de nos désastres, mise à part la cause occasionnelle d'une candidature Hohenzollern au trône d'Espagne lancée et exploitée par la diabolique habileté de Bismark, était la désorganisation de notre pays sous l'Empire, l'incurie administrative dont on avait tant de preuves.

Si, aussitôt après la Défaite et la guerre civile et la dette de 5 milliards envers le vainqueur, on aima trop à s'amuser, c'était un effet de la détente nerveuse, la réaction dans le sens d'un délire de plaisir et de distractions, succédant à une angoisse de dix mois. En 1918, même après la Victoire, nous avons vu même réaction, plus violente encore, parce que l'angoisse avait duré quatre ans ; la joie délirante a fait oublier en apparence les 1.500.000 morts et les mutilés en nombre aussi grand et les centaines de milliards perdus. Mais, dans les deux cas, l'effervescence une fois atténuée, la Jeunesse s'est ressaisie et a compris la nécessité de réparer les pertes, de panser les blessures du pays.

Seulement je relève cette différence, qui n'est pas à l'avantage de la Jeunesse d'aujourd'hui : elle s'est morcelée en plusieurs clans de frères ennemis Nous voyons *les Jeunesses* patriotes, royalistes, socialistes, communistes. Après 1871 nous n'en connaissions qu'une, *la Jeunesse française*.

Dangereux morcellement, alors que la Jeunesse chez nos anciens adversaires est plus que jamais unie *über alles*.

En 1875, un groupe de jeunes gens, élèves de nos grandes écoles ou étudiants des Facultés, jeunes avocats, désireux de travailler dans la mesure de leurs moyens à l'œuvre du relèvement national, jetèrent les bases d'une nouvelle *Société d'instruction et d'éducation populaires*, l'UNION FRANÇAISE DE LA JEUNESSE.

Lutter contre l'ignorance qui avait tant contribué à notre chute, rapprocher par un lien étroit tous ceux qui, appartenant à la génération nouvelle, favorisés ou déshérités de la fortune, ont besoin de se connaître et de s'estimer aujourd'hui, pour pouvoir mieux demain combattre côte à côte les ennemis de la France. — tel était le double but que se proposaient les fondateurs, s'interdisant toute discussion ou publication politique ou religieuse. Les membres actifs devaient avoir moins de 30 ans.

Je fus de ces « moins de 30 ans » (j'en avais 21). Nous étions tous républicains, mais patriotes avant tout ; nous avions voulu, par le titre de notre groupement, bien marquer notre intention d'union entre tous les jeunes Français de bonne volonté ! Il s'écoula sept ans avant qu'un nouveau groupe de Jeunes, après le triomphe incontesté de la République, fondât en 1882 l'Union de la jeunesse *républicaine*, Société d'instruction et d'éducation *démocratiques*.

C'est un fait digne d'être noté que nos Associations d'enseignement populaire ont surgi presque toutes après une crise historique qui compromettait l'avenir de la nation. Parcourez ces fastes de l'enseignement populaire gratuit, moins faciles à célébrer sur le mode lyrique que nos victoires Impériales, mais plus élevées dans la marche ascendante de l'Esprit Français vers l'Idéal Humain.

C'est en 1815, à l'heure de Waterloo, que Lazare Carnot a fondé la *Société pour l'instruction élémentaire*, née quand la France succombait dans une plaine de Belgique, mais née pour préparer le relèvement de la patrie. L'« Organisateur de la victoire » avait déjà, à l'heure critique de la Révolution, au milieu des soucis de la défense contre l'invasion, crié à la Convention : « Hâtons-nous d'éclairer la génération qui nous suit, afin qu'elle soit en état de jouir des bienfaits de la Liberté ». La Société fille de Carnot se proposait « de procurer à la classe inférieure du peuple le genre d'éducation intellectuelle et morale le plus approprié à ses besoins ».

L'*Association polytechnique* est issue d'un magnifique élan de fraternité lorsque les élèves de l'Ecole Polytechnique et les ouvriers de Paris, après avoir versé ensemble leur sang sur les barricades de 1830, se sont vraiment sentis frères et que les premiers ont voulu se faire les précepteurs de leurs compagnons d'armes pour les préparer à la pratique de la liberté reconquise. Les premières leçons furent données par d'anciens élèves de Polytechnique dans les ambulances du palais de Saint-Cloud aux convalescents ou blessés de Juillet. Les cours réguliers furent organisés à Paris dans le but « d'initier le peuple aux procédés de la méthode scientifique et de faire prédominer le savoir positif sur les autres conceptions de la pensée humaine ». Dans le premier bureau directeur, sous la présidence du duc de Choiseul-Praslin, siégeait Auguste Comte.

En 1848 un certain nombre de professeurs de la Polytechnique, trouvant que celle-ci donnait une instruction

(1) Voir N° du 25 août 1928.


L'Eclairage Parfait
des salles d'opérations
est réalisé avec la...
LAMPE
ASCIATIQUE
sans ombre portée
qui permet d'opérer plus vite
et avec moins de fatigue.
...... Nous devons arriver à obtenir une plaie moins éclairée en surface qu'en profondeur, car, ce qui importe, ce n'est pas une clarté absolue de la salle, mais un bon éclairage de la plaie.....
Prof^r Heller.
La Société
GALLOIS et Cie
41, Boulevard des Brotteaux
LYON
envoie sur demande documentation
ainsi que l'étude récente traitant de
L'ÉCLAIRAGE et la VISIBILITÉ
dans les
SALLES D'OPÉRATIONS
Pub. Drouat Lyon

scientifique trop élevée, s'en séparèrent pour fonder l'*Association philotechnique*, c'est-à-dire «amie des arts, des métiers, et visant surtout l'instruction professionnelle aux adultes des deux sexes». Le promoteur fut un professeur de mathématiques du lycée Louis-le-Grand, Eugène Lionnet, qui avait commencé sa vie comme ouvrier et s'était formé à l'école primaire et dans les cours gratuits. La Philotechnique a créé tout d'abord des cours d'arithmétique, d'algèbre, de géométrie, de mécanique, de grammaire, de comptabilité, de dessin, d'hygiène, de chant «pour fournir aux ouvriers une instruction appropriée à leurs besoins ». Plus tard sont venus les enseignements de culture générale propres à élever le niveau intellectuel de ceux à qui on avait confié le suffrage universel, cette arme à deux tranchants qui, maniée par des citoyens ignorants, pouvait faire à la patrie les plus dangereuses blessures. De si louables efforts n'ont sans doute donné au point de vue politique que des résultats insuffisants ; ils ont du moins rendu d'immenses services au point de vue social, en permettant à beaucoup d'hommes et de femmes pauvres de s'élever par l'enseignement gratuit reçu le soir, après leur journée de travail, à un niveau intellectuel supérieur et à des situations sociales inespérées.

Quand notre groupe de Jeunes Français unis se proposa de marcher sur la trace des sociétés d'enseignement populaire des aînées, nos esprits étaient surtout frappés par la révélation qu'avait apportée la dernière guerre civile : avec quelle facilité le peuple de Paris se laissait prendre à des théories politiques et sociales illusoires, énoncées en termes aussi incendiaires que vagues par des journalistes politiciens, dont le but est de pêcher en eau trouble des avantages personnels à la faveur des révolutions violentes et des luttes de classes !

Tout en offrant aux ouvriers parisiens des cours techniques sur les matières que nous connaissions le mieux, nous nous proposions d'y introduire un esprit d'union fraternelle et de concorde patriotique, de montrer que l'accord pouvait se faire entre les Français de tous états et de toutes classes sur le terrain de l'instruction et du relèvement national. Toute matière d'enseignement peut s'y prêter ; car l'attitude du maître, la cordialité de son langage, les allusions aux grandes et utiles vérités générales qu'il peut toujours glisser avec quelque habileté dans les sujets les plus techniques créent presque à coup sûr, au bout de quelque temps, la sympathie entre lui et ses auditeurs.

***

C'est imbu de cette conviction que j'entrepris pour ma part de faire dans plusieurs de nos Sections des cours d'histoire naturelle, d'anatomie et de physiologie élémentaires et d'hygiène.

J'aimais beaucoup à enseigner et je ne m'en tirais pas mal dans les leçons particulières que je donnais depuis trois ans à des enfants et à des jeunes gens. L'occasion se présentait d'essayer sur des réunions d'adultes l'aptitude que je me sentais à faire passer dans l'esprit d'autrui ce que je savais. — Mais ma maudite timidité me permettrait-elle d'affronter un auditoire ? Le cuisant souvenir de mon échec au concours de l'externat, la première fois où il m'avait fallu prendre la parole en public, ne me quittait pas. — D'autre part, la langue me démangeait et le prurit de prendre une revanche sur moi-même était un stimulant. Je me disais qu'il était ridicule d'être troublé en parlant sur les éléments de sujets qui m'étaient familiers devant quelques personnes incultes incapables de me juger.

Enfin je sautai le pas et je fis mon début de professeur libre dans une salle de la Mairie des Gobelins, en proie à des palpitations cardiaques qui me coupaient fréquemment la parole pendant les premières phrases. Devant moi une trentaine d'auditeurs, ouvriers jeunes et vieux, petits boutiquiers du Quartier, qui regardaient avec curiosité ma figure imberbe, mais dont les regards, autant que ma myopie me permettait d'en juger, étaient bienveillants et amicaux.

J'avais préparé ma première leçon avec un soin minutieux ; je l'avais écrite et apprise par cœur. C'était un schéma élémentaire, terne et plat, de la structure du tube digestif et, quand je l'ai relu le lendemain, je me suis rendu compte que cet exposé banal aurait endormi probablement mes auditeurs et les aurait dégoûtés de revenir. Mais voici ce qui arriva : quand j'eus balbutié ma première phrase, la suite disparut complètement de ma mémoire ; j'avais mon texte sur la table, mais n'osais le regarder.

A ce moment se produisit un remarquable phénomène de reviviscence de souvenirs anciens. Je me rappelai, comme si je l'eusse lu la veille, un livre que j'avais reçu comme prix, à une époque peu avancée de mes études, l'*Histoire d'une bouchée de pain*, de Jean Macé. Comprenant tout à coup que j'allais faire fausse route, en introduisant des ignorants par la glacière d'une description anatomique rebutante avec la prétention d'être suivi par eux jusqu'à l'atmosphère agréable de la connaissance des phénomènes de la vie, je m'élançai avec feu sur la pente de la vulgarisation colorée. J'improvisai des comparaisons suggestives, des images approximatives sans doute, mais à la portée des esprits neufs, presque enfantins, qui ont fait le succès de ce petit livre oublié. Au bout de quelques minutes je sentis que mon auditoire m'écoutait avec plaisir. Aussitôt ma voix s'affermit ; je la poussais même comme si j'avais parlé devant une salle comble. J'étais lancé, je parlai plus d'une heure. Après le résumé des vues simplistes et générales de Jean Macé sur la nutrition, je continuai par une esquisse de la vie et du caractère de cet apôtre, de cet animateur de la *Ligue de l'enseignement* ; j'exprimai le sentiment en vertu duquel des hommes instruits aiment à partager leur savoir avec des concitoyens qui n'ont pu l'acquérir, et, faisant allusion aux discordes civiles qui compromettent l'existence de tous, je terminai par la Fable de la solidarité des membres et de l'estomac et l'histoire de Menenius Agrippa !

Quand je cessai de parler, je goûtai pour la première fois l'agréable crépitation des applaudissements. Descendu de l'estrade, je me vis entouré d'un groupe de personnes qui me remerciaient ou me complimentaient et, malgré la simplicité ou la vulgarité de leurs paroles, j'éprouvais une joie sans mélange. Nous échangions des poignées de mains et à la leçon suivante le nombre des auditeurs était doublé.

Désormais je pris le parti de lier toujours étroitement la physiologie à l'anatomie, d'expliquer pas à pas la fonction de chaque organe, aussitôt après que je l'avais décrit en le dessinant sur le tableau noir avec des craies de couleur ; je préparai d'avance des planches agrandies et coloriées. En outre je m'efforçai d'introduire dans chaque leçon des applications à l'hygiène et quelques anecdotes biographiques ou digressions d'ordre tant soit peu philosophique. J'eus la satisfaction de conserver jusqu'au bout du cours des auditeurs attentifs ; plusieurs me remettaient des résumés de la leçon hebdomadaire précédente que je leur rendais corrigés.

Je recommençai quelque temps après un cours semblable

dans un préau d'école avenue de Clichy, public exclusivement ouvrier et jeune.

Enfin un troisième à la Mairie de Passy ; mais ici j'avais entrepris de parler de la botanique générale et je trouvai un public tout différent, dames et jeunes filles de ce quartier de petite bourgeoisie. Je faillis perdre l'assurance que je croyais avoir conquise définitivement. Je « bafouillai » quelque peu au début ; palpitations cardiaques, sueurs froides reparurent. Ce qui me sauva, ce fut encore le dessin au tableau, qui m'obligeait à ne pas m'hypnotiser sur mon plan et mes notes et à parler d'abondance. Un couplet de bravoure sur les joies que donna la botanique à J.-J. Rousseau et à G. Sand me servit de péroraison et, après avoir craint la noyade, je me sentis encore une fois la tête hors de l'eau.

L'auditoire féminin du XVIe arrondissement applaudit plus discrètement que les mains calleuses du XIVe et du XXe. Mais à la fin de la leçon suivante je recueillis un témoignage irrécusable de mon succès. Je fus abordé par une dame âgée, qui se nomma comme directrice d'un externat privé du quartier et me demanda si je consentirais à aller donner à ses élèves quelques leçons d'histoire naturelle rétribuées modestement sans doute. L'offre me flattait et j'acceptai. A partir de ce moment je me sentis, sinon guéri de ma timidité, du moins en voie de guérison.

Mais il fallut pour compléter la cure subir la grande épreuve, affronter un nombreux public mélangé, tel que celui des Conférences solennelles, annoncées par voie d'affiches sous la présidence d'un personnage notoire. L'occasion se présenta, grâce à la confiance de mes collègues du comité directeur de notre association, dont j'étais devenu un des vice-présidents. Le président en était alors Gustave Ollendorf, frère de l'éditeur Paul, dont la librairie occupait le plus bel immeuble de la rue Richelieu ; nous tenions nos réunions dans son appartement. Notre président était fonctionnaire au ministère des Beaux-Arts, très lancé dans le monde politique, familier de l'hôtel Thiers et fort aimé de Jules Ferry. Son entregent nous valait pour la présidence de nos ouvertures de Sections et de nos distributions de prix le concours de notabilités politiques variées.

J'ai pour ma part pris la parole devant Henri Martin et G. Clémenceau (j'eusse été stupéfait d'apprendre que je serais un jour son collègue à l'Académie de Médecine), Spuller et d'autres personnages moins intimidants, les députés Cantagrel, Marmottan et Frébault. A Montmartre et à la Chapelle, aux Batignolles, au Gros-Caillou et à Plaisance, même sur la scène du Théâtre de Passy on a pu m'entendre parler des *Sorcières et des Miraculées*, des *Mystères du sommeil et de l'hypnotisme* de la *Satire Ménippée et des pamphlets politiques*, de *Théophraste Renaudot et de la naissance de la Presse*, de *Guy Patin*, des *Idées médicales de Mme de Sévigné*, etc... Je ne doutais plus de rien, mais je n'étais jamais tranquille en commençant ; le trac était toujours en moi, latent. Chaque fois je me disais : « C'est trop bête de s'imposer sans nécessité un malaise pareil ! » et pourtant je recommençais à la prochaine occasion offerte.

***

J'insisterai sur une conférence, qui m'avait coûté beaucoup de peine à préparer, sur *Joseph Lakanal*. On venait d'inaugurer à Bourg-la-Reine un lycée modèle sous son nom. Peu de gens savaient ce qu'avait fait ce grand Conventionnel, ni girondin, ni montagnard, dont l'unique ambition fut de servir le pays en défendant la cause des lettres et en provoquant l'établissement d'institutions consacrées à l'instruction publique : le Jardin zoologique, le Muséum d'histoire naturelle, l'utilisation du télégraphe imaginé par Chappe, la consécration de la propriété littéraire, l'enseignement à trois degrés (le secondaire, étant les écoles *centrales* que Bonaparte fit appeler lycées), l'éducation à la fois intellectuelle, physique et morale, embrassant tout l'homme (*éducation intégrale*), les leçons de choses, les promenades scolaires, enfin l'Ecole Normale et l'Institut national.

Pour étudier et bien situer dans son milieu cette grande figure je me plongeai jusqu'au cou dans l'histoire de la Révolution et je fis une conférence à Choisy-le-Roi pour l'inauguration d'une section nouvelle, sous la présidence de Paul Bert. Je fis à cette occasion la précieuse connaissance de ce savant d'une si belle intelligence, dont la politique a malheureusement trop tôt privé la physiologie, en faisant de lui un gouverneur de l'Indochine où il mourut de dysenterie.

P. Bert était aussi un lettré et un homme d'esprit. Je connais de lui un amusant pastiche de la tirade de Musset, au début de Rolla : Regrettez-vous le temps où le Ciel sur la Terre Marchait et respirait dans un peuple de Dieux... — Ce Peuple divin, c'était l'Assemblée nationale, « née dans un jour de malheur », — comme avait dit un de ses défenseurs par un lapsus ambigu et involontairement comique, — P. Bert avait évoqué sa mémoire anti-républicaine à la fin d'un dîner en 1876.

> Regrettez-vous le temps où l'Assemblée altière
> Marchait et respirait dans ses sept-cent-vingt dieux ;
> Où la majorité, née en une heure amère,
> D'eau bénite aspergeait la France de Voltaire
> Et nous exhortait tous à nous prendre aux cheveux ?

Et ainsi pendant une centaine de vers aussi bien frappés qu'amusants et qui mériteraient d'être tirés de l'oubli.

A l'issue de ma conférence, Paul Bert, en me félicitant, me conseilla d'en faire le noyau d'une biographie plus ample, dont il m'offrit d'écrire la Préface (ce qu'il fit en effet). Un de nos collègues de l'Association, avocat devenu éditeur, se chargea de l'imprimer dans une collection sur les Hommes de la Révolution et je goûtai pour la première fois le plaisir de corriger des épreuves, dont je ne me suis jamais lassé. Ce petit premier-né de tant d'autres frères plus volumineux vit le jour en 1878 et eut deux éditions. Il me fut payé 500 fr. C'était le premier argent que gagnait ma plume ; la somme ne compensait pas les frais de mes déplacements au service de notre Association, qui absorbait presque tout mon temps depuis trois ans. Il est vrai que je trouvai les « Palmes académiques » un soir dans mon casier chez ma concierge !

***

Notre Union française prit une part active à certains événements de l'époque, malgré la neutralité politique qu'elle observait dans ses cours.

Ainsi notre comité ne put résister à l'envie de manifester ses sentiments antiréactionnaires à l'occasion des obsèques de Thiers.

On n'a pu oublier que le gouvernement du Maréchal de Mac-Mahon en septembre 1877 était presque en révolte contre la majorité du pays, que la Chambre avait été dissoute et qu'une campagne électorale ardente avait pour but de faire réélire les 363 députés républicains et de faire échouer les projets réactionnaires du ministère de Broglie et de Fourtou. Les révocations des fonctionnaires républicains, de 1800 maires, la dissolution de 600 conseils municipaux, l'interdiction du colportage des journaux républicains, les centaines de procès intentés

Tourisme et villégiature.

Au moment des vacances et des départs pour la campagne et les bains de mer, nous croyons devoir rappeler au public que les Chemins de fer de l'Etat ont installé, pour la saison estivale, des bureaux de tourisme dans leurs gares de Paris-St Lazare (Salle des Pas Perdus — Porte 105), et de Paris-Montparnasse (terre-plein, place de Rennes).

Ces bureaux, dirigés par un personnel compétent, sont ouverts au public de 10 h. 30 à 19 h. (dimanche et fêtes exceptés).

Les touristes désireux de visiter les belles régions de l'Ouest et du Sud-Ouest de la France trouveront là, gratuitement, tous les renseignements qui leur seront nécessaires pour villégiaturer ou excursionner dans ces lieux.

Les itinéraires, moyens de transport locaux, prix d'hôtels, agences de location, etc.. peuvent être indiqués immédiatement aux personnes qui fréquenteront ces bureaux.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Sur les routes de la Bourgogne en autocars P. L. M.

Désirez-vous visiter la Bourgogne, ses monuments anciens, ses vignobles aux crus renommés ?

Faites, au départ de Dijon, que décorent les plus beaux chefs-d'œuvre de la Renaissance et de la sculpture flamande-bourguignonne, les deux circuits automobiles que la Cie P. L. M. y a organisés.

Le premier fonctionne les jeudis et dimanches. Par Val Suzon et le Puits XV, un des plus beaux belvédères de la Côte-d'Or, le car vous conduit à Pouilly-en-Auxois, où, après le déjeuner, vous avez tout loisir d'admirer une curieuse église du XII siècle. Au retour, un arrêt à Beaune permet d'y visiter son merveilleux Hôtel-Dieu du XV siècle. Ce n'est, ensuite, à travers des paysages des plus intéressants, qu'un chapelet de bourgs dont les noms évoquent des vins de hautes marques : Sauvigny, Nuits Saint-Georges, Vosne, Vougeot, Chambolle, Morey.

Le deuxième circuit a lieu les mercredis et samedis. Après avoir admiré, au passage, l'église abbatiale de Saint-Seine, la statue colossale de Vercingetorix à Alésia, on atteint Flavigny, puis Semur où a lieu le déjeuner ; le car ramène ensuite ses voyageurs vers la capitale bourguignonne par le barrage du Pont, qui alimente le canal de Bourgogne, et par St-Thibaut et Vitteaux.

Pour chaque circuit, les cars partent de la place Darcy et s'arrêtent, à l'aller et au retour, à la gare de Dijon-Ville.

Le prix du 1er circuit est de 50 fr. ; celui du 2e circuit est de 60 fr.

à la presse libérale sont les preuves de la violence avec laquelle le Ministère du 16 mai cherchait à écraser ses adversaires. Thiers, renversé le 24 mai 1873, était devenu, soutenu par Gambetta, comme le porte-drapeau du parti républicain dans la lutte contre le personnel monarchiste; notre Jeunesse s'empressa de manifester énergiquement à l'enterrement du Libérateur du territoire.

Paris fit au cercueil de l'octogénaire patriote des funérailles grandioses, qui parurent « une insurrection silencieuse ». Tous les départements avaient envoyé des délégations qui se réunissaient place du Carrousel ; notre Association fournit le plus grand nombre des commissaires choisis par les organisateurs des obsèques pour diriger ces délégués bien groupés, leur recommander le calme ; car le bruit courait qu'au cas de manifestations quelque peu tumultueuses le Ministre de l'Intérieur avait donné l'ordre aux agents de disperser le cortège et d'annuler l'effet qu'on se proposait en montrant le calme imposant des républicains en face d'un pouvoir qui prétendait défendre l'ordre et risquait au contraire de ramener la guerre civile par son audacieuse tentative pour « faire marcher la France », c'est-à-dire la faire reculer contre son gré vers les institutions et les hommes du passé.

Gustave Ollendorf, qui du vivant de « M'sieu Thiers », comme il l'appelait avec un accent de gamin de Paris, malgré son origine alsacienne, gros blond frisé d'une exubérance extraordinaire, beau parleur et se délectant dans la politique, était notre grand chef. Nous nous donnâmes beaucoup de peine, mais le résultat fut vraiment beau : le défilé sur les boulevards et la cérémonie à Notre-Dame, quoique la famille Thiers eût refusé le concours des autorités officielles, ont laissé à tous les assistants un souvenir inoubliable. Pareillement, à l'anniversaire de sa mort, en 1878, nous fîmes notre office de gardiens volontaires de la paix publique.

— Ce fut aussi en 1878 que notre groupe d'Union française manifesta en souvenir de l'Alsace-Lorraine, à l'occasion de l'ouverture de l'Exposition Universelle, en couronnant et pavoisant sur la place de la Concorde la statue de Strasbourg, qui depuis 1871 était endeuillée de voiles noirs et de couronnes d'immortelles.

Le bruit avait couru que le ministère Dufaure, ne voulant pas s'exposer à des protestations de la part de l'ambassade d'Allemagne, avait donné l'ordre de s'opposer à toute manifestation en faveur des provinces perdues. Mais, à la suggestion de *Paul Déroulède*, nous prîmes la résolution d'agir secrètement dans l'ombre, en la courte nuit du 30 juin, afin de mettre au lever du jour qui allait éclairer l'inauguration de l'Exposition la population de Paris et tous les visiteurs étrangers en face du fait accompli. Ainsi fut fait : partis par petits groupes vers minuit du domicile de l'un de nous, nous entourions silencieux, par une nuit sans lune, la statue, ayant apporté des couronnes d'immortelles, des fleurs bleues, blanches et rouges et des drapeaux.

Nous nous fîmes la courte échelle et fûmes tous surpris de l'énormité de la statue, quand nous eûmes réussi à escalader cette masse de pierre. J'étais à cheval sur une des épaules et je contribuai à l'ornementation, qui fut terminée un peu avant l'aube.

L'effet était superbe ; aussi Déroulède voulut-il en faire prendre immédiatement la photographie, de peur que la police ne vînt déranger notre œuvre. Mais à 3 h. du matin il n'est pas aisé de trouver un photographe, quand on n'a pas pris ses précautions, et je me souviendrai toujours de la randonnée que nous fîmes à trois, dont ce grand diable de Déroulède, qui, depuis une chute de cheval, boitait légèrement et s'appuyait sur une canne, tout le long de l'avenue de la Grande Armée à la recherche d'un photographe.

Nous finîmes par en trouver un ; mais, après avoir eu quelque peine à l'éveiller en jetant des petits cailloux contre ses fenêtres, nous en eûmes encore plus à le décider à s'habiller et à descendre avec son appareil. Je crois que personne autre que Déroulède n'y serait parvenu ; il fallait son nom, populaire depuis les *Chants du Soldat*, son ruban rouge, sa parole entraînante. Nous retournâmes à la place de la Concorde ; les clichés furent pris. Enfin au jour éclatant nous nous séparâmes, après avoir reconduit Déroulède jusqu'au pont de Neuilly ; il retournait à Croissy où il habitait, pour se préparer à la Revue militaire qui devait avoir lieu dans la matinée et il trouva là seulement un cocher consentant à l'y conduire. Mon compagnon et moi, brisés de fatigue, mais si contents de nous, nous regagnions pédestrement notre Quartier latin.

Qui nous eût prédit que 40 ans plus tard seulement Strasbourg nous serait rendu et que 10 ans après sa rentrée dans la famille française, l'Alsace deviendrait une pomme de discorde entre Français ? Quelles strophes indignées seraient sorties de ton clairon, bouillant Déroulède !

Puisque l'occasion s'offre, je voudrais peindre impartialement, tel qu'il m'est apparu, Paul Déroulède, personnage historique, qui ne fut pour moi qu'un bon camarade dans notre Jeunesse, mais qui était l'ami intime de plusieurs de mes meilleurs amis et le moins antipathique des trublions de l'Affaire Dreyfus.

Il avait une remarquable force de persuasion, due à la fois à l'évidente sincérité de ses convictions et à certains attributs physiques : sa haute taille dégingandée, ses traits plus qu'accentués, le nez plus qu'aquilin, « fait à manche de rasoir » comme dit Rabelais, — « ce grand escogriffe », l'appelait Joseph Reinach — et aussi le timbre énergique de sa voix et la chaleur de sa parole. Malgré tout cela, il ne réussit pas vingt ans après, le jour des obsèques de Félix Faure, dans sa tentative pour entraîner à l'assaut de l'Elysée le général Roget, même en saisissant la bride de son cheval. A ce charmant Déroulède, à ce brave homme, à cet homme brave manquaient la réflexion et l'esprit d'opportunité : quand il avait l'intuition d'un résultat souhaitable, sans peser les chances de réussite ni même les inconvénients possibles, il s'embarquait pour l'atteindre et aurait cru se déshonorer en reculant. Il ne put pas persuader le général comme il avait persuadé le photographe. Et ce fut fort heureux pour tout le monde.

Ce poète dont les nobles aspirations ont rarement trouvé une forme adéquate, ce patriote passionné, mais incapable de patience, dominé aussi, je crois, par le besoin de mise en scène instinctif chez le grandiloquent dramaturge qu'il était, a failli nous mener à une guerre civile, qui n'aurait pas amélioré l'état de nos affaires extérieures. Libre de le faire, il aurait provoqué une tentative de revanche contre nos voisins de l'Est mieux préparés que nous, agression qui n'aurait probablement pas été soutenue par nos rares alliés d'alors.

Déroulède est mort désolé de n'avoir pu contribuer à reconquérir l'Alsace-Lorraine. S'il avait vécu, il aurait eu la preuve que la vérité était dans la parole de Gambetta : la Justice immanente, — disons le déterminisme implacable qui fait crouler les entreprises démesurées et inhumaines même d'un Napoléon —, devait pousser les ravisseurs à vouloir augmenter leurs conquêtes et par suite, en ameutant contre eux l'Univers, leur faire perdre ce qu'ils avaient injustement conquis.

(*A suivre.*) Paul LE GENDRE.

PSYCHIATRIE

Blépharospasme, bégaiement, asthénie post-commotionnels,

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Commotion cérébrale : troubles moteurs (par exemple blépharospasme et bégaiement) et troubles asthéniques ; les premiers transitoires, les seconds chroniques et incurables. Pathogénie des troubles moteurs. — Une observation. — Conclusion.*

Les phénomènes d'asthénie nerveuse générale, post-commotionnels, sont constants ; ils paraissent liés directement au fait de la commotion cérébrale (perte de connaissance de plus ou moins longue durée) ; ils sont tantôt épisodiques ou transitoires, tantôt prolongés et chroniques. Des troubles moteurs fonctionnels, sans rapport avec une lésion déterminée, sont susceptibles de coexister avec le syndrome asthénique traumatique : ce sont des parésies, rarement des paralysies, ce sont des spasmes, des contractures, etc., qu'il est classique de rattacher à la névrose hystérie. Ces troubles moteurs dynamiques, après la commotion, se placent au premier plan du tableau clinique de sorte que l'observateur tend à leur accorder une importance capitale qu'ils n'ont pas.

***

Dans le cas qui nous occupe et dont nous rapporterons l'observation, les troubles moteurs, localisés à la face, se présentaient sous la forme de blépharospasme et de bégaiement : les membres étaient respectés. Ces accidents, de forme objective, peut-on dire, retenaient particulièrement l'attention, et dissimulaient un syndrome asthénique pourtant bien développé.

Les phénomènes de blépharospasme et de bégaiement, apparus en avril 1915, ont persisté pendant plus de trois ans. Ils ont rétrocédé petit à petit et en même temps ; ils s'accentuaient au moindre incident fâcheux de la vie quotidienne ; leur origine dynamique n'a jamais fait de doute dans l'esprit d'aucun observateur.

Les phénomènes d'épuisement nerveux (asthénie musculaire ou amyasthénie et asthénie psychique ou anidéation), avec les malaises multiples, variés, mobiles, qui les accompagent et qu'ils déterminent, ont pris d'année en année le pas sur les accidents moteurs, sans diminuer jamais d'intensité, et entraînent une incapacité presque complète. Ils doivent être considérés en 1927 comme incurables. L'asthénie générale post-traumatique, « la faiblesse », comme disait Dupuytren, représente donc la séquelle la plus grave des complications nerveuses offertes à l'examen par notre patient.

L'évolution de ces faits, un peu complexes au premier abord, est intéressante du seul point de vue clinique ; elle est très importante en pratique médico-légale, parce que, en la méconnaissant, on peut porter un sérieux préjudice à l'intéressé, surtout s'il s'agit d'un ouvrier blessé : en effet la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail protège moins bien l'individu que la loi du 31 mars 1919 sur les invalidités de guerre.

***

La pathologie de troubles moteurs dynamiques post-traumatiques et post-commotionnels n'a pas encore été élucidée. On pourrait dire dans certains cas, comme chez notre blessé, que le syndrome asthénique post-commotionnel prédispose à l'apparition des accidents moteurs. Nous ne le croyons pas, quant à nous, indispensable, car ces accidents, en particulier le blépharospasme et le bégaiement, sont susceptibles de survenir chez des individus qui ne sont pas des asthéniques, ou, en tout cas, chez des individus dont l'asthénie est aussi atténuée que possible.

Un autre fait serait, pour nous, plus important dans cette question pathogénique des troubles moteurs dynamiques post-commotionnels, c'est que tous les sujets frappés ont une disposition très remarquable à l'émotion-énervement. Chez eux, l'anxiété est nulle ou à peu près, alors que chacun les voit irritables, susceptibles, emportés ; ils présentent presque constamment soit d'une manière durable, soit à titre épisodique, le signe des sourcils ou le signe de la contraction des sourcils. Il en résulterait que des circonstances émotionnelles propres seraient indispensables au développement de ces troubles, et nous revenons ainsi à l'hystérie-hyperémotivité pour établir une sorte de physiopathologie de ces manifestations motrices singulières.

***

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Soldat, 31 ans, 1915. Commotion cérébrale à Berry-au-Bac, le 9 avril 1915 : blepharospasme, bégaiement, asthénie nerveuse générale. Disparition progressive du blépharospasme et du bégaiement en 1918. Syndrome asthénique chronique et incurable, avec grande irritabilité et tendance mélancolique : janvier 1927.*

Uquesnoyd..., Emile, 31 ans, mineur-chercheur de grisou, soldat du ne régiment d'infanterie, entre à la C.P.B. le 23 octobre 1915.

Antécédents. — Père décédé (maladie inconnue) ; mère vivante. Neuf enfants, dont huit garçons et une fille. Trois sont portés disparus depuis la guerre. Pas d'affection mentale dans la famille. Le soldat U... n'a jamais fait aucune maladie grave. Il s'est marié à 25 ans, il a deux enfants bien constitués. Il travaillait à Courrières, comme chercheur de grisou.

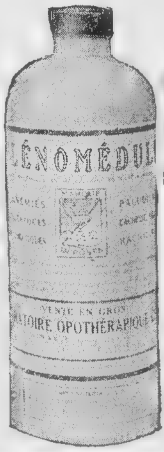
Histoire clinique. — U... a été affecté de commotion cérébrale, le 9 avril 1915, à Berry-au-Bac, au lieu dit la Ferme du Choléra, dans les circonstances suivantes : désigné avec des camarades pour aller en reconnaissance, il a été blessé par éclatement d'obus à proximité ; les artilleurs tiraient trop court ; plusieurs de ses compagnons ont été tués. Il est resté, dit-il, vingt-quatre heures sans connaissance ; il n'avait aucune plaie. Il aurait eu, en même temps que des phénomènes de commotion cérébrale, des contusions lombaires (simple rachialgie possible). Traité quelques jours dans une formation sanitaire de l'avant, il a été évacué le 15, et le 18 avril il était placé en traitement à l'hôpital n° 38 de Pont-l'Abbé ; il y reste jusqu'au 8 octobre 1915 ; là, pendant les premiers mois, il a présenté par intervalles, de la fièvre (troubles gastro-intestinaux, constipation opiniâtre), puis dans les derniers temps, des troubles psychiques, des idées mélancoliques. Dirigé sur le service de neurologie, il y a été traité quinze jours, et est passé dans le service de psychiatrie.

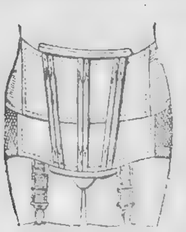
Etat actuel : 24-26 OCTOBRE 1915. — Le blessé présente du blépharospasme, du bégaiement et des troubles nerveux divers ; ceux-ci paraissent devoir être rattachés à un syndrome asthénique.

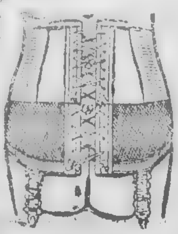
Blépharospasme. — Il est porteur de lunettes jaunes qu'on lui a remises à Pont-l'Abbé. A l'examen des yeux, on note du tremblement des paupières (petits mouvements verticaux, saccadés, fibrillaires), de l'occlusion partielle des paupières (à la grande lumière l'occlusion est presque totale), des douleurs dans les régions sus et sous-orbitaires. C'est en vain qu'on cherche à ouvrir les paupières et à étudier les réflexes pupillaires. L'examen du spécialiste se résume ainsi : blépharospasme, pas de lésion du fond de l'œil. Le sujet a déclaré devant l'ophtalmologiste : « Je voudrais bien enlever mes lunettes, car c'est pas beau comme ça. » Il a répété d'ailleurs dans le service cette phrase symptomatique d'un état émotionnel spécial.

Bégaiement. — Il a beaucoup de difficulté pour s'exprimer alors qu'autrefois il parlait très correctement. Lorsqu'il veut prononcer un mot, il hésite, attend, bégaye, puis le mot, tout d'un coup, est normalement exprimé. Quelquefois, au moment de l'effort pour articuler et de l'arrêt constaté, on s'aperçoit qu'il prononce le mot tout bas puis brusquement le dit très haut. Lorsque le sujet est contrarié, énervé, le langage parlé est presque totalement irréalisable. Par la persuasion et la douceur, on améliore le bégaiement, tandis que le blépharospasme reste stationnaire.

Syndrome asthénique. — Tantôt le sujet est abattu, anéanti, tantôt il est excité, énervé, désespéré. Il se plaint de céphalée (il dit : « J'ai la tête lourde, grosse comme ça... Je souffre dans la nuque, dans les tempes) ; de lombalgie ; d'étourdissements ; de bourdonnements d'oreilles ; de troubles subjectifs de la vue ; d'insomnie ; de constipation ; de pesanteurs d'estomac. Il déclare qu'il ne peut plus lire ni écrire ni calculer, à cause de la faiblesse, de la fatigue rapide ; il fait des oublis, ses idées s'embrouillent. Il montre enfin une disposition très marquée à l'énervement, au désespoir ; il pleure, parle de se suicider, de se jeter à l'eau. Si on lui en demande les raisons, il dit







simplement : « C'est de voir mon état. »

L'examen physique ne révèle aucun signe de lésion organique, notamment du côté de l'axe cérébro-spinal.

Evolution : 1915-1927. — Le blessé a été réformé n° 1, le 21 décembre 1915. La Commission lui a accordé une gratification renouvelable de 100 %.

Décembre 1916. — Après sa réforme de décembre 1915, il a rejoint à Paris son beau-père qui l'a fait soigner activement (bains sulfureux, massage, médicaments fortifiants, etc.) : aucune amélioration n'en est résultée.

Juillet 1917. — Hospitalisé au Val-de-Grâce à la fin de l'année 1916, il a été traité dans un hôpital de la banlieue parisienne, puis réformé n° 1 le 4 juillet 1917.

Octobre 1918. — Il est rappelé au Val-de-Grâce. Depuis un an il vit avec sa femme et ses deux enfants, rentrés des pays envahis. Son état s'est légèrement amélioré. Le blépharospasme, le bégaiement, qu'aggravait le moindre incident, ont presque disparu, mais l'asthénie nerveuse générale est nettement caractérisée. Il est réformé n° 1.

Décembre 1918. — Il revient dans son pays avec sa famille.

Septembre 1920. — Il est réformé n° 1 à Boulogne (80 %).

Septembre 1921. — La réforme est maintenue à Lille.

Janvier 1927. — Etat actuel : disparition complète du bégaiement et du blépharospasme, mais amyosthénie, anidéation, fatigabilité, céphalée, insomnie, irritabilité avec colère et bris d'objets, regret de son état de santé antérieur (« cafard » permanent suivant le mot de sa femme). Il s'occupe dans la mine à de petits travaux ; il ne peut travailler qu'à la surface.

***

Contrôler l'évolution des accidents nerveux post-traumatiques, post-commotionnels, est indispensable pour se faire une idée non seulement de leur durée, mais encore de leur gravité relative (surtout en matière d'asthénie). Les troubles moteurs fonctionnels post-traumatiques (blépharospasme et bégaiement dans l'observation rapportée) se sont montrés transitoires et curables en trois ans environ, cependant que l'asthénie est restée chronique, entravant presque totalement l'activité du patient. On ne saurait dénier à de tels faits une importance spéciale en médecine légale.

CHRONIQUE

Sécrétion ovarienne et cancer. — Greffes testiculaires. — Suites de couches. — Traitement conservateur des salpingites.

Sécrétion ovarienne et cancer. — MURRAY a publié dans le numéro de décembre 1927 de *Science* un article intitulé « Ovarian secretion and tumor incidence », sécrétion ovarienne et tendance au cancer. Il a employé pour ses recherches une lignée de souris dont *toutes* les femelles deviennent cancéreuses vers l'âge de neuf mois et présentent des cancers mammaires.

Les souris qu'on empêche de se reproduire sont plus rarement et plus tardivement cancéreuses.

Les femelles castrées sont encore plus rarement et plus tardivement cancéreuses.

Les mâles castrés ne deviennent pas cancéreux, non plus que les mâles non castrés : la sécrétion testiculaire n'a donc aucune action empêchante, ni favorisante.

Sur 210 mâles, à qui l'on a fait une greffe ovarienne, 4 ont présenté le cancer mammaire, ce qui ne s'est jamais vu chez des milliers de mâles.

On peut conclure que, chez les souris envisagées, l'absence de reproduction et la castration ovarienne diminuent la fréquence du cancer et en retarde l'apparition.

Greffe testiculaire pratiquée sur le bétail. — BALOZET, vétérinaire au Service de l'Elevage marocain, a présenté à la *Soc. de méd. et d'hygiène du Maroc* des pièces et des résultats cliniques montrant que les testicules greffés à des béliers dégénèrent toujours et rapidement. (Séance du 3 novembre 1926.)

Il y a donc opothérapie beaucoup plus que greffe.

Suites de couches. — HECKSCHER, dans le *Deutsche med. Woch.* du 27 avril 1928 (p. 705) note que, sur l'ensemble de tous les cas accouchés dans son service depuis deux ans, il y en a un dixième qui ont eu une fièvre d'un jour, au soir du troisième ou du quatrième jour. L'accouchement avait été simple et sans examen par voie vaginale. Dans presque tous les cas, la vessie était pleine. HECKSCHER pense que la compression exercée par la vessie déterminait de la lochiométrie.

Traitement des salpingites. — ABADIE (d'Oran) vient de publier (*Maroc médical*, 1928, p. 192) un intéressant article sur « les méthodes conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. »

Il signale d'abord la nécessité d'opérer le plus possible à froid et de recourir à tous les modes de traitement qui permettront d'obtenir la résolution du processus inflammatoire, et même la résorption des suppurations localisées.

D'autre part, il rappelle que toute trompe malade n'a pas besoin d'être enlevée. Il est évident qu'il ne faut pas vouloir à toute force attendre le refroidissement de lésions graves à marche progressive et qui compromettent l'existence de la malade : et, même, quand, après le traitement médical ou hydrominéral, une trompe reste malade, il est prudent d'opérer si l'on veut épargner la propagation de l'infection aux annexes du côté opposé. Enfin, il faut tenir compte de la situation sociale de la malade et de la possibilité qu'elle a de se soigner des mois et des années.

Opérations conservatrices. L'hystérectomie fundique de BEUTTNER est considérée par ABADIE comme ayant de rares indications. « Il me paraît plus simple d'enlever tout bonnement les annexes de part et d'autre et de laisser l'utérus en entier. Les cas de métrite chronique du corps, surtout localisés au fond de l'utérus, me paraissent tellement exceptionnels, que j'ose considérer la métrite du corps comme n'existant pas » et ABADIE continue en ces termes qui m'apparaissent comme particulièrement justes et particulièrement opportuns à une époque où, par vitesse acquise, on continue trop souvent à « gratter » les endomètres : « En vingt ans de pratique, je n'ai jamais fait un curettage pour métrite chronique et je n'ai jamais rencontré de métrite chronique, diagnostiquée telle par un médecin, qui ne soit en réalité sous la dépendance de lésions annexielles suffisant à légitimer une intervention abdominale, alors qu'un curettage ou des manipulations endo-utérines quelconques sont un excellent moyen de déterminer un coup de fouet, de provoquer une pelvi-péritonite souvent grave et d'aboutir à des désastres. »

Il est évident, ajoute ABADIE, que, si je ne crois pas à la métrite du corps, je crois, au contraire, à l'existence et à la fréquence de la métrite du col. »

Deux fois, ABADIE a essayé l'inclusion intra-utérine de l'ovaire, après ablation des annexes suivant la technique décrite par TUFFIER : les deux fois, il s'est heurté, par suite de la brièveté du pédicule de l'ovaire à l'impossibilité absolue de l'amener dans la cavité utérine, et sans étranglement.

Il passe ensuite à la libération des adhérences péri-ovariennes et à la résection partielle et insiste sur l'importance de l'hémostase. L'abouchement de l'extrémité interne de la trompe dans la cavité utérine ne lui a jamais paru opportun. Ce qu'il a réalisé maintes fois, c'est l'ouverture du pavillon fermé et la fixation des lèvres ainsi obtenue aux parois mêmes de la trompe, pour obtenir la béance du nouveau pavillon, bref la salpingostomie et la salpingoplastie.

« Quant à la salpingoraphie, dit ABADIE, en entendant par là la fixation du pavillon nouveau sur le corps même de l'ovaire dont il ne recouvre forcément qu'un secteur très limité, après l'avoir réalisée quelquefois, je l'ai trouvée peu rationnelle et j'ai dès lors systématiquement laissé le nouveau pavillon libre dans la cavité péritonéale. Mais il est une manœuvre que j'ai employée quelquefois et que je crois devoir signaler : c'est ce que j'appelais l'*expression des trompes suppurées* et que le travail des rapporteurs m'apprend avoir été également utilisée par d'autres. On rencontre parfois des trompes boursouflées par une inflammation de date peu ancienne et que l'on sent remplies de pus. Au lieu de les enlever, j'en ai fait soigneusement l'expression en allant de l'utérus vers le pavillon et recueillant soigneusement le pus sur une compresse, sans souiller le péritoine, Je n'ai jamais observé d'accident, et les suites éloignées me semblent favorables à cette méthode. »

Sur trente-six femmes soignées suivant ces principes, ABADIE en a revu vingt. Dix-huit ne souffraient plus, deux souffraient encore. Quinze étaient bien réglées, trois étaient dysménorrhéiques, deux étaient aménorrhéiques. Une avait eu deux enfants (salpingoplastie bilatérale et conservation des deux ovaires).

GLANURES

L'histoire des concours de médecine, de leur origine à nos jours. — Le professeur Alfred Pousson, avant de rappeler ses souvenirs de concurrent dans les nombreuses épreuves qu'il a subies au cours de ses études, jette un coup d'œil (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 août 1928) sur l'histoire des concours de médecine, depuis leur origine jusqu'à nos jours.

« La Révolution de 1792, ayant supprimé les vieilles Facultés de médecine de Paris et de Montpellier, et les nombreux centres d'enseignement médical auprès des Universités provinciales, comme elle avait supprimé toutes les corporations et les associations, sans les remplacer par aucune autre école, vit bientôt s'épuiser le corps des médecins de la nation, une grande partie ayant succombé dans les guerres contre l'étranger. C'est alors que la Convention, pour assurer à la population civile les soins médicaux, sauvegarder la santé des troupes en campagne, secourir et sauver la vie des blessés tombés sur les champs de bataille, chargea le Comité d'instruction publique d'aviser au moyen de former des officiers de santé. Sur le rapport de Fourcroy, inspiré des conseils du chirurgien Chaussier, la loi du 18 brumaire an III créa trois écoles de santé à Paris, à Montpellier et à Strasbourg, dont l'enseignement visait surtout la chirurgie. Les professeurs étaient nommés directement par le Comité d'instruction publique, mais les emplois d'aide d'anatomie, de prosecteur, de chef des travaux anatomiques, etc., étaient donnés aux concours. C'est ainsi que nous voyons un certain nombre de chirurgiens, qui s'illustrèrent au début du XIX[e] siècle, notamment Dupuytren, occuper ces emplois.

Cependant, la nomination du professorat par le Comité d'instruction publique ne devait pas satisfaire pour longtemps l'esprit démocratique, qui soufflait alors, et bientôt fut institué le concours pour l'obtention de toutes les places du corps enseignant, depuis celle d'aide d'anatomie jusqu'à celle de professeur titulaire. A son évènement, Napoléon 1[er], ayant transformé les Ecoles de santé en Facultés de médecine, maintint le mode de recrutement pour le professorat, pour une toute autre raison, sans doute, que celle dont s'étaient inspirés les membres de la Convention. La création de l'Université de France, à laquelle se rattachait l'ensemble des institutions ayant pour but de dispenser l'enseignement de toutes les connaissances à ses sujets, n'était-elle pas, en effet, le produit de son génie autoritaire et ne devait-elle pas devenir le plus puissant soutien de son despotisme ? Sous la Restauration, Louis XVIII, plus ouvertement autocrate, s'empressa de supprimer le concours du professorat, malgré l'avis émis par les professeurs ; mais en 1823, à la suite de la réouverture de la Faculté, fermée par l'ordonnance du 2 novembre 1822, il institua l'ordre des agrégés, qui devaient être nommés au concours, et parmi lesquels devaient être exclusivement choisis les professeurs titulaires. En 1830, par ordonnance du 5 octobre, fut rétablie la nomination des professeurs titulaires au concours public, ouvert non seulement aux agrégés, mais à tous les docteurs. Ce régime se perpétua jusqu'en 1852, au début du second empire, époque à laquelle le concours du professorat fut aboli, et un décret décida qu'il suffisait, pour être nommé professeur, d'être âgé de 30 ans, d'être docteur en médecine et d'avoir fait un cours, officiel ou particulier, pendant deux ans au moins. Le concours du professorat n'a pas été rétabli depuis, c'est-à-dire depuis soixante-treize ans, et je ne crois pas qu'il soit désirable de le faire revivre ; par contre, celui de l'agrégation subsiste, et j'estime qu'il n'est pas souhaitable de le voir disparaître. J'espère justifier par la suite cette opinion anticipée. C'est donc le chef de l'Etat qui actuellement, nomme les professeurs titulaires, sur une liste, qui lui est présentée par le Ministre de l'Instruc-publique, et qu'il tient lui-même d'un vote des professeurs de la faculté intéressée, mais dont il a pu, à la suite d'un avis du Conseil supérieur, modifier l'ordre des candidatures. Il peut même présenter des candidatures ne figurant pas sur cette liste. S'il s'agit de la création d'une chaire nouvelle, le ministre peut se passer du vote de la faculté et nommer directement le titulaire de son choix. Telles sont les dispositions légales, qui réglementent jusqu'à ce jour la nomination des professeurs titulaires.

Jusqu'à ces dernières années, la nomination des professeurs agrégés était régie par l'ordonnance du 2 novembre 1822 ; mais voilà qu'en 1924 un décret a substitué au concours de l'agrégation le concours d'aptitude à l'emploi d'agrégé, ou pour employer une expression, qui a bientôt fait fortune, l'agrégeabilité. En voici l'économie : il se compose de deux épreuves : une première, qui n'est qu'un simple examen, a lieu tous les ans et consiste en deux compositions écrites anonymes, faites par les candidats dans leur faculté respective, et jugées par un jury composé de trois membres désignés par le ministre sur une liste dressée par les facultés. La seconde épreuve a lieu tous les trois ans et comprend la présentation d'un travail inédit, ou déjà publié, et une leçon de trois quarts d'heure, après vingt-quatre heures de préparation avec tous les moyens auxquels le candidat voudra avoir recours. Cette épreuve se passe à Paris devant un jury, composé de cinq professeurs pris dans les diverses facultés pour la médecine et la chirurgie, ce nombre étant réduit à trois pour les autres sections. Les candidats qui ont satisfait aux exigences du programme, ne sont point encore agrégés mais seulement agrégeables, et, revenus dans leur facultés, ils formeront la pépinière dans laquelle son Conseil, par une procédure rappelant celle de la nomination des professeurs titulaires, choisira l'agrégé pour pourvoir à la place devenue vacante.

A toutes les époques, les concours aux diverses places, soit dans les facultés, soit dans les hôpitaux, ont suscité des compétitions ardentes et passionné le public des écoles en le débordant. Je ne crois pas que de nos jours, les manœuvres qui se poursuivent dans l'ombre de la part des candidats et de leurs soutiens, aient rien perdu de leur âpreté de jadis, mais il est certain qu'en ce qui concerne le concours de l'agrégation — celui du professorat ayant été supprimé —, il n'a plus le retentissement qu'avaient, au milieu du siècle dernier, les luttes ouvertes auxquelles se livraient, dans le grand amphithéâtre de la faculté de Paris, les candidats parlant du haut de la chaire, que dominait la statue d'Ambroise Paré, en face des sept juges des facultés françaises en robes rouges, et des quatre membres de l'Académie de médecine, en redingote noire, tous aux visages impassibles, et devant un public pressé d'étudiants, de jeunes docteurs, de vieux praticiens, de concurrents impatients d'entrer à leur tour en lice, et de journalistes. C'est par ces derniers, faisant dans les périodiques la critique des épreuves et soumettant à leurs lecteurs leur jugement motivé sur la valeur des épreuves, que le concours avait sa vraie publicité. Il faut lire les journaux de l'époque, et en particulier *Le Gazette des hôpitaux*, pour se faire une idée de l'empressement que prenait le public à suivre les opérations des concours, et l'ardeur qu'il mettait à en contrôler la régularité et à protester contre les nominations qui ne lui paraissaient pas justifiées.

Ayant pris le plus grand intérêt à la lecture de ces comptes rendus, je voudrais le faire partager à mes lecteurs en rappelant les incidents, qui ont marqué deux des concours pour le professorat les plus mouvementés, et les jugements portés sur eux par la presse de l'époque. La première de ces luttes, scolaires qui eut lieu en 1833, pour la chaire de clinique interne, mettait en ligne pas moins de treize candidats, parmi lesquels certains avaient déjà marqué leur place dans le corps enseignant en qualité d'agrégés, et dont les autres devaient ultérieurement jeter un grand éclat sur le personnel de la faculté et sur celui des hôpitaux. Ces candidats étaient : Casimir Broussais, fils de l'illustre Broussais, Cayol, qui avait déjà enseigné la clinique interne à la réorganisation de la faculté à la suite de l'ordonnance de 1823, et avait été révoqué après la révolution de 1830 ; Chauffaud, d'Avignon ; Sandras, Gaultier de Claubry, Gendrin, Gibert, Martin Solon, Piorry, Rochoux, Rostan, Trousseau. Le triomphateur fut Rostan. Par la valeur de ses épreuves, il méritait de l'être. Les incidents, que provoquèrent certains de ses compétiteurs, furent causés plutôt par leur défiance vis-à-vis d'un jury ayant la réputation d'une partialité inquiétante que par la consommation d'une injustice. Le premier de ces incidents fut soulevé par Gibert, qui termina sa leçon orale par ces mots : « qu'on peut se retirer sans regret d'un concours quand le professeur est nommé d'avance ». Le jury accueillit par le silence cette réflexion insultante ; mais Sandras, qui lui succéda à la tribune, ayant déclaré, dès le début de sa dissertation, que « le concours est une comédie », le président Chomel leva la séance au milieu des huées et des sifflets de l'Assistance. A la séance suivante, Casimir Broussais prit la parole en ces termes : « Messieurs je désire vivement que la scène qui s'est passé dans la précédente séance ne se renouvelle pas aujourd'hui, mais si cela était, la responsabilité tout entière en retomberait sur le jury. » Aussitôt, le président Chomel pria le candidat de se renfermer dans les limites de sa leçon et de se modérer, dans l'intérêt du concours en général. Se conformant à cette observation, Casimir Broussais poursuivit dans le calme sa leçon, qui fut une des plus remarquables de cette pléiade de concurrents. Cependant Sandras, bien que la parole lui eût été retirée au début de sa leçon, n'avait pas été exclu du concours, qu'il poursuivit jusqu'à l'épreuve de sa thèse. Elle avait pour sujet : « Quels sont les caractères de l'inflammation ? » Comme si ce sujet l'eût enflammé lui-même, il se livra, dans son avant-propos, à une telle diatribe contre le concours et le jury, qu'il

ne fut pas autorisé à soutenir sa thèse, et l'appel qu'il fit au Conseil royal fut rejeté. Cet ostracisme vis-à-vis d'un candidat qui s'était distingué dans plusieurs concours, notamment dans celui pour la chaire de physiologie, où il faillit battre Pierre Bérard, suscita les commentaires les plus sévères non seulement dans la presse française, mais encore dans celle de l'étranger. Emue par les irrégularités commises par le président du jury, la *Lancette anglaise* blâma avec force « la marche suivie dans le quasi concours, le concours métis de clinique interne », et, après avoir enregistré la fureur ou, comme elle le dit, la rage du doyen Orfila contre les journalistes, elle se demande comment cela finira-t-il ? par l'abolition du concours ?

Le concours pour la chaire d'anatomie, abandonnée par Cruveilhier, en 1836, et qui se termina par la nomination de Breschet, ne donna pas seulement lieu à des polémiques de presse, mais à des troubles violents, qui eurent lieu dans les locaux de la Faculté. Voici, entre autres articles, celui que consacra le rédacteur de *La Gazette des hôpitaux* au nouveau professeur : « ... Ses qualités professorales sont nulles ; ses épreuves ont été faibles ; c'est un des plus mauvais choix qu'on pouvait faire. » De leur côté, les étudiants manifestèrent violemment leur mécontentement à la proclamation du résultat, couvrant d'invectives les juges, se livrant sur eux à des voies de fait et à des déprédations matérielles. Les journaux politiques décrivant les scènes qui se déroulèrent dans le grand amphithéâtre et les salles voisines, parlent de robes et de toques déchirées, de tables et de chaises brisées, de vitres cassées, et le *Journal des Débats* évalua à 10.000 francs les dégâts matériels. De nombreuses arrestations purent seules mettre fin à la bagarre. Le jugement porté par le rédacteur de *La Gazette des Hôpitaux* sur Breschet, en tant que professeur chargé d'enseigner l'anatomie pouvait être justifié par ses épreuves, mais on ne pouvait lui contester le titre de savant, après les travaux qu'il avait déjà faits, notamment sur les veines du rachis ; sur les organes de l'ouïe, sur l'œuf humain et sur le système lymphatique considérés sous les rapports anatomiques, physiologiques et pathologiques, dernier sujet qui avait fait l'objet de sa thèse de concours. Bien qu'il mourut relativement jeune, il porta au delà des frontières le renom de la science française.

Les professeurs des facultés de médecine n'ont pas seulement pour mission de transmettre aux étudiants, par l'enseignement oral, le patrimoine scientifique qu'ils tiennent de leurs devanciers, mais ils doivent encore l'accroître par leurs travaux. N'est-il donc pas désirable qu'à côté des maîtres ayant le don de la parole, il y en ait chez lesquels prédominent le goût et l'esprit des recherches personnelles ?

A côté des manifestations hostiles des étudiants contre les décisions du jury leur paraissant entachées de partialité, il convient d'enregistrer les applaudissements accueillant les éliminations leur paraissant justifiées, les ovations faites aux juges et les articles de certains journaux réclamant pour les étudiants eux-mêmes le mérite d'avoir assuré le triomphe de la justice. Ainsi, après la nomination de Sanson à la chaire de clinique interne en 1836, *La Gazette des hôpitaux* écrit : « Honneur aux élèves. C'est à eux qu'est due la justice obtenue pour le nouveau professeur, et la faveur des élèves n'est achetée par aucune complaisance, ne cède à aucune influence de camaraderie, à aucune affection de personne, déjoue l'intrigue et fait entrer en eux-mêmes ces êtres de conscience élastique. » Il est en effet, permis de se demander si la pression morale exercée sur le jury par la jeunesse étudiante n'avait pas été pour quelque chose dans le scrutin qui au premier tour, avait donné sur 11 voix, 4 suffrages à Blandin, 4 à Auguste Bérard, 3 à Sanson, et en attribua, au deuxième tour, 8 à Sanson, 3 à Blandin et 0 à Auguste Bérard. Tout en reconnaissant les avantages de la publicité des concours, je ne saurais leur attribuer les effets que réclame pour elle le rédacteur de *La Gazette des hôpitaux*. L'opinion publique peut servir de frein à la partialité du jury, mais elle ne saurait lui dicter son verdict.

Le concours ne profite pas seulement aux élus, les vaincus eux-mêmes en tirent bénéfice. Chargé d'un rapport sur les Prix de la Faculté de médecine et de pharmacie, pour l'année 1908-1909, je représentai aux étudiants la préparation des concours comme une occasion de coordonner ses connaissances, de les classer, d'en faire en quelque sorte l'inventaire. Cette préparation disai-je, constitue une méthode précieuse pour l'instruction, car elle assouplit l'esprit, développe la raison, dicispline le jugement. M'adressant à des étudiants, j'avais plus particulièrement en vue, dans cette appréciation de l'utilité des concours, ces joutes scolaires auxquelles je les conviais, mais je crois qu'elle s'applique avec autant de force aux tournois dans lesquels des docteurs en pleine maturité se disputent le titre d'agrégé ou de médecin des hôpitaux. Je crois devoir reproduire ici la fin de mon rapport. On se représente, disais je, les concours comme des institutions néfastes, qu'il faut s'empresser de faire disparaître au plus vite pour le plus grand bien des intérêts généraux et particuliers. Faisant appel à l'opinion d'un homme, dont on ne s'attendait guère à trouver le nom mêlé à cette affaire, un journaliste n'a pas craint de rééditer le plus violent et le plus injuste réquisitoire que fit contre le concours l'illustre historien Taine, sans doute par dépit de voir un de ses amis tenu à l'écart de la chaire de la Faculté de médecine, qu'il convoitait. « Les deux moyens de parvenir, écrit Taibe dans la *Vie et les opinions de Thomas Graindorge*, le concours et la réclame aboutissent à des effets du même genre. Ils surmènent, étriquent, surexcitent et gâtent l'âme. Le concours fait des éreintés et des bêtes de somme, la réclame fait des charlatans et des intrigants. » Non, le concours (je ne parle pas de la réclame dont j'ignore les effets) n'avilit pas l'âme, ne déforme pas l'esprit, ne ruine pas la santé. Seuls peuvent pâtir, moralement et physiquement, des efforts de la lutte ceux qui nativement sont impropres à prendre part à l'âpre combat de la vie et à conquérir les premières places. Loin d'affaiblir les facultés des hommes doués d'une âme vaillante, le concours les excite et les exalte. C'est le stimulant de la plus noble et de la plus féconde des passions, celle qui constitue le plus puissant levier du progrès, je veux dire l'émulation. Le concours est une source d'énergie.

S'il est bon que l'institution du concours pour l'attribution des fonctions hospitalières et universitaires, jusqu'à l'agrégation, soit maintenue, il ne paraît pas souhaitable qu'elle soit établie pour le professorat. En vain s'appuierait-on, pour sa réinstauràtion, sur les raisons invoquées par les défenseurs du concours de l'agrégation. D'abord, en ce qui concerne la somme de connaissances possédées par le candidat et sa valeur scientifique, les épreuves qu'il a déjà subies offrent toutes les garanties, et sa participation à l'enseignement depuis une plus ou moins longue période a donné la mesure de ses aptitudes pédagogiques. Le Conseil de la Faculté a donc, de ce fait, deux bases solides pour déterminer son choix entre les agrégés qu'il a à appeler dans son sein. La crainte que la perspective de luttes nouvelles gêne le développement scientifique personnel de l'agrégé est encore un argument contre le concours du professorat. Enfin, ce mode de recrutement risquerait de ne donner accès aux chaires magistrales qu'à des maîtres déjà âgés, et dont les échecs dans un ou plusieurs concours antérieurs pourraient avoir affaibli le prestige. A cet égard, il m'a semblé intéressant de relever l'âge auquel sont parvenus au titulariat les personnalités médicales et chirurgicales qui illustrèrent la Faculté de Paris au milieu du siècle dernier, et le nombre des concours qui les y conduisirent. Bien que ces relevés contredisent les appréhensions que je viens d'émettre, je crois devoir les reproduire. Pierre Bérard fut le professeur, qui arriva le plus jeune au titulariat. Il n'avait que 34 ans et était déjà chirurgien des hôpitaux lorsqu'il obtint, après un brillant concours, auquel il n'avait consacré que quatre mois de préparation, la chaire de physiologie, science à laquelle il s'adonna dès lors exclusivement. Breschet y arriva le plus âgé. Il avait 52 ans, et était membre de l'Académie des sciences depuis un an lorsqu'il fut nommé professeur d'anatomie. J'ai précédemment rappelé à quelles violentes protestations donna lieu sa nomination. Entre ces deux âges extrêmes, l'accession au professorat des maîtres de l'époque se répartit ainsi : Dupuytren, professeur de médecine opératoire, à 35 ans ; Trousseau, professeur de thérapeutique, à 38 ans ; Velpeau, professeur de clinique chirurgicale, à 39 ans, après s'être présenté successivement à plusieurs chaires, membre de l'Académie de médecine depuis trois ans ; Roux, professeur de clinique chirurgicale, à 40 ans, membre de l'Académie de médecine à sa fondation ; Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale, à 40 ans, après sept concours ; Rostan, professeur de clinique interne, à 42 ans ; Malgaigne, professeur de médecine opératoire, à 44 ans, après quatre concours, membre de l'Académie de médecine depuis quatre ans ; Blandin, professeur de médecine opératoire, à 44 ans après cinq concours ; Piorry, professeur de pathologie interne, à 40 ans ; Sanson, professeur de clinique chirurgicale, à 46 ans.

Je n'ai pas de documentation sur la moyenne de l'âge auquel les professeurs actuels des facultés, nommés par leurs pairs, sont arrivés au titulariat, mais je crois ne pas m'écarter de la vérité en présumant qu'elle est sensiblement la même que celles des professeurs nommés au concours. Cette moyenne peut être fixée entre 40 et 45 ans. Ainsi tombe l'objection que le concours retarde l'accession aux chaires magistrales. Quant à celle tirée de l'atteinte portée au prestige du professeur par les échecs qu'il aurait pu essuyer, l'autorité et la notoriété dont jouirent les Auguste Bérard, les Blandin, les Velpeau, les Malgaigne, tous arrivés après plusieurs concours, en sont une réfutation éclatante.

VARIÉTÉS

Une affection nouvelle :
Les Six jours cyclistes

ERRATUM. — Par suite d'une erreur d'imprimerie, la fin du deuxième alinéa de l'article de M. Ichok : « Une affection nouvelle : les six jours cyclistes, » publié dans *le Progrès médical* du 1er septembre, p. 1446, s'est trouvée amputée des lignes suivantes :

« Ajoutons qu'il s'agit des équipes, formées des deux cyclistes, dont, théoriquement, un peut se reposer pendant que l'autre roule, mais il suffit de prendre en considération l'atmosphère bruyante et nerveuse du vélodrome pour comprendre combien tout repos rationnel se trouve à chaque instant empêché ».

La rédaction regrette cette omission involontaire, quoique les lignes oubliées ne changent presque rien, puisque M. Ichok consacre, en effet, son article, non aux cyclistes mais principalement au public, frappé par la « nouvelle affection ».

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Instrumentation.

L'héliothérapie du larynx tuberculeux est facile à pratiquer avec l'appareil de Pirinoli, de Turin (E. A. Fenoglietto, *Raggi ultravioletti*, mars-avril 1928). Il est constitué par un tube métallique de 12 cm. en forme de pavillon de trompette, sur lequel sont fixés deux miroirs, l'un pour le larynx, l'autre pour le contrôle visuel ; une armature de caoutchouc, placée au milieu, permet de tenir l'instrument entre les arcades dentaires, sans aucune fatigue grâce au poids extrêmement léger (45 grammes) ; les séances de 30 à 60 minutes deviennent possibles et le miroir de contrôle donne au malade la facilité de maintenir le cône lumineux dans la bonne direction.

Tube digestif.

La tétanie d'origine gastrique est assez rare ; Steinitz (*Klinische Wochenschrift*, 1928, n° 20) passe en revue les différentes théories pathogéniques (concentration sanguine par perte d'eau, action réflexe par excitation de la paroi gastrique, auto-intoxication par résorption des produits de stase dans l'estomac, perte de chlore, alcalose) ; il admet que la tétanie est due à l'appauvrissement de l'organisme en chlore à la suite de vomissements abondants ; il a observé une diminution du chlore sanguin et urinaire dans deux cas : une sténose du pylore due à un ulcère parapylorique et une sténose duodénale relevant d'un cancer de l'angle duodéno-jéjunal.

Cœur

Les rapports de l'endocardite lente (forme maligne subaiguë) et de la syphilis ont été étudiés par Yaroslav Sumbal (*Gazette médicale de Bratislava*, mai 1928) qui formule les conclusions suivantes : 1° L'endocardite lente, en tant que septicémie chronique, affecte la totalité du système cardio-vasculaire (cœur, vaisseaux, tissus) et suppose atteint l'appareil réticulo-endothélial ; 2° sur les 52 cas d'endocardite lente observés de 1919 à 1927, 18 présentaient un Bordet-Wassermann positif ; 3° Le Bordet-Wassermann positif constitue la réaction spécifique dans l'endocardite lente et témoigne de l'infection syphilitique antérieure ; 4° En raison de son affinité pour le système cardio-vasculaire, mais surtout par le fait qu'elle atteint l'appareil réticulo-endothélial et qu'elle abaisse la capacité de défense de l'organisme, la syphilis prépare le terrain pour la formation d'une endocardite lente ; 5° L'endocardite lente à base syphilitique offre les caractéristiques suivantes : tendance à la diathèse hémorragique, cours prolongé avec température basse, possibilité d'amélioration par la médication antisyphilitique. Si l'endocardite lente est apparue peu après l'infection syphilitique (stade exsudatif) ou si l'infection syphilitique est venue compliquer une endocardite lente préexistante, on observe plutôt une aggravation du processus et l'inefficacité du traitement antisyphilitique ; 6° Les cas d'infection syphilitique non traités, où les symptômes primaires et secondaires sont demeurés inaperçus, ont une tendance particulière à l'endocardite lente ; 7° Les rapports entre l'infection syphilitique et l'endocardite lente expliquent en partie la multiplication des cas observés dans la période d'après-guerre ; 8° La syphilis aggravant considérablement le pronostic des affections cardiaques ou valvulaires en raison de la possibilité d'endocardite lente, l'examen systématique du sang par la réaction B-W. s'impose dans tous les troubles valvulaires, quelle qu'en soit la base, même avec compensation absolue.

Neurologie.

Le traitement des paralysies périphériques graves, avec R. D. complète et atrophie musculaire dégénérative, demande une connaissance approfondie à la fois du diagnostic neurologique spécial et général de l'électro-diagnostic et de l'électrothérapie (Brun, *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mai 1928). Une indication chirurgicale et un traitement conservateur, menés avec les plus grandes garanties de succès, ne sont possibles que si le diagnostic d'une paralysie périphérique est rigoureusement exact, aussi bien au point de vue étiologique qu'à celui de l'intensité de la localisation et de la nature des lésions. En principe, toutes les paralysies périphériques devraient être au début remises à un médecin compétent en électro-diagnostic et en électrothérapie, afin que le diagnostic et les indications soient immédiatement bien mis en lumière. Des cas graves, avec R. D. complète et atrophie musculaire de dégénérescence, ne devraient être traités que par des médecins spécialisés et qui devraient aussi se charger du traitement consécutif à l'intervention chirurgicale.

Chirurgie.

Les fractures diaphysaires de la jambe non compliquées guérissent sans invalidité; lorsqu'elles sont traitées par la méthode personnelle de Robert Ivarsson, (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 25 juin 1928) ; les malades reprennent leur travail en moyenne après quatre mois et les résultats sont irréprochables, aussi bien au point de vue anatomique que fonctionnel. Voici les principes essentiels de la méthode ; dès l'admission du blessé on procède à la réduction provisoire ; on installe le membre sur une attelle de Volkmann et on l'y laisse environ huit jours, puis a lieu la réduction définitive, au moyen d'une semelle plantaire spéciale et d'une table d'extension qui permet d'exercer une traction extrêmement puissante ; un plâtre circulaire est appliqué ensuite, avec modelage soigné au niveau des malléoles et des condyles du tibia ; deux jours plus tard, le malade se lève et circule avec son appareil de marche, six semaines après on enlève le plâtre au niveau du pied, pour permettre la liberté des mouvements articulaires ; huit semaines après la mise en plâtre, on enlève tout l'appareil et c'est seulement dans des cas exceptionnels que le malade est soumis à un supplément de traitement jusqu'au jour où il est déclaré guéri.

La technique de la transfusion du sang doit être simplifiée pour passer dans la pratique courante. Quarella (*Policlinico*, 21 mai 1928) emploie une seringue vésicale ordinaire, entièrement démontable, munie d'un embout excen-

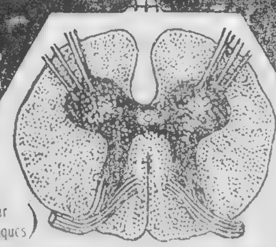
trique, d'une capacité de 200 c. c. et graduée de 10 en 10 c. c. ; le piston et le corps sont enduits d'une mince couche de vaseline paraffinée ; les aiguilles sont conservées dans un mélange d'éther et de paraffine fusible à 55°. On recueille le sang directement dans la seringue dont on a démonté le fond mobile et tiré le piston à fond de course. L'adjonction de substances anticoagulantes n'est pas à recommander, car elles provoque des accidents (fièvre, cyanose de la face, céphalée nausées, etc.). L'injection doit être poussée lentement. Il n'est pas recommandé de pratiquer des transfusions massives de 500 à 600 c. c. qui exposent au danger de la dilatation aiguë du cœur ; il est préférable de répéter les petites transfusions (de 150 à 200 c. c.).

Thérapeutique

Le chlorure de cérium est utilisé par José Valdès Lambea et Placido A. Buylla dans le traitement de la tuberculose. (*Archives de Medicina, Cirurgica y especialidades*, 23 juin 1928) ; ils injectent par voie intraveineuse des doses de 2 à 60 centigrammes à des intervalles de 6, 8, 10 jours. Le seul inconvénient est le prix extrêmement élevé du produit chimique.

Les injections intraveineuses de bromure de strontium sont recommandées par Ramos e Silva, (*Brasil-Medico*, 2 juin 1928) dans les dermatoses prurigineuses ; il emploie une solution à 10 %, dont il injecte, tous les deux jours des doses progressives allant de 2 à 10 c. c. ; le liquide doit être poussé lentement pour éviter une sensation de chaleur fugace mais désagréable. Cinq malades ont été débarrassés de leur prurit ; les diagnostic étaient : prurigo, prurit généralisé, prurit vulvaire, séborrée psoriasiforme, exzéma, le traitement, purement symptomatique, a donné des résultats avec un petit nombre d'injections (de 5 à 14).

Le sérum antiscarlatineux, de Bröcker, (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1928, n° 22) constitue un traitement actif des formes graves et toxiques de la scarlatine, alors que les complications septiques semblent peu influencées. L'auteur injecte 50 c. c. de sérum à cinquante scarlatineux aux cinq premier jours de la maladie, cinquante autres malades servant de témoins ; la température tomba en deux



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Traversée de jour entre Nice et la Corse

Par suite des modifications apportées aux services maritimes entre Nice et la Corse, les départs de Nice des paquebots effectuant les traversées de jour ont lieu :

Le vendredi à 9 heures pour Ajaccio. Le samedi à 12 heures pour la Balagne (Calvi et Ile Rousse ou Ile Rousse et Calvi alternativement par quinzaine). Le dimanche à 10 heures pour Bastia.

Les voyageurs partant de Paris le vendredi par le train n° 15 à 17 h. 10, sont en Corse le lendemain soir. Ils trouvent à leur arrivée à la gare de Nice, à 10 h. 55, un service automobile qui les transporte avec leurs bagages au port d'embarquement.

jours chez les premiers, en huit jours chez les seconds. L'exanthème disparut plus rapidement. L'action parut nulle sur les complications septiques (adénopathie, abcès de l'amygdale, otite), le rhumatisme scarlatineux et les infections associées (diphtérie). L'emploi du sérum ne donne pas de complications.

Varia.

L'opinion courante que toute tuberculose en évolution s'accompagne de fièvre doit être abandonnée. (Maurice Reymond, de Leysin).

Les otologistes modernes admettent que la cause la plus rationnelle de la surdité progressive familiale, otosclérose chronique ou otospongiose, réside dans un déséquilibre de la vie végétative (A. Delie, de Bruxelles).

La phase préclinique du mauvais fonctionnement cardiaque se caractérise par cinq signes, isolés ou associés. Ce sont l'essoufflement, l'accélération du pouls, l'oppression, la douleur thoracique et l'asthénie à l'occasion du moindre effort. Les troubles précédents nécessitent un examen attentif de l'appareil circulatoire et de tout l'organisme pour déterminer la cause des premières protestations du cœur. (C. Calvin Smith, de Philadelphie).

J. Lafont.

THERAPEUTIQUE SPECIALISÉE

Contribution à l'étude des infections puerpérales (Aurel)

Dans un travail très documenté, inspiré par M. Gueniot, l'auteur étudie les traitements qui paraissent actuellement les plus efficaces dans les métrites puerpérales et les septicémies puerpérales.

Dans un premier chapitre, il étudie les traitements des *formes utérines communes* avec ou sans septicémie.

Les injections intra-utérines antiseptiques seront indiquées lorsqu'il y aura un écoulement lochial fétide, rétention lochiale par flexion utérine. L'irrigation continue suivant la méthode de Pinard n'a plus qu'un intérêt historique : elle doit faire place à l'irrigation *discontinue* suivant la *méthode de Carrel*.

Lorsqu'il y aura rétention placentaire, le curage digital est préféré par Aurel au curetage qui, suivant la méthode allemande, détruirait la barrière de défense utérine.

L'*écouvillonnage* avec l'écouvillon de Doléris trouvera ses indications dans les cas de rétention membraneuse. Le *drain rigide de Mouchotte* assurera, dans les cas de flexion utérine, l'écoulement lochial.

Ce chapitre se termine par une critique des pansements intra-utérins antiseptiques et la description de la méthode de vaccination locale Besredka) appliquée à l'utérus préconisée par Lévy-Solal. Elle mérite d'être utilisée et justifie tous les espoirs.

Le *chapitre II* décrit le traitement général médical qui doit toujours être de premier plan — glace sur le ventre, toniques, antithermiques, bains : le sérum anti-streptococcique et les vaccins ont donné des résultats inconstants. Bouffe de St-Blaise a obtenu de bons résultats avec l'arsénobenzol intra-veineux. Souligoux a recommandé le cyanure de mercure. Lévy-Solal et Weymeersch (de Bruxelles) la thérapeutique par le choc. Le professeur Guéniot donne sa préférence à la septicémine (diformine iodo-benzo-méthylée) qui agit à la fois pas son *urotropine* sur les moyens de défense de l'organisme (foie, rein) et par son *iode*, dont le pouvoir antiseptique et antitoxinique est bien connu.

La septicémine semble avoir une action élective sur le streptocoque et les infections associées.

Le professeur Guéniot et Aurel ont utilisé les injections intraveineuses à la dose de 4 à 8 cc. par 24 heures ; dans les cas graves, ils ont atteint 10, 20 et même 30 cc. par 24 heures.

Ils recommandent d'instituer le traitement aussi précocement que possible, dès la première élévation de température.

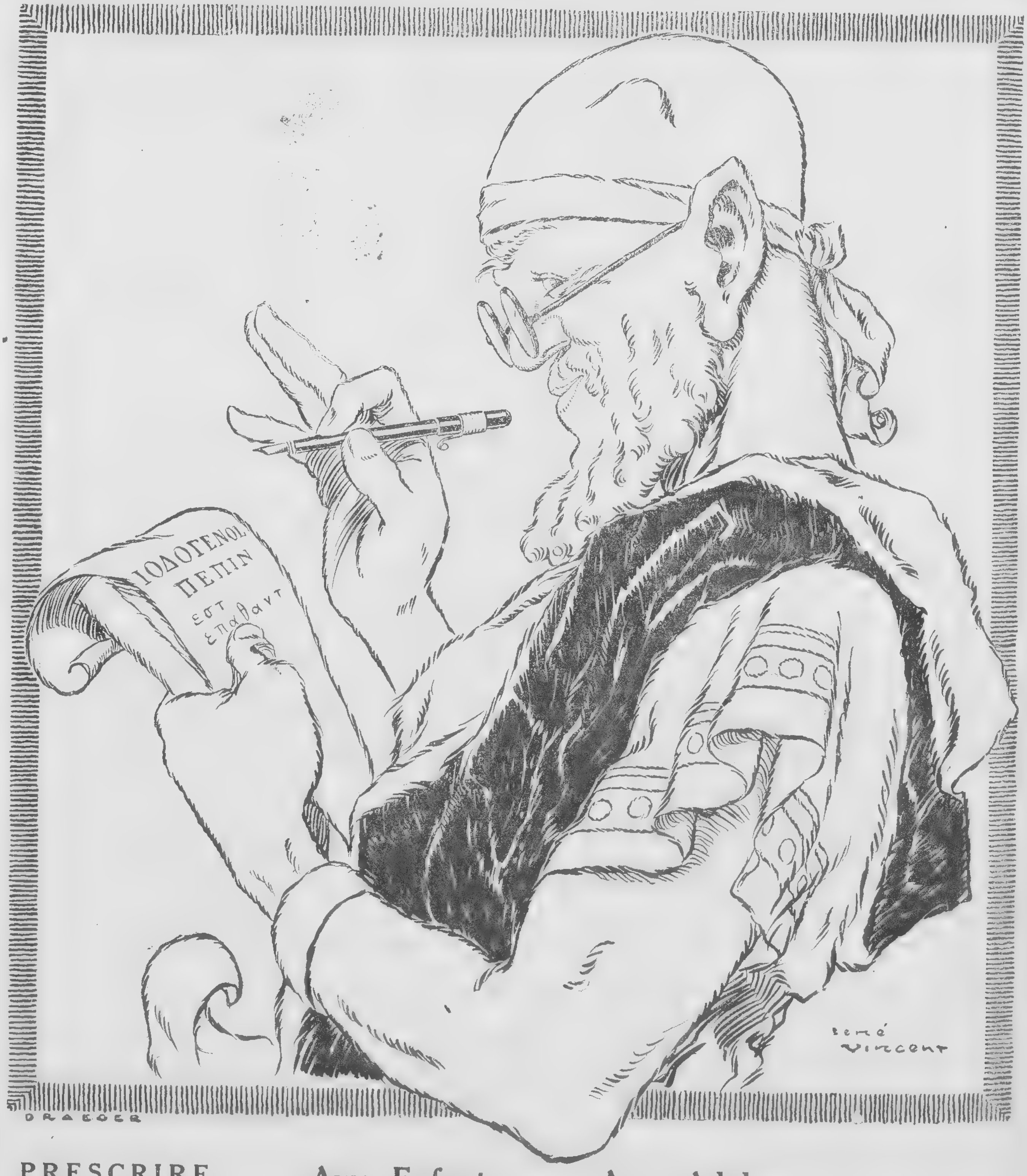
Quelle que soit la dose employée, ils n'ont constaté ni choc, ni intolérance.

Les *résultats* sont *rapides* et *constants*, amélioration dès le lendemain ; suppression des séquelles et complications des infections puerpérales : phlegmons pelviens, périmétrites, phlébites pelviennes ou des membres inférieurs.

Ce très intéressant travail se termine par un chapitre sur l'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale qui reste un traitement d'*exception*.

A propos de l'accouchement analgésique, par le Dr Odinet (*Journal de médecine de Paris*, du 29 mars 1928.)

On parle beaucoup d'analgésie obstétricale depuis quelques années et la bibliographie qui termine ce travail, montre que pour l'hémypnal seulement les études ont été très nombreuses. Commentant ses observations avec ce produit administré sous forme injectable, l'auteur mentionne qu'il est possible d'obtenir avec lui un accouchement peu douloureux dans la majorité des cas où il était à prévoir qu'il l'eût été, qu'il est surtout utile d'y recourir chez les primipares et dans tous les cas d'hypertonie utérine : ce sont là, constate-t-il après Rossier Hamm, Weber, Pouliot, Pellisier, Labouré, de véritables indications de l'hémypnal, que si celui-ci ne produit pas un accouchement totalement analgésique, avec inconscience de la parturiente, il n'y a pas lieu de le regretter, réduire la douleur obstétricale, la rendre aisément supportable, et cela sans nuire, ce qui est souhaitable et c'est ce qu'on observe par l'emploi de l'hémypnal.



Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 37 LE NUMÉRO: 50 Centimes 15 SEPTEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ecole de puériculture. — Le décret suivant vient de paraitre au *Journal officiel.*

Art. 1er. — Il est créé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris un emploi de chargé de cours ; le titulaire donnera son enseignement à l'Ecole de puériculture.

Art. 2. — Le traitement de cet emploi est fixé à 34.000 francs.

Le 1er octobre 1928, s'ouvrira à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris, 64, rue Desnouettes, un cours d'enseignement pour infirmières et sages-femmes.

Enseignement élémentaire, préparatoire au certificat Sessions commençant les 1er octobre et 1er février ; durée 4 mois.

Enseignement supérieur, préparant au diplôme : Session commençant les 15 février et 15 juin ; durée 8 mois.

Internat et external : Bourses et fractions de bourses aux élèves méritantes. Adresser les demandes avant le 1er septembre.

La direction de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux élèves titulaires de ces diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplomées.

Ecole Théophile Roussel. — M. Simon, médecin chef de service à la colonie de l'asile de Vaucluse, est désigné pour faire partie du conseil de surveillance de l'Ecole Théophile Roussel, à Montesson.

Cours de perfectionnement sur le cancer au Centre anti-cancéreux de Strasbourg. — Du 16 au 31 octobre 1928 aura lieu, à Strasbourg sous la direction de M. le Dr Gunsett, directeur du Centre anticancéreux, chargé de cours à la Faculté de médecine, un cours de perfectionnement sur le cancer qui comportera :

1° Des conférences sur l'étiologie du cancer et les cultures de tissus (M. Borrel) et sur la physico-chimie du cancer (M. Vlès) ;

2° Des conférences cliniques sur le cancer (MM. Canuyt, Keller, Leriche, Pautrier, Reeb Weill et Weiss ;

3° Un cours complet d'histopathologie des tumeurs (M. Géry) ;

4° Des conférences et exercices pratiques sur le traitement du cancer par les agents physiques (M. Gunsett) : *a*) Technique de la Rœntgenthérapie : unités et mesures ionométriques. L'unité électro-statique et son application à la pratique. Mesures et dosage en profondeur. Isodoses. La diffusion et son influence sur les mesures. Mesures de la qualité (Halbwertschicht et spectrométrie) ; *b*) Technique de la curiethérapie ; méthodes d'application. Méthodes de mesure et de calculation de la dose. Microionométrie. Télécuriethérapie.

Pendant les travaux pratiques (M. Gunsett, Mlle Berg, M. Sichel, M. et Mme Spack), les participants auront l'occasion de se familiariser avec ces méthodes. Ils apprendront à faire des moulages en curiethérapie et à faire des étalonnages en unités Solomon et en unités électrostatiques.

5° Une conférence avec démonstration sur l'électro-coagulation (M. Gunsett);

6° Des conférences sur les chapitres principaux de la radiopathologie (M. Gunsett) ;

7° Des conférences sur la technique du traitement des principaux cancers. (M. Gunsett) ;

8° Des présentations journalières de malades. (M. Gunsett) ;

9° Des conférences sur la physique des rayons X et des corps radioactifs (M. Beiss) ;

10° Des conférences et travaux pratiques d'hématologie (M. Wolff).

Le cours se terminera les 30 et 31 octobre, par deux journées de communications avec discussion, qui seront présidées par M. Paul Strauss, sénateur, ancien Ministre de l'Hygiène, et dont voici le programme :

Mardi, 30 octobre, 9 heures : Communications de MM. Degrais, Paris, Mercier, Lausanne, et Dauvillier, Paris. (Dosage en curie et en rœntgenthérapie), Belot, Paris, et Rosselet, Lausanne. (Radiorésistance). Conférence de M. Solomon, Paris : Notation des unités internationales et étalonnage pratique des ionomètres. Visite au Centre anti-cancéreux. Démonstration d'un étalonnage en unités électristatiques pour la pratique (M. Gunsett).

Mardi, 30 octobre, 14 heures : Communication de MM. Cheval et Mayer, Bruxelles (télécuriethérapie). Cahen, Bruxelles (tumeurs malignes en gynécologie) ; Coliez, Paris (télécuriethérapie) ; S. Laborde, Paris (sujet réservé) ; Proust, Paris (radiothérapie et métastases osseuses). Conférence de M. Dustin, Bruxelles : Les réactions cytologiques des tumeurs traitées par la télécuriethérapie.

Mercredi, 31 octobre, 9 heures : Sujets à l'ordre du jour : Les cancers de la cavité buccale et de l'appareil respiratoire. Les cancers du corps thyroïde. Communications de MM. Bérard, Lyon ; Regaud, Paris (sujet réservé) ; Canuyt, Strasbourg ; Du Bois, Genève ; Gernez et Mallet, Paris ; Gauduckau, Nantes ; Hoghe, Nancy ; Jeanneney, Bordeaux ; Ledoux, Bruxelles ; Sluys, Bruxelles.

Mercredi, 31 octobre, 14 heures 30 : MM. De Coulon, Lausanne, et Vlès, Strasbourg (physicochimie du cancer) ; Reding et Slosse, Bruxelles (altérations tumorales) ; Firket, Liège (biologie des sarcomes) ; Heyninx, Bruxelles (étiologie gingivo-dentaire) ; Teyron, Marseille (tumeurs thyroïdiennes des poissons). Visite de l'institut de M. le professeur Borrel suivie d'une conférence.

Les inscriptions pour le cours sont reçues par M. le Dr Gunsett, directeur du Centre anti-cancéreux, Hôpital civil à Strasbourg. Le droit d'inscription pour le cours est de 300 fr. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

Concours pour l'emploi d'assistant des hôpitaux coloniaux. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre « d'assistant des hôpitaux coloniaux » dans les catégories de médecine, de chirurgie, de bactériologie et d'électro-radiologie.

Un concours a lieu, en principe, deux fois par an.

Peuvent seuls y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la guerre, les médecins capitaines des troupes coloniales de l'armée active, présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie-Tunisie au moment du concours.

Il est institué également un concours pour l'obtention du titre de « médecin des hôpitaux coloniaux », « chirurgien des hôpitaux coloniaux », « spécialistes des hôpitaux coloniaux ».

Ce concours est, en principe, annuel.

Peuvent y prendre part, sous réserve de l'autorisation du ministre de la guerre, les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie au 1er janvier de l'année du concours et les médecins commandants de l'armée active, présents en France ou accomplissant un séjour métropolitain en Algérie Tunisie au moment du concours.

Le nombre des emplois à mettre à ces concours est fixé chaque année par le ministre.

Les conditions et les programmes feront l'objet d'une instruction interministérielle.

Ecole de Puériculture — M. le Dr Weill-Hallé est chargé de cours à la Faculté de médecine. Son enseignement sera fait à l'Ecole de puériculture à dater du 1er octobre 1928.

Faculté de médecine de Lyon. — Mlle Pallot, interne des hôpitaux, est déléguée dans les fonctions de chef des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Lyon.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Laux est chargé d'un enseignement complémentaire d'anatomie et de la direction des travaux anatomiques.

Nécrologie. — M. le Dr Léon Dufournier, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris, 9, rue de la Pompe. — Dr Maurice Péraire, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'étude clinique et thérapeutique des sympathoses

Par A. SHEDROW, M. D. (Paris) M. R. C. S. L. R. C. P. (Londres).

La pathologie du sympathique a pris une extension considérable depuis ces temps derniers, bien que son exploration clinique précise reste encore difficile à établir. Néanmoins, des entités nosologiques se classent déjà dans ce nouveau domaine.

Les premières recherches faites par Eppinger et Hess ont conduit ces auteurs à établir deux états bien différents l'un de l'autre, notamment la vagotonie et la sympathicotonie. Cette division de l'espèce humaine en deux catégories, nettement et diamétralement opposées, est à notre avis trop schématique, quoique vraiment très séduisante. Il n'en reste pas moins vrai que l'antagonisme du système sympathique et para-sympathique maintient l'équilibre de notre organisme, crée l'harmonie de notre vie végétative et aussi bien de notre état psychique. Normalement donc, il y a une balance de ces deux systèmes qui se manifeste par le bien-être de notre organisme. Mais cet équilibre, peut être souvent rompu et troublé, si l'un des systèmes prédomine et prend le dessus sur l'autre.

Une fois l'équilibre rompu, nous pouvons assister à un état vagotonique ou sympathicotonique, ou a un état dit *neurotonique* tantôt à prédominance vagale, tantôt à prédominance sympathique.

Bien des affections, restées jusqu'alors méconnues et mal comprises, peuvent désormais être plus facilement approchées, si on étudiait mieux le système autonome du malade pour révéler le déséquilibre vago-sympathique qui est le *primum movens* de l'état morbide, dont le malade se plaint et devant lequel le médecin est resté jusqu'alors désarmé.

Certes, en clinique, la question apparaît infiniment plus difficile que cette schématisation des états vago et sympathicotonique ne le ferait croire : cet état fonctionnel dominant de l'un ou de l'autre système peut varier sensiblement chez le même sujet, dans le même temps et sous certaines influences pathologiques. A présent donc, nous ne pouvons plus nous contenter de faire le diagnostic de « névrose, neurasthénie etc. », qui cache notre ignorance, mais devant un cas semblable, nous devons interroger le système organo-végétatif qui seul peut dans ces cas donner la clef de l'état morbide indéfini du malade. Je ne veux pas approfondir dans ce travail l'étude du système para-sympathique, mais je m'arrêterai sur le système sympathique pour étudier son aspect clinique et l'application thérapeutique.

Etude clinique.

L'hypersympathicotonie a pour caractéristique principale les troubles suivants : tendance à l'exophtalmie et à la mydriase, sécheresse de la bouche et de la peau, fréquence de la chair de poule et de l'érection pilaire, tendance à l'hypertension artérielle et tachycardie, tendances aux poussées diarrhéiques, douleurs précordiales angiformes.

L'aptitude à l'exercice et au travail est remarquable, souvent exagérée, même en ce sens que l'activité est débordante et tourne à l'agitation inutile, fréquence du tremblement, de l'insomnie ; l'appétit est en général excessif, mais le malade reste cependant maigre ; les malades ont le caractère violent et se mettent facilement en colère.

Contrairement à la vagotonie (état plus ou moins permanent, avec des périodes de renforcements morbides), la sympathicotonie éclate et progresse par crises avec, dans l'intervalle, un état sensiblement normal.

Le sympathicotonique, comme le vagotonique, présente une aptitude particulière à réagir d'une façon violente et excessive à tous les stimulants, qu'ils soient affectifs, mécaniques, thermiques et surtout pharmacodynamiques. Le dysfonctionnement du sympathique peut se manifester cliniquement par des formes bien diverses : troubles du fonctionnement gastrique, cardio-vasculaire, troubles d'équilibre métabolique, enfin par des phénomènes douloureux à type névralgique.

Troubles circulatoires.

La bradycardie et tachycardie se succèdent à de courts intervalles ; la tension artérielle est instable, l'instabilité vaso-motrice se manifestant par la rougeur et pâleur à tout propos.

Troubles digestifs.

Une symptomatologie vague, tantôt c'est l'estomac, puis l'intestin, puis spasme œsophagien, la diarrhée, la constipation, l'entérospasme.

L'état du sang.

Bien étudié par Dresel, l'examén du sang révèle une acidose dans la sympathicotonie, beaucoup de Ca, des colloïdes de K. Ceci est intéressant à retenir, car il fait prévoir la relation entre sympathicotonie et tétanie ou spasmophilie. En outre il y a de l'hyperleucocytose neutrophile et anéosinophilie.

Méthodes cliniques d'exploration du sympathique.

1. **Réflexe oculo cardiaque.** — (Dagnini-Aschner) apporte des modifications du pouls, de la respiration et la perturbation dans les fonctions d'autres organes. Pour bien appliquer ce reflexe il faut préciser l'heure de la journée, son rapport avec la période digestive, son rapport au cycle menstruel et réduire les facteurs émotifs. Il y a un bon nombre d'autres réflexes modificateurs du même R. O. C., notamment le reflexe de compression du cou (Thauhoffer-Chernak), le réflexe d'Escart (traction sur le tragus de l'oreille) réflexe de Kratchner, irritation de la muqueuse nasale, enfin le réflexe palatocardiaque de Lounge et pneumo-cardiaque de Walser.

Par l'irritation du pneumogastrique, le R.O. C. produit chez le sujet normal un abaissement du pouls, chez le sympathicotonique au contraire, aucun abaissement, parfois même une accélération du pouls.

Epreuve de Ruggeri. — La convergence prolongée des yeux, provoquée pendant 10 minutes, l'extrémité de l'index placé à mi-distance entre la glabelle et le point nasal chez un sujet placé dans le décubitus dorsal et au repos depuis plusieurs minutes, le rythme du pouls étant devenu régulier st constant, on note dans les cas pathologiques une élévation de la pression artérielle et accélé-

ration du pouls. Ces modifications n'existant pas chez le sujet normal, ils traduisent un état hypersympathicotonique.

Réflexe cilio-spinal. — Le pincement de la face latérale du cou provoque une dilatation de la pupille du même côté.

Mesure de la tension artérielle et index oscillométrique. (Epreuve d'*Eppinger et Hess*). — Chez les sympathicotoniques l'injection d'adrénaline produit du tremblement, de la sensation de froid, la glycosurie, l'élévation de la tension artérielle et abaissement de l'index oscillométrique et une tachycardie.

Epreuve de tolérance aux hydrates de carbone. — L'ingestion de 100 grammes de sucre est bien tolérée par le sujet normal, le vagotonique tolère des doses supérieures, tandis que le sympathicotonique des doses beaucoup moindres. Ceci montre que l'hormone chromaffine (surrénale) possède une action hyperglycemiante et se trouve sous la dépendance du sympathique proprement

Métabolisme basal. — Le métabolisme basal est accru chez les sympathicotoniques ; chez ces derniers comme chez les basedowiens on constate un abaissement du métabolisme basal après administration des alcaloïdes électifs, inhibiteurs du sympathique (ergotamine). Voilà donc brièvement exposées les méthodes cliniques pour l'exploration du sympathique. Il faut toujours avant de poser le diagnostic de « neurotonie » à prédominance vagale ou sympathique, s'assurer s'il n'y a pas de l'irritation locale, ou « l'épine irritative » causant le déséquilibre du système organo-végétatif ; il faut noter les phénomènes digestifs qui sont bien souvent la cause de l'irritation vagale, stase cæco-ascendante, appendicite chronique, etc. ; il faut ensuite rechercher s'il y a ou non de l'intoxication exogène ou endogène, s'il y a des troubles endocrines et enfin dépister les phénomènes affectifs comme peur, chagrin, ennui, etc. qui viennent souvent troubler l'équilibre vago-sympathique.

La constatation d'une sympathicotonie doit orienter l'esprit vers l'hypothèse de dysfonctionnement thyroïdien et d'une émotion forte, la constatation d'une vagotonie, orientée vers l'hypothèse d'une lésion digestive, d'intoxication endo ou exogène, d'une infection fruste, hypofonctionnement thyrogénital et d'un état affectif dépressif.

Etude expérimentale. — Après avoir exposé la pathologie du sympathique, nous avons pensé à employer l'ergotamine, le nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle, découvert par Stoll en 1918, dans les différentes formes de sympathoses, à savoir la migraine et la maladie de Basedow-Graves. Avant d'appliquer cet alcaloïde, nous avons entrepris quelques expérimentations pour vérifier celles de Rothlin, à savoir que l'ergotamine est l'inhibiteur du sympathique.

Aux malades reconnues sympathicotoniques d'après le réflexe oculo-cardiaque — nous avons injecté de l'adrénaline (1 cc. de la solution 1 ‰) et nous avons noté une élévation de la tension artérielle, de la tachycardie, de la glucosurie et une diminution de l'index oscillométrique.

2) Aux mêmes malades nous avons simultanément injecté de l'adrénaline et de l'ergotamine (0.5 cc. 1 ‰) et n'avons noté aucune modification du pouls, ni de la tension artérielle. Il semble donc que l'ergotamine a neutralisé les effets de l'adrénaline ; le fait est important à retenir, car l'action hypoglycémiante de l'ergotamine pouvait être employée dans le traitement de diabète. Nous réservons ce travail pour l'étude ultérieure.

3) Nous avons ensuite injecté aux malades l'ergotamine seule, les résultats enregistrés furent : un léger ralentissement du pouls, léger abaissement de la tension artérielle avec une élévation de l'index oscillométrique. Avec Rothlin nous pouvons conclure que l'ergotamine est un alcaloïde électif, antagoniste de l'adrénaline, et qu'il a une affinité sympathicotrope élective. Si nous abordons la question de posologie, nous remarquons que les doses nécessaires pour démontrer cette action élective de l'ergotamine sont en général du même ordre de grandeur que pour les autres agents électifs. En thérapeutique, voici la posologie comparée de ces quatre substances dites chefs de file :

Pilocarpine	5-10	milligr.
Atropine	1/2-1	—
Adrénaline...........	1/2-1	—
Ergotamine...........	1/2-1	—

En ce qui concerne la durée de l'action physiologique, l'adrénaline et la pilocarpine ont une action beaucoup plus courte que celle de l'atropine et de l'ergotamine. Il est intéressant de noter que les deux agents accélérateurs et les deux agents inhibiteurs présentent les mêmes particularités.

Sur ces nouvelles bases physiologiques et pharmacologiques s'ouvre un vaste champ d'application thérapeutique dans le domaine des sympathoses.

Migraine. — Jusqu'en ces dernières années, la pathogénie de cette affection était des plus obscures. Les notions nouvellement acquises sur le système de la vie végétative permettent d'expliquer la migraine par un trouble vasomoteur, Dubois-Raymond, observant ses propres accès de migraine, avait dès 1860 insisté sur les phénomènes sympathiques, après avoir constaté que du côté de la douleur, il existait de la pâleur de la face que la température du conduit auditif externe était abaissée et que l'artère temporale était dure, que la pupille était dilatée. D'autre part, l'ancienne dénomination de migraine blanche et de migraine rouge dont parlent Eulenberg, Holst, Hammond, met bien en relief les variations de coloration des tissus sous l'influence du spasme ou de la dilatation paralytique des vaisseaux sous la dépendance du sympathique.

Comme l'ont bien démontré Sicard, Meige et Claude, l'angiospasme du territoire vasculaire du trijumeau ophtalmique explique la migraine simple, l'angiospasme de la région cortico-calcarienne la migraine ophtalmique.

L'excitation du sympathique, l'hypersympathicotonie est donc à la base de la migraine. Parfois on trouve « l'épine irritative » comme par exemple des troubles oculaires (astigmatisme) qui déclenchent l'accès de migraine, mais dans la grande majorité, on ne trouve aucune cause immédiate, il n'y a pas de doute, que ces malades avec la migraine présentent un terrain neuro-arthritique, souvent héréditaire et un tonus du sympathique accru.

Maladies de Basedow-Graves. — Nous avons employé avec de bons résultats l'ergotamine chez les basedowiens. Nous avons noté un ralentissement du pouls, un abaissement du métabolisme basal et une amélioration sensible de l'état psychique. Dans quelques cas, les malades présentaient de l'intolérance gastrique, des palpitations, mais ces malades avaient des troubles graves de compensation cardiaque qui est la contre-indication à l'emploi de l'ergo-

tamine. A l'étranger un bon nombre d'auteurs ont expérimenté l'ergotamine dans cette maladie (Lenbinsky, Porges, Adlersberh etc.).

Nous possédons de nombreuses observations intéressantes montrant l'action vraiment utile de l'ergotamine comme traitement des migraines.

Observations cliniques personnelles.

OBSERVATION I. — M. Jan..., âgé de 47 ans, médecin, souffre depuis l'âge de 10 ans des accès de migraine.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Considéré depuis son enfance comme un nerveux. Dans la première enfance souffrait de dyspepsie nerveuse. Il a une fille qui souffre également de migraine.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts. Mère souffrait aussi de migraine. Un de ses frères est su et aux crises de migraine. Il s'agit donc là d'une famille où la migraine se transmet héréditairement par le sexe féminin.

Histoire de la maladie actuelle. — Depuis l'âge de 10 ans, le malade souffre de crises de migraines qui reviennent au moins une fois par semaine, avec des rémissions périodiques. Une émotion, un surmenage, l'énervement, un repas copieux contenant de la viande, sont capables de provoquer une crise de migraine. Pendant l'accès, le malade éprouve une céphalée intense temporo-frontale, avec une pâleur extrême de cette région ; d'autre part, il remarque que son artère temporale devient dure et tendue et que sa pupille se dilate. La crise se prolonge parfois une demi-journée et se termine par une crise polyurique. Pour calmer ses maux de tête, il faisait usage d'une association de caféine, acide citrique et antypirine à hautes doses. L'accoutumance se produisant, le malade est obligé d'absorber le médicament chaque jour. Cette association procure au malade une certaine sensation d'euphorie. Ajoutons au tableau clinique ceci : le malade présente un psychisme particulier : état apathique, indifférence et tristesse.

Le 7 mars 1927. — Le malade reçoit des comprimés de tartrate d'ergotamine à raison de trois par jour pendant une semaine sans adjonction d'aucun autre médicament. Après un intervalle d'une semaine, le malade renouvelle le médicament. Pendant que le malade suit la cure ergotamique, il est soumis à un régime à prédominance locto-végétarienne avec purgations hebdomadaires.

Résultats obtenus. — Le malade, qui était obligé d'ingérer de fortes doses de son sédatif habituel, voit à la suite de l'administration de l'ergotamine, la céphalée cesser sans qu'il prenne d'autres médicaments. Il se plaint cependant que son appétit a diminué et qu'il ne reçoit plus les sensations agréables que lui procurait son euphorique. Il travaille mieux, son état psychique est meilleur et il se lève tous les matins avec une double surprise ; la disparition de la céphalée et l'inutilité d'absorber son analgésique. Il était bien difficile au début de déshabituer le malade de ce médicament et dans les premiers jours, il exista une sensation d'angoisse. Actuellement l'angoisse est dissipée, la céphalée dont souffrait depuis si longtemps le malade a cessé ; de temps en temps il fait une cure intermittente ergotamique pour soutenir les effets obtenus : simultanément il suit un régime lacto-végétarien et prend des purgations hebdomadaires. A l'heure actuelle, on peut dire que les résultats obtenus chez notre malade, qui présente un cas typique de migraine d'origine neuro-arthritique et héréditaire, sont très encourageants.

OBSERVATION II. — Madame N.., âgée de 22 ans souffre depuis l'âge de 16 ans de maux de tête. Réglée à 14 ans, toujours bien portante.

Antécédents héréditaires. — Père souffre de crise de migraine.

Histoire de la maladie. — Il y a 5 ans, la malade a commencé pour la première fois à se plaindre de maux de tête à prédominance vespérale. Le changement d'air, par exemple, le fait de quitter la chambre pour aller au dehors est capable de provoquer une crise de céphalée. Egalement une émotion, un énervement, provoquent une crise de migraine. La crise est accompagnée d'une douleur du fond de l'œil, la céphalée occupe la région hémicranienne. D'autre part, la malade accuse une douleur névralgique dans les jambes.

L'examen du tube digestif ne révèle aucune anaphylaxie alimentaire : on ne note pas d'eczéma, pas d'urticaire. La malade souffre cependant de constipation.

Traitement suivi. — La malade a fait usage de tous les médicaments antinévralgiques sans aucune amélioration appréciable. Je lui ai conseillé de prendre du tartrate d'ergotamine afin d'agir par inhibition du sympathique. Je lui ai prescrit une dose journalière de 3 milligrammes en comprimé pendant une semaine. Après cette application les douleurs dans les jambes et les crises de migraine cessent ; vue trois semaines après, la malade n'accusait plus de céphalée. Elle a fait une cure intermittente trois semaines après la première application de l'ergotamine et aucune crise de migraine ne se produit plus.

OBSERVATION III. — Malade, Alex... S... âgé de 25 ans, souffre depuis 5 ans de crises de migraine.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'angine de poitrine. Etait très obèse, un frère souffre également de migraine : traité également avec succès avec l'ergotamine.

Il y a 5 ans, le malade se plaint de maux de tête. Les accès surviennent tous les deux jours. Cette céphalée s'accompagne d'une douleur dans l'œil qui se congestionne. Au moment de l'accès, le malade pâlit, a des nausées, parfois des vomissements. Il sent très bien les battements de l'artère temporale qui devient dure et tendue. La crise peut durer trois à quatre heures et se terminer par une polyurie qui soulage immédiatement le malade.

L'examen du malade révèle une corpulence exagérée avec un teint légèrement cholémique. Il n'a aucune anaphylaxie alimentaire. Il a de temps en temps de la constipation.

Cœur normal : tension artérielle est de 10 1/2-7 (Vaquez).

Traitement suivi. — Le malade faisait usage de sédatifs en grande quantité. Le 10 juin 1927 est mis pour la première fois au traitement par l'ergotamine à raison de 3 comprimés par jour pendant 5 jours. Puis il la supprime pendant 3 jours ; malgré la grande chaleur qui provoquait d'habitude la crise de migraine, la céphalée avait disparu. Quelques jours après une nouvelle crise survient mais l'ingestion d'un comprimé d'ergotamine fait avorter immédiatement cette crise. Depuis ce temps le malade se sent beaucoup mieux, la lourdeur de la tête a disparu et, vu un mois après, nous n'avons noté aucune reprise de migraine.

OBSERVATION IV (Résumé). — Il s'agit d'une malade âgée de 44 ans, souffrant des accès de migraine typique d'origine neuro-arthritique héréditaire car sa mère souffrait de migraine et sa fille également. L'ergotamine a pu non seulement supprimer la douleur immédiatement, juguler la crise, mais aussi la prévenir car l'ergotamine n'est pas seulement un médicament symptomatique, mais aussi un médicament agissant sur la cause de l'affection. Cette malade qui passait des jours entiers avec des maux de tête, se sent actuellement soulagée, car les crises ne reviennent plus. Elle fait de temps en temps une cure ergotamique pour consolider les effets obtenus.

Neurasthénie. — Il faut introduire l'ergotamine dans le traitement des états neurasthéniques. Ces états restent mal définis et leur thérapeutique est insuffisante. Il est certain que la plupart des neurasthéniques présentent un système organo-végétatif déséquilibré à prédominance tantôt vagale, tantôt sympathique. Combien de malades viennent se plaindre de douleurs vagues mal définies, de dépression générale avec angoisse et s'imaginent avoir toutes sortes de maladies graves. Ces malades lassent le médecin et ne sont pas pris au sérieux. Nous sommes convaincus que la plupart de ces malades pourront être guéris facilement quand on aura fait l'exploration détaillée de leur système végétatif. Nous nous sommes occupés d'étudier ces états neurasthéniques en leur appliquant l'ergotamine comme inhibiteur sympathique et nous publierons prochainement les résultats que nous avons obtenus.

D'ores et déjà, nous pouvons dire que l'ergotamine nous a donné de bons résultats dans les cas où l'exploration du système végétatif nous a démontré l'existence d'une sympathicotonie.

L'ergotamine comme moyen d'exploration du système vago-sympathique.

Sous l'influence des travaux de Rothlin, l'ergotamine est devenue un moyen de diagnostic différentiel dans les cas difficiles à préciser où la pathologie d'une affection relève du système nerveux autonome. MORINESCO et O. SAGER sont arrivés dans quelques cas de myopathie à transformer une courbe fortement sympathicotonique en une autre presque vagotonique en pratiquant une injection intraveineuse de tartrate d'ergotamine suivie de l'injection sous-cutanée d'un milligr. d'adrénaline. La part qui revient au sympathique dans l'étiologie de troubles morbides diffus, devient décelable par l'inhibition des effets sympathicotoniques et ce moyen de diagnostic doit être connu du praticien.

Posologie de l'ergotamine.

Le traitement des sympathicotonies comporte l'administration journalière de 2 à 5 comprimés de tartrate d'ergotamine dosés à un milligr. par 24 heures pendant une à trois semaines, séparées chacune par un intervalle de 3 à 5 jours où l'on cesse l'administration de l'ergotamine. Les comprimés doivent être absorbés un par un afin de tâter la sensibilité du malade toujours accru chez les sympathicotoniques.

Il est possible d'utiliser aussi les ampoules de tartrate d'ergotamine et la dose d'une demi-ampoule à une de 1 cc. deux fois par jour.

Il est prudent d'employer des doses plus petites chez certains malades qui sont dans un stade avancé de leur maladie surtout chez les basedowiens. Chez ces derniers, il faut s'abstenir d'administrer l'ergotamine s'ils présentent des signes de décompensation cardiaque, c'est une contre-indication formelle à l'emploi de l'ergotamine.

Tous les cas de Basedow, de migraines ou autres affections sympathiques, ne réagissent pas au tartrate d'ergotamine. Les cas susceptibles ou non d'être améliorés se décèlent par le fait suivant : on fait une injection hypodermique d'une demi-ampoule d'ergotamine et si la tachycardie est influencée, on est autorisé à continuer le traitement.

Effets secondaires. — L'administration de l'ergotamine n'est pas suivie en général d'effets secondaires. On a signalé cependant dans plusieurs cas graves de Basedow des vomissements dus à l'emploi de trop hautes doses par la voie sous-cutanée (RUTZ). Le professeur PORGES signale trois cas sur une statistique de 22 cas observés, où les effets secondaires ont apparu. Ces effets se sont manifestés surtout du côté de l'appareil cardio vasculaire. Les sensations désagréables après la première injection de 0,5 cc. ont été le plus souvent les suivantes : palpitations cardiaques, maux de tête, nausées. Dans un seul cas d'administration du remède par *la voie buccale*, l'auteur a observé un phénomène d'intolérance : il s'agissait d'ailleurs non pas d'un Basedow, mais d'un trouble accusé de la compensation avec arythmie complète. Bien qu'il ne soit pas absolument certain que les malaises aient été provoqués par l'ergotamine, cet auteur déconseille de l'employer dans les cas accompagnés de troubles de la compensation.

Conclusions.

1° Les expériences physiologiques et pharmaco-dynamiques montrent que l'ergotamine est un agent électif du système organo-végétatif.

2° L'ergotamine ralentit le rythme du cœur.

3° L'ergotamine élève la tension artérielle de la grande circulation

4° L'ergotamine a une action inhibitrice sur les terminaisons sympathiques, qu'elles soient accélératrices ou inhibitrices.

5° L'ergotamine est donc l'antagoniste de l'adrénaline et doit être considérée comme un agent thérapeutique électif au même niveau que l'atropine ou la pilocarpine.

6° L'ergotamine est appliquée dans les sympathoses, c'est-à-dire, dans tous les états où le tonus sympathique est accru (maladie de Basedow, tachycardie, paroxystique, migraine, certains prurits nerveux, neurasthénie à prédominance sympathique, etc.)

7° L'ergotamine se montre très efficace dans les cas rebelles de migraine : on peut conclure, d'après nos recherches cliniques que l'ergotamine supprime la céphalée, avorte la crise et éloigne les accès.

8° La posologie de l'ergotamine est simple : on administre l'ergotamine ou bien par voie buccale en forme de comprimés titrés à un milligramme à raison de trois par 24 heures, ou en forme d'une solution au millième, aux doses journalières de 20 à 45 gouttes pendant une semaine avec un intervalle de 4 à 5 jours, ou bien par voie hypodermique ou intramusculaire à raison de 0,50 à 1 cc. deux fois par 24 heures.

9° Les troubles graves de compensation en contre-indiquent son emploi.

10° L'administration de l'ergotamine n'est suivie d'aucun trouble immédiat ou signe d'intolérance en général.

BIBLIOGRAPHIE

BIEDL et REDLICH. — *Med. Klin.*, n° 30, 1925.

BOUCKAERT. — *Revue médicale de Louvain*, n° 12, 1926.

BOUCKAERT et NYONS. — *Annales de la Société scientifique de Bruxelles*, Tome XLV, 1926

BRACK. — Thèse Durand. Bordeaux 1926.

CLARCK et BROOM. — The activity of pharmaceutical preparations of ergot. *Journ. of. Pharmacist*, 926.

DEMELIN-DERAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.

DURAND. — Thèse de Bordeaux, 1926.

ENGEL PFLUGER. — *Arckiw*. 1.211.

GUILLAUME A.-G. — Les sympathicotonies, vagotonies, neurotonies.

HAMET (Raymond). — Les principes actifs de l'ergot et leur action pharmacologique. (*La Presse médicale*, 31 déc. 1927, n° 105 et 11 janv. 1928, n° 3.)

HYMAN et KESSEL. — Congrès américain de médecine, 1926, *Journal of American medical Ass.*, 30 octobre 1926

LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique 1924, p. 388-399.

MAIER. — Congrès international de neurologie, Paris, juin 1926.

MARINESCO et SAGER. — *Bulletin* de la Section de l'académie roumaine 1926, p. 68 86.

MORETTI. — C. R. Société de Biol. n° 22, 1927.

PORGES et ADLERSBERG. — *Klin. Woch.*, n° 31 1925, n° 22, 1925.

ROTHLIN. — C. R. Soc. de Biologie. T. 99, p. 470.

ROTHLIN. — Congrès international de neurologie, Paris juin 2, 3 1926.

ROTHLIN. — *Les Sciences Médicales*, n° de juin 1926.

ROTHLIN. — *Bulletin général de thérapeutique*, n° 9, 1926.

STOLL. — Die Narsorwissencharten 1923, p. 701. 705.

TINEL. — Etudes sur le pouls cérébral. *L'Encéphale*, n° 4, 1927.

VAZEILLE. — Thèse de Paris, 1925.

Trois cas de mélitococcie d'origine parisienne,

Par R. TURPIN.

Les cas de mélitococcie provenant des régions où cette maladie sévit à l'état endémo-épidémique sont à Paris d'observation assez exceptionnelle. A plus forte raison trois exemples d'infection à micrococcus melitensis contractés à Paris et observés dans une même famille nous ont paru assez inusités pour mériter de retenir l'attention.

En juin 1927, dans une famille étrangère qui séjournait à Paris, la famille V..., deux enfants âgés de 3 et 6 ans, puis leur père, furent atteints de symptomes dont le groupement imposait l'idée de fièvre de Malte. Le début de ces troubles, fièvre, sueurs, douleurs ostéo-articulaires, anémie, splénomégalie, chez l'un des enfants datait de quinze jours environ et avait été précédé de l'ingestion de lait cru de chèvre. L'hémoculture qui ne put être effectuée qu'une fois pour chacun des enfants, fut négative, mais la réaction de Burnet (1) et le séro-diagnostic furent positifs (1/400).

Aussitôt la déclaration faite, les recherches effectuées par le service vétérinaire de la Ville de Paris permirent de dépister parmi les chèvres d'un troupeau qui fréquentait surtout l'arrondissement où habitaient ces malades, trois animaux infectés par le micrococcus melitensis.

La maladie affecta chez chacun de ces sujets, avec des variantes dans l'intensité des signes, une allure clinique de même type et surtout caractérisée par la fièvre intermittente avec oscillations quotidiennes, les douleurs ostéo-articulaires, les névralgies intéressant, chez tous les trois, les mêmes territoires, la diarrhée précédant de plusieurs jours la constipation, et chez les deux enfants, la réaction hépatosplénique avec anémie et une tachycardie tenace.

L'infection évolua de façon particulièrement sévère chez l'aîné des enfants, âgé de six ans. Pendant 106 jours, de juin à septembre, avec une courte rémission de dix jours environ vers le milieu de juillet, la fièvre paersista chez cet enfant, tantôt avec oscillations quotidiennes régulières, atteignant comme limites extrêmes 36,6 et 40,2.

La splénomégalie chez ce même enfant fut précoce : le pôle antéro-inférieur de la rate, palpable dès le quinzième jour, dépassait, un mois plus tard une ligne transversale menée par l'ombilic ; cette hypertrophie splénique, peu douloureuse apparut avant l'hépatomégalie et ne rétrocéda qu'après elle.

D'une intensité véritablement anormale furent les troubles cardiaques qui apparurent chez ce petit malade. Dès le quinzième jour de la maladie, le rythme du pouls qui suivait jusqu'alors les oscillations de la température, s'accéléra de façon insolite. Cette accélération persista même lors du retour de la température à la normale, et un mois après le début d'une guérison clinique qui persiste toujours, elle variait encore du matin au soir de 110 à 140. Durant toute la maladie, malgré son intensité, la tachycardie fut influencée par la température, s'élevant par exemple de 110 à 150, lorsque celle-ci passait de 37° à 40°.

Nous n'avons pas observé de signes de défaillance du myocarde, de modifications de la tension artérielle qui puissent être rattachées à un collapsus cardio-vasculaire, hormis un certain degré de cyanose des lèvres, des doigts, précédant de quelques instants les poussées fébriles les plus marquées. Il importe également d'ajouter que l'hépatomégalie a surtout été marquée au moment où l'accélération du pouls était la plus intense.

Une tachycardie de même caractère, quoique un peu moins violente, a été notée également chez la sœur de ce malade, âgée de 3 ans, mais non chez leur père. Cette accélération du pouls a retenu l'attention, dans une observation antérieure, de MM. Desage, Pellera et Vinerta (d'Oran), mais il s'agissait dans ce dernier cas d'une méningite mélitococcique chez une malade de 18 ans. Les deux enfants que nous avons traités n'ont pas souffert de signes cliniques de méningite, hormis un très léger Kernig éphémère pendant les accès hyperpyrétiques. L'examen du liquide spinal n'a pu être effectué.

***

En outre de ces particularités cliniques, certaines considérations thérapeutiques méritent d'être retenues.

L'un des malades, le jeune garçon, le plus atteint, fut traité par le vaccin I. O. D. de Ranque et Senez, les deux autres par une endo-protéine provenant d'une culture de bacillus abortus de Bang préparée par MM. Reilly, chef du laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, et que nous procura notre collègue le Dr Combassédès. L'injection sous-cutanée d'un demi cc. de cette préparation chez le père, alors apyrétique, provoqua un choc très violent, avec élévation de température à 41°, et phénomènes consécutiffs, diarrhée avec urticaire. Il s'ensuivit une amélioration telle qu'on put parler de guérison. Toutefois, à trois reprises, durant les trois semaines suivantes, quelques signes en rapport avec un retour offensif de la maladie durent être traités par deux injections de vaccin I. O. D. La guérison depuis juillet 1927 s'est maintenue complète.

La petite fille de trois ans fut également traitée par l'endoprotéine au 40e jour de la maladie, au moment d'une deuxième période d'apyrexie. En tenant compte de l'intensité de l'intradermo-réaction de Burnet, et du choc violent observé chez le père, nous n'injectâmes qu'un quart de cc. de vaccin. Une réaction extrêmement violente en résulta, avec convulsions, tendances syncopales, fièvre à 40°7, pouls à 140.

Quelques heures plus tard apparut la diarrhée,. Depuis ce moment, la température demeure normale. Depuis septembre, la guérison est complète.

Ce mode de traitement qui semble plutôt agir par choc qu'exercer une action spécifique et qui nous a donné des résultats comparables à ceux qu'ont rapportés MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liège, était trop brutal pour que nous puissions l'appliquer à notre troisième malade. Avec toutes les précautions qu'exigeaient ses troubles cardiaques, celui-ci fut donc traité par le vaccin I. O. D. Il reçut aux 61e, 65e, 68e, 72e, 77e, et 88e jours de sa maladie 1/16e, 1/16e, 1/12e, 1/8e, puis 1/4 de cmc. du vaccin de Ranque et Senez. Chaque injection fut suivie le jour même puis le lendemain de petits signes de collapsus, puis de frissons, fièvre, sueurs, et recrudescence des signes douloureux. Sous l'influence de cette thérapeutique réttrocédèrent successivement les sueurs, les douleurs, la constipation, l'état saburral de la langue. Ce n'est que plus tard que la fièvre, car ce traitement avait dû être appliqué en période fébrile, fut influencée et disciplinée. L'apparition des accès journaliers fut de plus en plus tardive, leur durée de plus en plus courte, leur degré de moins en moins élevé. En troisième lieu rétrocédèrent le météorisme abdominal, et en partie l'hépatomégalie, puis la tuméfaction splénique. Enfin, cédèrent au traitement l'amaigrissement, l'asthénie, l'anémie. Ces derniers signes cependant avaient pu être atténués dès la phase d'état de la maladie par une alimentation substantielle dont le malade tira grand bénéfice. Somme toute, le vaccin I. O. D. détermina chez notre malade des résultats comparables à ceux qu'ont en particulier relatés MM. E. Sergent, R. Mignot et R. Kourilsky ; ce vaccin semble agir à la fois par immunisation active et par choc protéique. Par ailleurs, l'endo-protéine que nous avons utilisée, après avoir déclanché une réaction très violente, nous a donné des résultats aussi heureux qu'à MM. Courtois-Suffit et à ses collaborateurs. Il nous paraît difficile d'apprécier sa spécificité, car son efficacité semble directement en rapport avec l'intensité du choc qu'elle détermine ; or, l'observation de MM. Fabre, Gaté et Bellé en apporte la preuve : la mélitococcie semble une infection assez sensible aux chocs thérapeutiques. Tout au plus pourrait-on parler ici de choc protéique spécifique, si l'identité du micrococcus de Bruce et du coccus de Bang était définitivement admise.

(1) La toxine utilisée pour les intra-dermo-réactions provenait d'une culture de bacillus abortus, elle n'a pas exercé sur l'évolution de la maladie l'influence heureuse qu'ont notée MM. Lemierre, Marchal et Jaubert, d'une part, MM. R. Debré, Julien Marie, et P. Giroud, d'autre part, à la suite d'intra-dermo à la mélitine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fistule artério-veineuse de l'artère et de la veine axillaires bases,

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

L'évacuation sur le Val-de-Grâce d'un certain nombre de blessés du Maroc m'a permis de réunir, pour vous les présenter aujourd'hui, trois malades atteints de lésions vasculaires décrites sous le nom d'*anévrysmes artério-veineux.*

Deux de ces malades ont déjà été opérés et débarrassés de leur anévrysme et ne présentent plus par conséquent qu'un intérêt rétrospectif ; mais l'étude anatomique et fonctionnelle du membre atteint n'en est pas moins inressante à poursuivre pour juger de l'efficacité du traitement qui leur a été appliqué.

Le troisième malade qui fera plus spécialement l'objet de notre étude aujourd'hui, présente tous les signes de la communication artério-veineuse. Il nous est donc loisible d'examiner sur lui les manifestations de cette curieuse affection.

Je vous rappelle qu'on donne le nom d'*anevrysme artério-veineux* à une lésion d'origine le plus souvent traumatique et qui est constituée essentiellement par une *communication anormale* qui s'est établie entre une artère et une veine situées en contiguïté ou au voisinage anatomique immédiat l'une de l'autre.

Cette communication anormale entre un vaisseau artériel et un vaisseau veineux, peut présenter des modalités anatomiques d'organisation différentes, ce qui détermine les divers types anatomo-pathologiques d'anévrysmes artério-veineux.

Dans les cas les plus simples, il s'agit d'une *simple communication entre l'artère et la veine* sans modifications des parois vasculaires et sans poche intermédiaire. C'est une véritable *fistule artério-veineuse.*

A côté de cette forme, on peut voir les *deux vaisseaux communiquer par un mince pédicule creux* donnant à l'ensemble la forme d'un H dont une branche est représentée par la veine, l'autre par l'artère et le trait transversal par le canal de communication intermédiaire.

Un degré de plus, et ce *canal intermédiaire peut être dilaté* pour former entre les deux vaisseaux sains une *poche anévrysmale* de grosseur variable.

Souvent enfin, la communication vasculaire s'accompagne d'une *ectasie* portant soit sur la veine seule, soit sur l'artère seule, soit sur les deux vaisseaux.

Quand la dilatation porte sur la veine il s'agit d'un *anévrysme enkysté veineux.*

Si c'est l'artère qui est dilatée, on a au contraire affaire à un *anévrysme enkysté artériel.*

Un point important à déterminer au point de vue du traitement est de savoir s'il débouche ou non des collatérales dans le sac.

Or, il est bien évident que lorsque le sac est uniquement constitué par la dilatation d'une poche intermédiaire à la veine et à l'artère, il ne peut y avoir de collatérales à déboucher dans ce sac puisqu'il n'est pas développé aux dépens des parois artérielles d'où pourraient partir ces collatérales.

Au contraire, quand il existe une poche anévrysmale développée aux dépens de l'artère, soit de la veine, on conçoit fort bien que si une ou plusieurs collatérales naissaient au niveau du point dilaté, ces collatérales s'ouvrent à plein canal dans l'anévrysme.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes les modalités peuvent se combiner. En particulier Cunéo a vu un sac artériel qui se vidait par plusieurs orifices dans la veine.

La lésion peut rester uniquement localisée aux vaisseaux sanguins, mais s'accompagner aussi, en raison des connexions anatomiques des vaisseaux et des nerfs dans les gros paquets vasculo-nerveux, de *lésions concomitantes des troncs nerveux* ; le développement progressif de la tumeur peut aussi amener secondairement des *lésions de voisinage* ou des *complications d'ordre vasculaire.*

Enfin, le nouveau régime circulatoire qui s'établit en raison de la communication anormale artério-veineuse, détermine à des degrés divers des *troubles soit de la circulation périphérique*, soit de la *circulation centrale* qui méritent de retenir l'attention et qui entrent pour une part importante dans la détermination des moyens thérapeutiques à employer pour combattre cette grave affection

Je vous ai déjà dit que les anévrysmes artério-veineux étaient presque toujours d'origine traumatique. En effet c'est le plus souvent une blessure, intéressant à la fois les deux parois, artérielle et veineuse, qui est à la base d'une mise en communication ultérieure des deux vaisseaux.

L'établissement définitif de cette communication, n'est du reste que le résultat de l'organisation secondaire d'un état primitif constitué par un hématome artério-veineux. La première manifestation clinique du double traumatisme vasculaire est en effet une hémorragie à la fois veineuse et artérielle.

Quand le malade guérit, et présente ultérieurement un anévrysme artério-veineux, cela indique que cet hématome a évolué spontanément vers la guérison.

Cette heureuse condition est généralement réalisée par les hématomes profonds, en communication difficile avec les plans superficiels et les plaies d'entrée et de sortie de l'agent traumatisant ; car, sans cette particularité l'hémorrhagie aurait soit enlevé rapidement le malade, soit nécessité une intervention d'hémostase rapide qui, si elle était de nature à sauver le blessé était également propre à supprimer les lésions primitives pouvant permettre la mise en communication ultérieure de la veine et de l'artère lésées.

Ces quelques notions théoriques vont maintenant mieux vous faire saisir l'histoire de notre blessé.

Observation :

H.... sous-officier au 63e régiment d'artillerie coloniale, au cours d'un engagement en Syrie, est frappé par une balle tirée à distance qui traverse en séton la région de l'aisselle droite.

En même temps qu'il reçoit une violente commotion, qui se répercute jusque dans la main, il s'écoule par les deux orifices punctiformes de sa blessure, une petite quantité de sang rouge.

L'hémorragie s'arrête d'elle-même au bout de quelques minutes. On ne pratique aucune autre intervention que la simple applicatiou d'un pansement sur les orifices punctiformes d'entrée et de sortie du projectile.

Au dire du malade, deux jours après sa blessure, le chirurgien qui l'examine fait déjà le diagnostic d'anévrysme artério-veineux dont il trouve tous les signes essentiels. Il avait donc suffi de 48 heures pour qu'une communication stable s'établisse entre l'artère et la veine axillaires, précédée d'une hémorragie externe à peu près négligeable et sans qu'on puisse dire qu'il y ait eu formation d'un hématome important dans l'aisselle.

Ce point sera à retenir tout à l'heure quand nous discuterons la forme d'anévrysme artério-veineux dont est atteint notre malade.

Evacué le 12 octobre 1925, c'est-à-dire 4 mois après la blessure, sur la Val-de-Grâce, c'est à ce moment seulement que nous l'examinons pour la première fois.

Localement, on constate deux cicatrices punctiformes situées l'une au ras du bord inférieur du grand pectoral à 4 cm. de son insertion humérale.

L'autre à la partie moyenne de la paroi postérieure de l'aisselle en plein muscle grand rond.

BIBLIOGRAPHIE

Nasal Neurology, Headaches and eye disorders. (Neurologie nasale, cépgalée et troubles oculaires), par GREENFIELD SLUDER, 1927. (167 illustrations et 2 planches de couleur.) Cv. Mosby Company, éditeur, St-Louis.

La personnalité de l'auteur qui décrit ce « syndrôme du vacuum sinus », bien étudié par les otologistes, les ophtalmologistes et les neurologistes, justifie l'intérêt tout particulier de cette monographie mettant au point des problèmes d'actualité. La documentation clinique très nourrie des 113 observations sur laquelle il s'appuie, donne plus d'autorité encore à l'originalité de ses vues.

Il n'est pas possible à un oto rhinologiste, à un ophtalmologiste et à un neurologiste de ne pas se reporter à ces études sur les céphalées frontales, à la névralgie ethmoïdale antérieure, au syndrôme du ganglion sphénopalatin et aux troubles nerveux de voisinage apparus au cours des sphénoïdites hyperplastiques.

Un chapitre nous semble particulièrement suggestif et original, c'est celui concernant quelques problèmes neurologiques ou physiologiques dont les vues critiques doivent être lues attentivement et méditées.

On ne peut manifester qu'un regret après avoir parcouru cet ouvrage fondamental, c'est qu'il soit suivi d'une bibliographie dans laquelle les travaux français (ceux de l'Ecole de Strasbourg en particulier) qui se rapportent immédietement à cette importante question sont à peu près totalement passés sous silence.

S'il daigne parcourir la table des matières des revues oto-neuro-ophtalmologiques des quelques dernières années, l'auteur se rendra compte de l'étendue de cette lacune. Elle part, en effet, des travaux initiaux de Ménière (1888) sur la guérison des céphalées par cautérisation des cornets antérieurs de Lermoyez (1906), de Tetrop (1913), de Raoult (1914), de Morenier (1914), pour aller jusqu'à ceux tout récents de Duverger. Duteilhet de Lamothe, Canuyt, Barré, Dufourmentel, Liebault, Worms, parmi lesquels seuls celui de Ramadier a trouvé grâce devant l'ostracisme bibliographique de M. Sluder que nous regrettons profondément.

Lucien CORNIL (Nan).

L'Ecole française de gravure des origines à la fin du XVI siècle, par L. Lieure. 24 illustrations hors-texte. 1 volume de la collection « A travers l'art français ». Prix : 15 fr. La Renaissance du Livre, boulevard Saint-Michel, Paris.

Cet ouvrage, copieusement illustré, s'attache surtout à l'étude des différentes techniques de l'Ecole française, il note les diverses phases de leur évolution, en recherche les causes, en constate les effets.

Il s'efforce de démontrer l'utilité pratique de la gravure, il tend à préciser le rôle qu'elle a été appelée à jouer, au cours des différentes périodes de notre histoire. Et en déterminant l'influence qu'elle a exercée, il précise les différentes phases qui ont présidé au dévelorpement de cette influence.

Les plats régionaux de France, par AUSTIN DE CROZE, 1 vol. Prix: 15 fr. Editions Montaigne, 13, quai de Conti, Paris.

Dans ce volume compact de 450 p. on trouvera des recettes classées, judicieusement choisies, la plupart très simples et presque toutes très faciles à exécuter. Les maîtresses de maison et les amphitryons peuvent le considérer comme un guide leur permettant de composer des menus tout à la fois originaux et adaptés à la saison, de véritables et authentiques « journées régionales gastronomiques ».

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La médication bromurée en médecine générale — (Dr. J. M. SACAZE — *Concours Médical*, Paris, 1928, n° 13.

La médication bromurée est indiquée de multiples fois dans la pratique quotidienne : éréthisme nerveux, sous toutes ses formes phénomèmes excito-moteurs, cérébro et bulbo-médullaires, crises d'angoisse, anxiété, agitation, insomnies, tous les symptômes nerveux des affections cardiaques (névro-es tachycardiques en particulier), des maladies du tube digestif (dyspepsies, solairalgies, gastro-entérites), de l'appareil uro-génital (vaginisme, incontinence d'urine, spermatorrhée, érections nocturnes, etc.), certaines formes d'asthme, de migraine, de nombreuses dermatoses et, chez les enfants convulsions, chorée, coqueluche, spasme de la glotte, etc. Toutefois, il est essentiel de choisir le bromure et la forme sous laquelle il faut l'administrer. De l'avis de tous les cliniciens, le meilleur bromure à utiliser est le bromure de sodium qui n'a pas d'effets dépressifs sur le cœur et qui est admirablement supporté par tous les malades, même par les enfants. D'autre part, il faut employer exclusivement un bromure de sodium dont on est absolument sûr et l'administrer en solution chaude suffisamment étendue d'une manière qui dissimule bien son goût un peu spécial. Mieux que les sirops, qui fermentent facilement, mieux que les solutions aqueuses, dont la saveur est souvent désagréable, le sédobrol permet de faire prendre le bromure de sodium sous une forme particulièrement agréable ; cet extrait de bouillon végétal concentré, achloruré et bromuré est toujours très bien accepté même par les personnes délicates, et dosé à un gramme de bromure de sodium par tablette, il permet toutes les modalités de la médication bromurée ; d'autre part, et c'est un point de pratique extrêmement important, le sédobrol réalise le seul moyen vraiment élégant de faire absorber du bromure à un patient sans qu'il s'en doute on sait en effet que, dans le public, le bromure a une réputation fâcheuse ; on croit volontiers que c'est un médicament exclusivement indiqué dans les névrosee graves, comme l'épilepsie par exemple, et on proclame qu'il « abrutit » le malade ; d'où cette phobie du bromure, qui a existé qui existe certes encore, mais que le sédobrol contribue à faire disparaître peu à peu.

Si l'on réunit par une ligne droite ces deux traces d'entrée et de sortie du projectile on se rend compte que cette ligne occupe le paquet vasculo-nerveux et l'aisselle, à peu près au niveau du bord inférieur du grand pectoral, c'est-à-dire au point où les vaisseaux axillaires se continuent avec les vaisseaux huméraux.

En regardant très attentivement l'aisselle à jour frisant à ce niveau, on constate une très légère *tuméfaction* animée de très légers *mouvements d'expansion*.

Mais, ce sont surtout la *palpation* et l'*auscultation* de la région qui permettent de découvrir les signes vraiment pathognomoniques de la lésion dont est porteur ce blessé.

La main posée à plat dans l'aisselle, *sans faire de compression*, perçoit une très *petite tuméfaction fusiforme*, molle allongée dans le sens des vaisseaux, *battant en synchronisme avec le pouls radial* et subissant à chaque impulsion cardiaque une légère *expansion*. De plus, la palpation superficielle de la région amène la perception d'un signe absolument particulier et dit-on pathognomonique d'une communication artério-veineuse, décrit par les auteurs anglais sous le nom de *Thrill*. C'est en effet une sorte de vibration rapide, constante, renforcée, pendant le systole.

Un stéthoscope placé sur la région permet de percevoir un *souffle continu à renforcement systolique* très net, qui s'étend très loin vers le thorax, et, à la périphérie, jusqu'au coude.

En résumé : *petite tumeur pulsatile et expansive, thrill continu et souffle continu à renforcement systolique*, tels sont les signes cardinaux qui vous permettent déjà de porter le diagnostic de communication artério-veineuse.

La première idée qui vient après la constatation de cette lésion, c'est de vérifier l'état fonctionnel de ce membre irrigué de façon anormale.

Le bras et l'avant-bras sont légèrement amaigris (1 cm. à la partie moyenne du bras, 2 cm. à la partie moyenne de l'avant-bras).

Le pouls radial examiné par simple palpation paraît sensiblement égal des deux côtés. De fait un tracé sphygmographique montre une très légère diminution dans la poussée systolique mais aucun retard dans la pulsation. De ces deux symptômes, le premier est en faveur d'une légère diminution de la quantité de sang affluent à chaque systole dans la radiale ; l'absence de retard du pouls est au contraire en faveur de l'absence de toute dilatation artérielle importante.



FIGURE 1.

La prise de la tension artérielle au Pachon confirme ces données cliniques.

Membre gauche sain : Mx 15 : Min. 9.

Membre droit blessé : Mx 14 : Min. 7 1/2.

Il y a donc à vrai dire de bien légers troubles circulatoires dans ce membre. Mais il convient aussi de retenir ce fait très important que la circulation artérielle de son bras se fait entièrement par l'artère principale à travers la lésion anévrysmatique et sans développement appréciable, d'une circulation collatérale. Nous verrons à propos du traitement de ces forme d anévrysme par la ligature, combien dans ces conditions la ligature peut être dangereuse. Cependant, ce malade accuse une assez grosse impotence fonctionnelle partielle.

Elle n'est certainement pas de nature vasculaire : il faut chercher ailleurs : et, dans le cas présent, la connaissance des rapports étroits entre les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle doit aiguiller votre examen vers les différents nerfs qui commandent les mouvements des muscles du bras, de l'avant-bras et de la main ainsi que la sensibilité des territoires auxquels ils sont destinés.

Le radial, le musculo-cutané, le cubital, paraissent intacts, seul le médian paraît touché. En effet le rond pronateur, le grand palmaire, le petit palmaire, restent flasques dans les mouvements de pronation et de flexion de la main, qu'essaye d'ébaucher le malade.

Il ne peut ni fléchir la 2e phalange du pouce (fléchisseur propre) ni fléchir la 3e phalange de l'index et du médius (fléchisseur profond dont les deux faisceaux externes sont innervés par le médian).

Il peut au contraire fléchir les deux dernières phalanges de l'annulaire et de l'index dont les mouvements sont comme vous le savez sous le contrôle des faisceaux du fléchisseur profond innervés par le cubital.

Tous les faisceaux du fléchisseur superficiel, ayant comme action de la 2e phalange sur la première aux quatre derniers doigts et sous le contrôle du médian inactifs.

Par contre le malade fléchit bien la 1re phalange sur le métacarpe (action combinée des lombricaux et des interosseux) à cette différence près que le mouvement est beaucoup plus mou dans les 2e et 3e doigts dont les lombricaux sont innervés par des filets du médian.

Les mouvements d'opposition du pouce sont impossibles et l'on retrouve facilement tous les tests de Pitres, de Froment, etc...

Du reste, l'examen électrique demandé au laboratoire de physiothérapie a donné le résultat suivant :

« Réaction de dégénérescence du médian dans le creux de l'aisselle à droite, caractérisée par l'absence de faradique au nerf et aux muscles, absence de galvanique au nerf, avec hypoexcitabilité galvanique des muscles innervés par le médian et contractions lentes ».

Je passe rapidement sur l'examen sensitif qui dénote une notable hypoesthésie à tous les modes dans le domaine du médian. La sensibilité est normale dans les autres territoires nerveux.

La lésion vasculaire paraît donc ici compliquée d'une lésion nerveuse qui prend à son compte la plus grande part de l'impotence fonctionnelle et qui gêne beaucoup plus le malade que son anévrysme, dont il ne semble guère se soucier.

Cependant, une réflexion du malade n'est pas à négliger dans le pronostic et dans la recherche du meilleur traitement à appliquer.

Il lui semble dit-il que depuis quelque temps sa sensibilité s'améliore, qu'il peut esquisser quelques mouvements qu'il ne pouvait pas faire auparavant et que les battements et le thrill qu'il perçoit dans son aisselle tendent à diminuer.

Ne seraient-ce pas des signes de rétrocession de l'anévrysme et de restauration du nerf médian ?

Dans le doute, avant de rien entreprendre, et puisque rien ne menace, nous envoyons le malade en convalescence d'un mois, pensant, après cette période, comparer son état à celui qu'il présentait lors de notre premier examen.

Ce deuxième examen a été en effet pratiqué ces jours-ci dans le service avec beaucoup de soins par notre camarade Lacambre et par moi-même.

Nul doute que les signes vasculaires et nerveux n'aient rétrocédé.

L'examen visuel de l'aisselle ne permet plus de constater la moindre expansion. Le souffle et le thrill persistent toujours, mais paraissent beaucoup moins accentués et se propagent beaucoup moins loin vers l'avant-bras et le thorax.

La sensation d'expansion perçue à la main paraît tout à fait limitée à un petit segment correspondant vraisemblablement à une forte portion de la veine axillaire.

De plus, si l'on explore avec soin, avec le bout du doigt, la portion dilatée, soufflante et thrillante, on arrive à percevoir un point très net, gros comme une lentille d'où semblent partir tous les symptômes qui cessent

instantanément dès qu'on appuie légèrement le doigt pour comprimer ce point.

Je ne puis mieux vous exprimer ma sensation qu'en vous disant qu'on croirait boucher avec la pulpe du doigt le trou d'une flute ou d'une clarinette.

J'avoue que j'accorde une grosse importance à ce signe qui permet.à mon sens,de préciser le diagnostic non plus d'anévrysme artério-veineux, mais plus exactement de fistule artério-veineuse, avec petit orifice de communication, intégrité probable de la lumière artérielle et légère dilatation veineuse.

Nous verrons plus loin combien ces signes précis joints à la notion d'une régression sensible et progressive de la lésion sont importants pour établir un pronostic et diriger un traitement.

Quant au nerf médian, il a subi une transformation totale.

La sensibilité est à peu près rétablie. Tous les muscles antérieurement paralysés se contractent sous l'influence de la volonté. Le malade oppose son pouce, gratte la table avec la pulpe de son index, fait activement des mouvements de pronation.

La régénération du nerf médian s'effectue donc normalement et sera bientôt totale.

Et cependant, Messieurs, l'examen électrique, refait ces jours-ci conclut toujours à une réaction de dégénérescence, ce qui apporte dans ces cas particuliers, une preuve de plus à l'appui de la notion actuellement bien connue : à savoir que la réapparition des mouvements volontaires précède toujours, dans les régénérations nerveuses, la reprise des fonctions électriques normales du nerf lésé.

Pour terminer avec ce nerf qui ne sera plus en cause dans quelques semaines, disons qu'il avait probablement présenté une forte contusion au moment du traumatisme initial, qu'il n'y avait pas sans doute perte de la continuité dans les fibres sensitives ou motrices, et que cette simple commotion ou cette contusion qui a pu s'accompagner de légère compression par l'hématome, par quelques infiltrations sanguines perifasciculaires a rétrocédé avec la résorption des épanchements.

Seule maintenant, la communication artério-veineuse nous intéresse encore, car il convient de porter sur son évolution un pronostic sur lequel sera également établi un traitement rationnel.

En matière de lésion artérielle, un point est toujours utile à préciser.

Quel est l'endroit exact où porte la lésion ?

Vous savez, en effet que le rétablissement de la circulation dans les lésions artérielles est en partie fonction de la disposition des collatérales par rapport à cette lésion, et que la grosse préoccupation de tous les chirurgiens qui interviennent sur les artères est toujours de savoir si, oui ou non, le membre continuera à être suffisamment nourri après une intervention oblitérante telle qu'une ligature.

Chez notre malade, deux éléments indiquent le point exact de la lésion artérielle : le trajet suivi par le projectile et le fait que toute symptomatologie cesse dès qu'on applique une pression douce sur un point très localisé et très précis du trajet des vaisseaux.

L'étude de ces signes fait préciser que la communication artério-veineuse porte sur la terminaison des vaisseaux axillaires, entre la naissance du tronc circonflexe et la première collatérale humérale.

Ce point de détail est important à retenir car le hasard a justement placé la lésion sur la *zone dite dangereuse des vaisseaux axillaires.*

Vous savez en effet qu'après ligature ou oblitération de l'artère axillaire, le rétablissement de la circulation se fait par l'intermédiaire du cercle artériel péri scapulaire et que plus la ligature est haute, et plus les voies collatérales unissant la sous clavière à l'axillaire restent nombreuses pour assurer le passage du sang à la périphérie du membre.

Au contraire, quand on oblitère l'artère axillaire en dessous des circonflexes, les voies collatérales disséquables permettant au sang de passer de l'axillaire dans l'humérale sont réduites aux fines ramifications qui, partant de la collatérale externe supérieure, vont par la gouttière bicépitale rejoindre le cercle circonflexe.

La voie de rétablissement serait donc précaire si un fin réseau artériel contenu en particulier dans les muscles voisins des vaisseaux ne préparait des voies de retour au sang artériel arrêté au niveau de la ligature, voies qui se développeront, s'élargiront au cas où la circulation axillaire serait arrêtée par une ligature basse.

Il n'en est pas moins vrai que cet anévrysme artério-veineux bas est mal placé et que ce n'est pas sans crainte qu'il faudrait envisager l'éventualité d'une ligature artérielle à ce niveau.

Dans tous les cas, il conviendra, avant de prendre une décision, de s'assurer par des moyens appropriés que le rétablissement de la circulation collatérale sera possible et suffisant au cas de ligature artérielle pour continuer à assurer la nutrition et les fonctions du membre.

Je vous ai laissé enfin entrevoir au début de cette leçon que le nouveau régime circulatoire établi par la communication artério-veineuse pouvait, devait déterminer des troubles plus ou moins importants dans la circulation périphérique ou centrale.

En effet le sang artériel destiné à la périphérie passe, partie dans l'artère, partie à travers l'orifice de communication. Il en résulte : 1° un apport moindre de sang artériel à la périphérie ; 2° que le sang artériel passant dans la veine tend à dilater cette dernière, fait pression dans le bout périphérique pour ralentir la circulation du sang venant de l'extrémité du membre et se rendant à la racine ; 3° qu'enfin une partie du sang artériel entraîné par la circulation veineuse vers le cœur surcharge d'autant l'oreillette droite, amenant ainsi une dilatation du cœur droit et une véritable asystolie avec insuffisance cardiaque.

Les troubles cardiaques, bien observés en particulier par M. le professeur Delbet, cessent du reste dès que l'anévrysme artério-veineux est supprimé et M. Leriche les a vus s'arrêter immédiatement sur la table d'opérations au cours d'une intervention.

Chez notre malade aucune atteinte ne semble avoir été portée soit au régime de la circulation périphérique soit à la circulation centrale.

Les bruits de son cœur sont nets, bien frappés, son aire cardiaque est normale et il ne présente aucune dyspnée d'effort.

En réalité pour nous résumer nous dirons :

Ce malade est atteint d'*anévrysme post-traumatique artério-veineux des vaisseaux axillaires en dessous des circonflexes. La lésion semble réduite à une petite communication entre l'artère saine et la veine légèrement dilatée. Le nerf médian commotionné et contusionné par le traumatisme est en voie de régénération. La lésion vasculaire elle-même semble rétrocéder lentement et progressivement.*

La circulation principale du membre semble se faire à peu près normalement par les troncs principaux du membre et il n'y a par conséquent pour ainsi dire pas de circulation collatérale préparée pour pallier à une oblitération brusque de l'artère axillaire dans un point où la ligature passe pour dangereuse. Il n'y a pas de troubles cardiaques et les troubles fonctionnels légers dont se plaint aussi ce malade ne semblent pas pouvoir être rapportés à un manque d'irrigation artérielle, à une claudication intermittente d'origine vasculaire, mais être au contraire d'origine purement nerveuse et en voie de guérison.

En présence de ce complexus symptomatique, quel pronostic porter, quelle décision prendre ?

Le rappel de quelques notions fondamentales relatives au pronostic et au traitement des anévrysmes artério-veineux va vous permettre de répondre à ces deux questions.

L'expérience de la guerre basée sur un assez grand nombre de cas (91 cas réunis par Grégoire en 1919) permet d'arriver aux conclusions générales suivantes :

Il faut pratiquement distinguer les anévrysmes artério-veineux, volumineux, progressifs et au contraire les petits anévrysmes ne provoquant pour ainsi dire aucun trouble.

Gros anévrysmes. — *a*) Si l'anévrysme est gros, gênant, superficiel, s'il a tendance à augmenter de volume, s'il risque de s'infecter, si surtout il détermine des douleurs, des troubles circulatoires périphériques ou des troubles cardiaques, *il faut opérer*.

Quelle opération pratiquer ?

Si l'anévrysme est *intermédiaire*, constitué par une poche située entre l'artère et la veine, dont les parois sont restées saines, le mieux est de lier ce pédicule intermédiaire à ses deux extrémités et d'extirper la poche si possible.

Quand il existe une *ectasie* portant soit sur l'artère, soit sur la veine, soit sur les deux, que faire ?

Les avis sont partagés.

A) *Quadruple ligature.*

Les uns (Baudet, Walther, Duval, Schwartz, Rouvillois, etc..) préconisent la *quadruple ligature* avec si possible l'extirpation du sac, car ils croient que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, cette quadruple ligature ne compromet pas la circulation si elle est faite dans certaines conditions et avec certaines précautions que nous verrons plus loin. Delbet recommande en outre quand on extirpe le sac, de bien s'assurer de la ligature de toutes les collatérales qui pourraient y déboucher.

B) *Méthodes conservatrices.*

Certains chirurgiens, craignant d'interrompre le courant circulatoire, surtout s'il s'agit des artères dites dangereuses (fémorale commune, carotide, tronc tibio-péronier) (Delbet) préconisent de préférence les *opérations conservatrices*.

a) En cas de communication artério-veineuse large mais sans dilatation des vaisseaux, on peut séparer veine et artère et pratiquer sur chacun des vaisseaux une suture latérale.

b) Lorsque la dilatation ne porte que sur la veine on peut traiter cet anévrysme à la manière de Matas en ouvrant la dilatation veineuse et en suturant l'orifice artériel par l'intérieur de la poche veineuse.

La dilatation veineuse est ensuite réséquée entre deux ligatures et l'on peut même se servir de la portion veineuse attenante de la poche pour renforcer la suture artérielle par une véritable autoplastie surajoutée.

c) *Quand la dilatation porte sur l'artère seule* la conduite est plus délicate.

A défaut de la quadruple ligature on peut procéder de la manière suivante :

1° Séparer veine et artère, faire une suture latérale à la veine et lier les deux bouts artériels.

2° Séparer les deux vaisseaux, faire une suture latérale veineuse et procéder à une anévrysmorrhaphie reconstitutive, à la manière de Matas ou d'Hallopeau sur l'artère.

3° Séparer les deux vaisseaux, suturer latéralement la veine, reséquer le segment artériel et suture les deux bouts de l'artère.

4° Séparer les deux vaisseaux, reséquer la dilatation artérielle, faire une greffe en se servant de la veine adjacente dont une quantité suffisante sera reséquée entre deux ligatures.

d) *En cas de grosse poche intermédiaire*, on peut :

1° Ouvrir la poche et pratiquer des sutures oblitératives endo-anévrysmatiques à la manière de Matas. Mais ce procédé ne présente aucun avantage sur la quadruple ligature. Il a au contraire l'inconvénient de laisser le sac en place.

2° Il vaut mieux, quand on le peut, ouvrir la poche et pratiquer une anévrysmorrhaphie restauratrice qui laisse intacte la lumière des deux vaisseaux. Les cas sont rares où les dispositions anatomiques de la poche permettent l'application de cette méthode.

c) Enfin dans certains cas très particuliers où il conviendra à tout prix de conserver la lumière vasculaire artérielle on pourra combler la perte de substance artérielle par une anévrysmoplastie faite aux dépens d'un fragment de la paroi veineuse à la manière de Pasting.

D'une manière très générale, on se rappellera qu'en matière de chirurgie conservatrice dans les anévrysmes artérioveineux il sera logique de conserver toujours de préférence la continuité artérielle, aux dépens du système veineux.

Du choix d'une méthode.

Que devez-vous choisir parmi des interventions ? Il est évident que les opérations conservatrices (artériorrhaphie anévrysmorrhaphie, greffes) sont très séduisantes pour l'esprit et pourront être tentées toutes les fois que ce sera possible surtout s'il s'agit de vaisseaux dits dangereux. Cette méthode a donné de très bons résultats, mais *les conditions de sa réalisation la rendent d'une pratique très peu courante.*

Indépendamment du fait qu'elles nécessitent la présence d'un chirurgien rompu à la chirurgie vasculaire l'état des lésions, la nature de l'artère (vertébrale) ne permettent pas souvent sa réalisation.

La quadruple ligature faite le plus près possible du sac reste donc la ressource commune presque toujours applicable. Les résultats obtenus sont de nature à conseiller cette opération qui est considérée par certains (Baudet, Schwartz et Walther) comme la méthode de choix.

Les deux malades que je vous présente ici en sont de vivants exemples.

Le premier, le caporal L..., blessé le 7 août par un éclat de grenade au niveau du tiers inférieur de la jambe droite présentait un vaste hématome qui ne fut ouvert que le 11 septembre.

Au fond de la poche remplie de caillots, on trouva la tibiale postérieure ouverte latéralement sur 7 cm. environ en contact avec la veine qui présentait symétriquement les mêmes lésions.

Mais il n'y avait pas encore d'organisation visible faisant communiquer les deux vaisseaux. Ici la masse de l'hématome n'avait pas encore permis la constitution schématique de la communication artério-veineuse qui ne serait sans doute organisée que plus tard.

Une quadruple ligature pratiquée en amont et en aval des quatre bouts vasculaires met fin à tous les accidents. Les troncs intermédiaires furent extirpés.

Quoique en apparence guéri, l'examen établit que ce malade décèle de légers troubles qu'on peut rapporter en partie à une petite déficience vasculaire.

Son pied du côté lié se fatigue plus rapidement que du côté sain (claudication intermittente) il présente quelques troubles vaso-moteurs (œdème le soir et après la fatigue) acrocyanose légère, hyperhydrose plus marquée que du côté opposé.

Il ne présente pas de troubles trophiques vrais, mais accuse des troubles subjectifs et fugaces de la sensibilité, caractérisés par des fourmillements et des douleurs lancinantes intermittentes dans le pied droit, et cela sous les influences les plus diverses. Sa plaie d'intervention n'est pas encore cicatrisée et présente un aspect atone.

Enfin il présente une légère différence dans la tension artérielle prise aux deux pieds :

Pied sain : Mx 16. Min. 9.

Pied atteint : Mx 15. Min. 8.

Encore est-il vrai de dire qu'aux extrémités la circulation collatérale est si riche qu'on ne saurait jamais craindre des complications vasculaires graves après ligatures d'un seul tronc artériel.

La situation était différente en ce qui concernait les lésions présentées par cet autre malade :

Obs. C... Jules, adjudant est blessé le 14 juillet 1925 par

des éclats de grenade dont les uns pénètrent dans la région tibio-tarsienne gauche ; les autres dans la région de l'aisselle droite qui seule maintenant nous intéresse.

Vaste hématome immédiat nécessitant une exploration chirurgicale de l'aisselle.

Après les précautions d'usage, on découvre une plaie latérale de l'axillaire immédiatement au-dessous de la sous-scapulaire. Elle est accompagnée d'une plaie tangentielle semblable de la veine.

Une quadruple ligature est pratiquée qui met fin à tous les accidents.

Ici encore il s'agissait d'un hématome artério-veineux. avant sa constitution en anévrysme artério-veineux, mais il importe surtout de rechercher quel a été le résultat de la quadruple ligature, bien que, d'une façon générale, cette quadruple ligature précoce soit toujours plus dangereuse qu'une quadruple ligature pratiquée plus tard sur une région organisée et où par conséquent la circulation collatérale a pu se développer. Actuellement, le malade présente une longue cicatrice opératoire en T de l'aisselle gauche. La branche horizontale est sous-claviculaire, la branche verticale représente l'incision transpectorale de Fiolle et Delmas. Ce sont là les vestiges d'une voie large de découverte toujours nécessaire pour voir clair et faire l'hémostase provisoire. Intégrité des mouvements de l'épaule, des articulations sous-jacentes et des doigts. Aucun trouble fonctionnel. Pas de douleurs spontanées ou provoquées ; seuls des fourmillements au niveau de la face palmaire de l'index et du pouce gauche et une hyperesthésie à la piqûre de cette région ; atrophie musculaire de 3 cm. 1/2 au bras, de 2 cm. à l'avant-bras. Hypotonie minime et générale du membre supérieur gauche ; troubles vaso-moteurs du membre supérieur gauche la main gauche est plus froide que la droite. L'hyperesthésie y est plus manifeste ; diminution de la force musculaire du membre supérieur gauche.

Résultats obtenus au dynamomètre :

B. G. 25.
B. D. 45.

Sensation subjective de fatigabilité rapide au membre supérieur gauche, objectivement décelable dans les rapports de 3 à 1 avec le membre sain, Les expériences ont été faites les deux bras étendus d'abord à vide, puis chargés de 1 à 3 kilos.

Modification de la tension artérielle du Pachon :

B. G. 0.
B. D. Mx 13. Mn 6.

Ainsi, chez ce second malade, si la quadruple ligature n'a pas amené d'accidents circulatoires graves, il n'en est pas moins vrai que l'irrigation du membre a été profondément modifiée et son état fonctionnel fortement diminué.

C'est pourquoi il n'est pas sans intérêt dans certains cas particuliers de rechercher l'application d'une méthode conservatrice.

Lecène en a obtenu de très beaux résultats dans la cure des anévrysmes jugulo-carotidiens où incontestablement les dangers de la ligature de la carotide primitive et de la carotide interne restent très grands.

Quoi qu'il en soit il ne s'agit pas seulement de déterminer un procédé opératoire, il faut le réaliser.

Si vous voulez mener à bien ces opérations délicates il faut vous conformer aux règles de pratique suivantes :

1° Quand l'anévrysme est constitué, n'opérez pas trop tôt de façon à laisser se développer les voies collatérales.

Laissez donc passer trois à quatre semaines suivant la règle indiquée par Quenu. Mais passée cette période physiologiquement dangereuse, mais opératoirement facile (car il n'existe pas encore d'adhérences) laissez passer un très long temps avant d'intervenir si vous le pouvez. En effet pendant les quelques mois qui vont suivre, le foyer de l'anévrysme est le siège de productions fibreuses, serrées, très denses, constituant un bloc dans lequel il vous sera très difficile de reconnaître les organes, de les cliver pour en séparer la poche.

Au contraire si vous opérez très tardivement (trois mois après la formation de l'anévrysme) des plans de clivage auront été de nouveau constitués et votre opération deviendra relativement facile (Tuffier).

La question de l'hémostase provisoire se pose au premier chef. Un certain nombre d'auteurs, avec Cunéo, pensent qu'il vaut mieux ne pas faire d'hémostase préventive de façon à voir ce qui saigne et estiment que le plus sûr moyen est d'aller vite et d'emblée sur les troncs principaux. et de les lier ou de les comprimer soit en amont soit au niveau même de l'anévrysme.

D'autres voulant gagner en sécurité recommandent une hémostase provisoire préalable (Grégoire). Je ne saurais trop vous engager, surtout si vous n'avez pas une grande habitude de la chirurgie vasculaire, à procéder de cette manière.

N'employez pas de garrot, ni de bande d'Esmarck car vous ne voyez rien de ce qui saigne (Gosset) mais passez plutôt un fil provisoire sur l'artère en amont de la lésion.

Il faut voir très clair et se reconnaître parfaitement dans la plaie opératoire ; donc, incisez en employant les voies anatomiques et en faisant de grandes incisions (Duval et Fiolle).

Si vous procédez par quadruple ligature, liez séparément les quatre bouts des vaisseaux en commençant par le bout central de l'artère et en continuant si possible par le bout distal de la veine de façon à assurer l'hémostase. En réalité vous ferez souvent ce que vous pourrez. Il vaut mieux, si vous le pouvez extirper le sac après l'avoir ouvert et vidé pour voir s'il se débouche par les collatérales à son intérieur.

S'il est trop adhérent, il vaut mieux le laisser (Quénu). Si vous voulez pratiquer au contraire une chirurgie réparatrice, vous appliquerez là les mêmes principes que dans le traitement des anévrysmes simples traités par la méthode de Mathas.

b) *Petits anévrysmes.*

Dans certains cas particuliers, l'anévrysme ou la fistule artério-veineuse est petite, ne provoque aucune gêne, ne semble pas s'aggraver, au contraire.

C'est ce que nous observons chez notre malade.

Ici, l'expérience nous conduit à des conclusions thérapeutiques tout à fait différentes :

Un premier point paraît démontré : c'est que certains petits anévrysmes artério-veineux peuvent guérir spontanément (Baudet).

Donc, si le malade ne se plaint pas de douleurs, si l'anévrysme ne grossit pas, ne menace d'aucune complication, ne s'accompagne d'aucune gêne, *il vaut mieux s'abstenir.* Pozzi a vu un anévrysme jugulo-carotidien guérir ainsi spontanément au bout de huit mois.

Il y a aussi des évolutions anatomo-pathologiques qui modifient en la simplifiant la structure de l'anévrysme et qui facilitent sa cure. Chevrier a montré que dans certaines formes veineuses enkystées se produisait, en-dessus et en-dessous du sac veineux, des *phénomènes de valvulite hypertrophique* dont le résultat aboutissait à l'isolement du segment veineux formant sac. On conçoit que dans ces cas, une double ligature veineuse suivie d'extirpation de la poche et de suture latérale de l'artère paraisse comme un traitement de choix toutes les fois que la manœuvre est possible,

En nous basant sur ces derniers faits, nous pensons donc qu'actuellement l'observation chez notre malade est une conduite sage et prudente.

Il ne présente qu'une légère fistule artério-veineuse. Il ne souffre d'aucun trouble objectif. Il semble que la lésion régresse un peu tous les jours. La justification d'une intervention pour libérer le médian ne se pose plus.

Pourquoi donc tenter une intervention qui n'est pas

sans danger dans cette région, pauvre en collatérales et mal préparée au développement d'une circulation de retour.

Seule une méthode conservatrice semblerait en tous cas indiquée.

Suffirait-il de serrer un fil autour du point de communication ?

Vaudrait-il mieux sacrifier une petite portion veineuse et faire une restauration artérielle complète par suture latérale ? Peut-être. Et ce serait sans doute l'intervention que nous tenterions si dans quelques mois le malade venait nous réclamer une intervention pour arrêter des troubles progressifs au niveau de son anévrysme.

Mais actuellement nous ne croyons guère à l'évolution vers le pire de cette lésion, et nous espérons qu'à l'exemple de Pozzi, nous pouvons escompter dans quelque temps une guérison spontanée qui vaudra mieux pour le malade que les opérations les plus brillantes de chirurgie conservatrice.

VARIÉTÉS

Histoire du Lyciet et du Lycion.

Le genre *Lycium*, ou *Lyciet*, tel que le comprend la classification botanique actuelle, a été créé par Linné dans la première édition de *Systema naturæ*, en 1735 (1). Le mot existait cependant bien avant cette date, car le *Lycion* tenait déjà une place fort avantageuse dans la pharmacopée des anciens.

Etymologiquement, *Lycium Lyciet* viennent de Lycie, province d'Asie-Mineure. Pour Nicholson, c'est la transcription du grec *Lukion* (Λυκιον), « nom donné à un *Rhamnus*, par Dioscoride, de ce qu'il venait de Lycie » (2).

Au troisième siècle avant l'ère chrétienne, Théophraste décrivait déjà deux *Rhamnus* (le blanc et le noir de fruits différents, mais tous deux épineux et gardant des feuilles en toutes saisons (3). Il semble bien que l'un de ces *Rhamnus* corresponde à une des espèces du genre *Lycium* actuel.

Le *Lukion* ou *Lycion* qu'on en tirait avait tantôt la consistance du miel et tantôt celle d'un suc concret, cette drogue était particulièrement estimée des Grecs et des Indiens.

Celse est le premier en date des écrivains chez lesquels on trouve mention de cette panacée. Il la préconise pour traiter l'inflammation des yeux, les ulcères des oreilles... et l'indique comme étant l'un des composants des collyres d'Attale et de Théodote (4).

La plante était si abondante autour de Jérusalem que certains historiens pensent que ses tiges épineuses ont servi à tresser la couronne du Christ (5).

Dioscoride, au premier siècle, relate tout au long la préparation du *Lycion*, son aspect, ses vertus et même (déjà !) les falsifications dont il était l'objet (6) :

« Le *Lycium* ou *Pyxacantha*, est un arbre épineux, de branches longues de trois coudées ou plus, de feuilles de buis, épaisses ; son fruit est comme grains de poivre, noir, uni, amer, massif ; l'écorce est pâle, semblable au lycium trempé : il jette plusieurs racines tordues, dures comme bois. Il croît en quantité en Cappadoce, en Lycie, et plusieurs autres lieux : il aime les lieux âpres et rudes. On en tire du suc en la manière qui s'ensuit : on met tremper par plusieurs jours les branches et racines bien pilées, puis on les fait cuire : derechef, le bois jeté dehors, on fait cuire cette décoction jusqu'à ce qu'elle devienne épaisse comme miel. On sophistique ce *Lycion* en ajoutant à la décoction de la lie d'olives ou du jus d'absinthe, ou du fiel de bœuf. On ôte l'écume qui nage au-dessus en le cuisant, qui est bonne aux médecins des yeux, le reste sert à autres choses... ».

Pline dit de même que l'on prépare le *Lycion* avec diverses parties (racines, branches, semences) d'un arbuste épineux qui croît en Grèce, — par exemple sur le mont Pélion —, aussi bien qu'en Orient, et porte selon les pays, les noms de *Rhamnos*, *Lycium* et *Pyxacanthe de Chiroy*. Le médicament est envoyé de l'Inde dans des outres de peaux de chameaux ou de rhinocéros (1).

Au cours des premiers siècles, Scribonus Largus, Galien, Oribase, Ætius, Paul d'Egine et Marcellus en font mention dans leurs écrits et vantent ses propriétés.

Au Xe et XIIe siècles le *Lycion* de l'Inde était encore en grande faveur auprès des médecins arabes, tels que Avicenne, Sérapion le Jeune et Ibn-el-Beythar.

Une preuve curieuse du caractère précieux de ce produit est fournie par les petits vases qui l'ont contenus, vases que nous retrouvons aujourd'hui dans les collections archéologiques et qui ont été décrits, en 1853, par le Dr Simpson (2).

Le premier de ces vases est en plomb, vient d'Athènes et porte l'inscription *Lycium de Musaeus*.

Le second en terre cuite, est à peu près de mêmes dimensions ; on y lit : *Lycium d'Heracleus*.

Le troisième et le quatrième récipients sont en terre cuite également et portent tous deux la mention *Lycium de Jason*.

D'après la grandeur de ces vases on peut déduire que le produit qu'ils renfermaient était rare et pouvait atteindre un prix élevé sur les marchés de Grèce et d'Italie. La forme intérieure du dernier montre combien on était peu prodigue de la drogue. Le nom du préparateur ou de l'inventeur de la formule : Musaeus, Héracleus, Jason, était porté sur l'étiquette comme sur nos modernes spécialités !

Sans doute, le *Lyciet* a tenu une place plus effacée que le *Lycion* dans la pharmacopée. On sait cependant que J.-B. Porta lui attribuait, à cause de ses épines semblables aux crocs d'un chien, la propriété de guérir la rage. Cette similitude de forme ne suffirait plus sans doute à entraîner notre conviction.

En médecine populaire, on administrait l'*infusion*, en Macédoine, aux enfants atteints de diarrhée ; au Portugal et en Espagne, dans le traitement de la coqueluche.

Quoique on eût signalé sa présence en France, le *Lycium* fut pendant longtemps à peu près inutilisé. En 1813, Poiret note cependant sa présence « dans les haies, telles qu'on en voit depuis nombre d'années sur le boulevard du Mont-Parnasse (3) » et, plus récemment, Leclerc indique qu'on le rencontre encore aux environs de l'église Saint Germain-de-Charonne (4).

Le Dr Galavielle vérifia le premier l'efficacité du *Lycium barbarum* dans les toux spasmodiques et coqueluchoïdes où il agit en diminuant la fréquence et la durée des quintes.

En 1922, le Dr Weitz entreprit systématiquement l'étude de cette plante au triple point de vue botanique, chimique et physiologique (5). L'ayant très complètement décrite, il y confirma la présence d'un alcaloïde la *lycine*, et montra son action très nette sur le pneumogastrique et

(1) LINNÉ. — *Systema naturæ*, Lugduni Batavorum (Leyde), 1735.
(2) G. NICHOLSON et MOTTET. — Dictionnaire pratique d'Horticulture et de Jardinage. Paris, 1895-1896, tome III, p. 213.
(3) THÉOPHRASTE. — *Histoire des Plantes*, liv. III, ch. 17.
(4) CELSE. — *Traité de la médecine*, trad. NISARD, liv. VI, Paris 1852.
(5) DUNAL in DE CANDOLLE. — *Prodromus*, Paris, 1852, tome XIII 1, p. 524.
(6) PED. DIOSCORIDE, d'après les commentaires de MATTHIOLE, trad. Jean DES MOULINS, Lyon, 1579, p. 137.

(1) PLINE. — *Histoire naturelle*, trad. de E. LITTRÉ, Paris 1848, tome I, p. 479.
(2) J.-Y. SIMPSON. — *Monthly Journal of medical Science*, Edinburgh janvier 1853.
(3) POIRET. — *Encyclopédie méthodique botanique*, Paris, 1813, supplément, tome III, p. 427.
(3) H. LECLERC. Le Lyciet (*Lycium barbarum*). *Presse médicale*, 3 octobre 1925, n° 79, p. 1325.
(4) R. WEITZ. — Les lyciums européens et exotiques. *Thèse doct. méd.*, Paris, 1922.
(5) WEIZT. et LÉPAGNOLE. — *Bul. soc. thérap.*, 10 juin 1925.

son effet hypotenseur manifeste. Le *Lycium* apparait donc comme un modérateur agissant sur les terminaisons nerveuses sensitives. Ses propriétés sédatives, sérieusement établies peuvent donc être utilisées avec avantage dans les névropathies.

Weitz et Lépagnole ont préconisé l'emploi de l'*alcoolature* préparée avec poids égaux d'alcool et de feuilles fraîches. Les essais cliniques de ces auteurs ont confirmé les heureux résultats qu'on est en droit d'attendre des préparations à base de *Lycium* dans le traitement de la coqueluche, de l'hyperkinésie gastrique, des différentes sortes de toux et des sueurs profuses des tuberculeux (5).

Ce médicament, imité des anciens, pourrait connaître un renouveau d'actualité justement mérité.

R. LECOQ.

CHRONIQUE

Les Annales russes de rœntgenologie et radiologie

Il y a longtemps que je garde sur ma table, pour les présenter aux lecteurs du *Progrès médical*, les *Annales russes de rœntgenologie*, dirigées par le prof. NEMENOV et éditée aux *Presses universitaires de France*.

J'ai été émerveillé par cette belle publication. Les collaborateurs de NEMENOV à l'Institut d'Etat de Radiologie à Leningrad, y exposent une série de travaux sur divers points de radiologie qui ne sauraient laisser indifférents le médecin, qui s'intéresse à son art. Le plus grand nombre des mémoires est rédigé en Français, les autres en anglais et en allemand.

* * *

Le recueil (1) commence par un article du prof. NEMENOV intitulé « Contribution à la critique de la doctrine de l'action biologique des rayons X ». (Tome II, fas. 1, p. 3.)

La rœntgenthérapie traverse une crise ; ni les appareils de grande intensité, ni les tubes les plus perfectionnés, n'ont permis le progrès qui consisterait à agir sur les tissus pathologiques sans nuire aux tissus sains.

La raison est que nous ignorons comment agissent les rayons et, même, quelles sont les cellules les plus radiosensibles. La classique loi de BERGONIÉ-TRIBONDEAU n'explique rien ; elle résume une série d'observations sans pour cela révéler l'essence des faits.

Pour NÉMÉNOV, les rayons se bornent à provoquer dans les cellules les seules transformations inhérentes précisément à la nature de ces cellules dans le processus de leur dégénérescence pathologique ou physiologique ».

Exemples : Telle cellule pathologique, par exemple, qui présente des dispositions à une dégénérescence hyaline, subira inévitablement sous l'influence des rayons X, cette dégénérescence hyaline, avec la seule différence qu'elle se produira bien plus rapidement.

Les jeunes cellules granuleuses dans les granulomes infectieux se transforment partiellement et lentement en tissus fibreux ; sous l'influence des rayons X, cette même transformation se passe très vite.

Les saccharomycètes subissent, en vieillissant, une dégénérescence graisseuse. Sous l'influence du radium et des rayons X, cette dégénérescence s'accomplit avec rapidité et avec beaucoup plus d'intensité.

L'aspect microscopique d'un ovaire ayant été soumis à l'irradiation par rayons X ne se distingue en rien de celui que nous présente l'ovaire d'une femme dans la période de la ménopause.

D'une façon normale, l'épithélium de la peau humaine s'exfolie sans cesse, pour faire place à un nouveau, issu de couches plus profondes. Autrement dit, l'épithélium vieillit, s'use et fait place à un plus jeune. Or, c'est un fait connu de tous les radiologistes qu'il se produit, deux ou trois semaines après l'irradiation par rayons X, une desquamation des cellules plus ou moins considérable, selon l'importance de la dose. Il se produit donc dans ce cas le même phénomène qui se présente continuellement, même sans irradiation : le vieillissement de l'épithélium et son remplacement par un épithélium nouveau : il y a seulement accélération.

Le même principe joue pour la question de l'action excitante attribuée, dans certaines conditions de dose, aux rayons.

Irradiés par une dose déterminée, les germes parcourent simplement plus vite leur chemin vital, épuisent plus rapidement leur énergie vitale, font preuve, pendant un certain temps, d'un épanouissement magnifique pour périr, dans un délai plus ou moins bref. Sous l'action d'une irradiation plus intense, les germes peuvent s'épuiser si vite qu'ils périssent avant le commencement de la croissance.

FRIELD WEBER a réussi, au moyen de l'irradiation, à faire fleurir des bourgeons de lilas. Mais, peu après, le lilas périssait, ce qui veut dire que l'énergie vitale de la plante avait été entièrement absorbée par sa floraison prématurée.

Sous l'action des rayons, les cellules épuisent rapidement toute l'énergie vitale qu'elles possèdent. Moins la cellule possède d'énergie vitale, et plus elle vieillira rapidement, plus vite elle arrivera à sa fin. Il ressort de là, avec une logique implacable, que la sensibilité d'une cellule aux rayons X doit être en raison directe de son âge, les cellules âgées possédant moins d'énergie vitale que les jeunes.

C'est là, le contraire de la théorie classique : la plupart des auteurs parlent de la sensibilité des jeunes cellules. C'est dans ce même esprit qu'a été conçue la loi de BERGONIÉ, qui vise les cellules se trouvant à l'état de caryocinèse, sous-entendant par là des celules jeunes.

Mais la caryocinèse d'une cellule, c'est son agonie.

C'est, d'ailleurs, pour cela que certains tissus irradiés présentent de nombreuses caryocinèses : les rayons ont vieilli les cellules. C'est par ce mécanisme qu'agit l'irradiation fractionnée à la REGAUD : dans l'intervalle des deux irradiations un grand nombre de cellules se trouvent menées à l'état de caryocinèse et l'irradiation suivante n'a pas de mal à les détruire.

* * *

Le prof. NADSON et son assistant JOLKEVITCH étudient, ensuite « l'action combinée du radium et des agents chimiques sur les végétaux », avec l'idée de chercher ce qui peut renforcer l'action favorable des rayons et annuler leur action défavorable.

BARKLA, en 1910, avait soutenu que si on introduit dans le corps humain des éléments de poids atomiques élevés, ils transforment les rayons X absorbés en rayons secondaires dont l'action est bien plus puissante.

On a beaucoup expérimenté dans cette voie. Une des premières expériences est celle de SCHWARZ qui, soumettant à l'action des rayons X des graines de pois plongées dans de l'électrargol, avait remarqué que ce dernier renforçait l'influence empêchante sur la croissance et le développement. D'autres auteurs ont réalisé des expériences analogues sur des plantes et sur des animaux divers.

Mais tous ne sont pas arrivés aux mêmes conclusions : par exemple, GUDZENT a introduit dans les muscles des souris et dans les veines des lapins des substances au poids atomique élevé (fer, cuivre, argent, platine) à l'état colloïdal, ainsi que l'iode sous forme d'iodure de potassium ; puis il soumettait les animaux à l'action des rayons du radium. Il n'y avait aucune différence notable avec les animaux témoins (même dose de radium, mais sans métal). D'après GUDZENT, l'insuccès était dû surtout à l'impossibilité d'introduire une assez grande dose du métal transformateur de rayons dans l'animal, sans risque de le faire périr.

NADSON, en introduisant I, SO°Cu, le chloral, l'éosine dans l'organisme de *Sinapis alba*, sensibilise cette plante à l'action du radium, ou au moins l'action combinée de l'agent chimique et du radium provoque un plus grand retard de développement et des altérations plus marquées que l'un des deux facteurs agissant isolément.

Mais il semble qu'il y ait seulement superposition d'effets nocifs et non pas sensibilisation : il y a intoxication par l'iode, effet narcotique du chloral, effet photochimique de l'éosine et effet du radium.

Pratiquement, en introduisant la quantité voulue (qui sera déterminée dans chaque cas, d'agent chimique), on sensibilise l'organisme, sur lequel une dose moindre de rayons est en état de produire le même effet qu'une dose bien plus forte en l'absence du sensibilisateur. Il appartient aux recherches futures de déterminer exactement l'équilibre des agents et les conditions de l'action.

Par contre, KI a souvent une action empêchante sur les effets du radium. Les auteurs, étonnés au premier abord par ce résultat, se sont remémoré les résultats analogues obtenus par ZWAARDEMAKER dans ses expériences sur le cœur isolé d'une grenouille au cours desquelles il a établi que K étant lui même radioactif, peut devenir, dans certaines conditions, l'antagoniste physiologique des autres éléments radioactifs : radium, thorium, uranium. Il s'agit, ici, de phénomènes de la même catégorie. L'influence variée de KI dans ces expériences : augmentation de l'effet, absence d'effet, antagonisme, tout cela

(1) Je n'ai résumé qu'une faible partie des mémoires contenus dans les 500 pages du tome II.

peut trouver, sans aucun doute, une explication dans les conditions même de l'action, conditions insuffisamment connues et dont il n'est pas tenu compte. En effet, le résultat final dépend du degré d'absorption des rayons du radium par la cellule, de la quantité de KI absorbé, du degré d'ionisation de KI dans la cellule de l'action concordante ou opposée des ions K et I, de l'individualité de la cellule, c'est-à-dire de son état morphologique et physiologique, etc., etc.

***

Nina Kotchneff signale plus loin que l'injection intraveineuse de sang défibriné prélevé sur des animaux soumis aux rayons X, augmente la glycémie. (Tome II, f. 1, p. 71).

***

On sait qu'en règle générale, l'application des rayons X diminue la pression artérielle. Panow (T. I, f. 1, p. 74), a vérifié ce point, mais en montrant qu'il est inconstant.

Il rappelle que, d'après Ricker, les dilatateurs sont excités par une irritation plus faible que les constricteurs et qu'une irritation prolongée provoque dans les dilatateurs une excitation de plus longue durée que dans les constricteurs. Autrement dit, l'excitation des dilatateurs est due à une irritation plus faible, la durée de leur réaction étant assez longue, tandis que les constricteurs ne réagissent qu'à une plus forte irritation par les rayons X, et cette excitation passe plus vite.

Pour Jesionek, les rayons abaissent le tonus du système sympathique du derme : il y a vaso-dilatation comme par l'effet d'une sympathectomie.

D'autres auteurs invoquent une excitation du parasympathique.

***

Giese et Ossinsky ont étudié le traitement de la syringomyélie par les rayons X et ont constaté :

1° le rétablissement de la sensibilité à la douleur ;

2° l'augmentation de la force musculaire et des fonctions motrices ;

3° la disparition partielle de la thermoanesthésie.

***

Oksenow publie deux études intéressantes sur l'examen radiologique de l'estomac : dans la première, il établit qu'il n'existe pas de rapport constant entre l'acidité et la fonction motrice de l'estomac et, dans l'autre, il montre que la pilocarpine, le plus habituellement, ralentit l'évacuation de l'estomac (T. II, fas. 2, pp. 198 et 201).

***

Anna Jouguenbourg rapporte une belle observation de polycythémie, guérie par la radiothérapie de la moelle osseuse et une autre observation dans laquelle on s'est proposé d'augmenter la coagulation du sang chez une hémophile et de guérir une anémie aplastique grave consécutive à cette hémophilie : l'irradiation à dose excitante des os longs et l'irradiation de la rate améliora la malade. (T. II, fasc. 2, p. 204).

***

Stern consacre un court et substantiel article à la rœntgenthérapie des néphroses et néphrites. (T. II, fas. 2, p. 271). Il rappelle le travail princeps de Stephan. Dans trois cas de néphrite aiguë, la maladie était grave, rebelle aux diurétiques et à la saignée et, dans les trois cas, il y a eu guérison : au bout de quelques heures, il y a eu une augmentation de la quantité d'urines qui atteignait son maximum trois, quatre jours après, chute de la pression artérielle, disparition de l'albumine, disparition des phénomènes d'urémie.

D'après Stephan, les rayons agissent en excitant l'épithélium rénal; d'après Holzknecht, il y a résorption de l'infiltration leucocytaire qui gênait le travail du parenchyme rénal ; d'après Volhard, il y a sédation du spasme vasculaire.

Stern a traité dix cas :

un cas de néphrite subaiguë ; un cas de néphrite glomérulaire chronique ; un cas de néphrose chronique d'origine tuberculeuse ; un cas d'artério-sclérose rénale avec néphrite ; deux cas de néphrose avec néphrite aiguë ; quatre cas de néphrose avec néphrite chronique.

Il conclut que, sous l'influence de petites doses de rayons X, la quantité d'urine augmente, les œdèmes et l'albumine diminuent, la pression artérielle baisse, le dépôt microscopique de l'urine se modifie, l'état général du malade s'améliore. La persistance de cette amélioration dépend intimement de l'importance de la lésion rénale ; plus cette lésion est grave, plus l'amélioration est de courte durée; cependant, cette amélioration s'observe toujours.

Dans tous les cas d'oligurie ou d'anurie accompagnés ou non d'urémie et dans lesquels le traitement médicamenteux et même la saignée ne donnent pas de résultats, l'application de la rœntgenothérapie est une pratique qui s'impose.

***

Maghid (de Kharkoff) en étudiant radiologiquement quatre paires de jumeaux bivitellins et autant de jumeaux uni-vitellins a pu constater que la très grande ressemblance, au point de vue de leurs traits extérieurs qui est caractéristique pour des jumeaux uni-vitellins, ne correspond pas toujours à une égale ressemblance, en ce qui concerne leurs organes internes (cœur, estomac, intestin).

La selle turcique présente radiologiquement une ressemblance très forte chez les jumeaux.

(C. R. du *IVe Congrès des Rœntgenologistes Russes*, in tome II, fasc. 2 des *Annales*).

Mintz (de Léningrad) examine, aux points de vue clinique et radiologique, l'estomac des malades atteints de lésions de l'hypophyse. Dans les cas d'acromégalie, l'auteur put établir l'existence de l'hyperacidité, de l'hypersécrétion et de l'atonie gastriques ; il constata, au contraire, de l'achylie gastrique, dans les cas où les lésions prédominent au niveau des lobes postérieur ou médian. (*Ibid.*).

Gambaroff (de Tiflis) a exploré radiologiquement l'état tonique du gros intestin en rapport avec les époques menstruelles. D'après ses observations, il existe un état vagotonique pendant les menstrues, et une tendance vers la sympathicotonie pendant les intervalles. (*Ibid.*).

Podliaschouk (de Moscou) étudie histologiquement les glandes sexuelles chez des lapins et des chiens, dont l'hypophyse avait été soumise à l'action des rayons. Selon lui, l'interdépendance intime et réciproque entre l'hypophyse et les glandes génitales, affirmée par certains auteurs, n'est guère bien manifeste, et la prétendue « castration hypophysaire » ne semble avoir point scientifiquement assez démontrée. (*Ibid.*)

Kaplan (de Moscou) arrive, en se basant sur un total de dix-sept cas, à la conclusion que l'irradiation de la région de l'hypophyse est capable de procurer des résultats favorables dans l'insuffisance ovarienne. L'auteur dit n'avoir jamais pu observer aucun effet nuisible de cette irradiation. (*Ibid.*).

***

Oglobine (T. II, fas. 3 et 4, p. 370) expose les difficultés que peuvent créer à une intervention chirurgicale le fait d'une irradiation antérieure. La vitalité des tissus est amoindrie par lésions vasculaires et, à l'occasion du traumatisme opératoire, il faut craindre une nécrose. La résistance d'un tissu « rœntgénisé » vis-à-vis des agents infectieux, est de même fortement diminuée et lorsqu'il devient, pour une raison quelconque, le siège d'une infection, même très peu virulente par sa nature, les dégâts en seront exceptionnellement sérieux et étendus.

***

Mme Kotchnéva (T. II, fasc. 3 et 4, p. 379) rapporte ses expérimentations au sujet de l'action exercée par l'introduction d'émanation sur la glycémie. L'introduction par voie veineuse ou par voie sous-cutanée détermine de l'hypoglycémie ; par voie péritonéale, ou par voie digestive (au moyen d'une sonde), elle est suivie d'hyperglycémie en présence d'aliment et n'a aucun effet en cas d'absence d'aliments. Mme Kotchnéva en conclut que les petites doses d'émanation du radium exercent une action stimulatrice sur les processus de digestion et d'absorption des hydrates de carbone alimentaires.

***

Le fascicule 3 et 4 du tome II contient un compte rendu des travaux de l'Institut d'Etat de rœntgénologie et de radiologie, travail clinique et travail scientifique. Celui-ci est exécuté dans les laboratoires : Biologie générale (prof. Nemenov), Botanique (prof. Nadson), Bactériologie, Biochimie, Etude du cancer (prof. Schor), Physique (prof. Loukirsky).

Ce beau volume se termine par le compte rendu de l'inauguration de la Clinique Bergonié, dépendant de l'Institut et consacrée au traitement du cancer.

Henri Vignes.


PHOSPHATE VITAL
DE
JACQUEMAIRE

NOUVELLES

Conditions dans lesquelles les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère, admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, peuvent être admis à postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine (décret du 17 août 1928). — Les médecins et les étudiants en médecine de nationalité étrangère admis à postuler le doctorat universitaire, mention médecine, pourront en cas de naturalisation ultérieure, et après avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission de la médecine et de la pharmacie) être autorisés à postuler, avec dispense de scolarité et dispense partielle d'examens, le diplôme d'Etat de docteur en médecine, à la condition de justifier du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou du titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

La dispense de scolarité pourra être totale pour ceux qui auraient accompli en France, le cycle complet des études en vue du doctorat universitaire.

La dispense d'examens ne pourra, en aucun cas, porter sur plus de trois épreuves.

Le décret du 29 décembre 1906 est abrogé.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Véchot, docteur ès sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de professeur suppléant et de chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Besançon.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Latreille, professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales est en outre chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Ecole de médecine de Rennes. — La chaire de pathologie externe et clinique des voies urinaires est transformée en chaire d'ophtalmologie et d'oto rhino-laryngologie.

Ecole de médecine de Limoges. — La chaire de pathologie médicale est transformée en chaire de pathologie médicale et de médecine expérimentale.

M. Biais, directeur, est renouvelé dans ses fonctions pour une nouvelle période de trois ans à dater du 1er novembre 1928.

Hôpitaux de Lyon. — *Concours pour la nomination d'internes des hôpitaux.* — Le lundi 17 septembre 1928, le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination d'internes des hôpitaux.

Pour toutes les autres conditions d'admission au concours consulter l'affiche ou s'adresser à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du personnel.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 15 octobre 1928, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant au moment de leur inscription moins de 55 ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobeau, 2e étage), de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du lundi 10 septembre au samedi 22 septembre 1928 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (bureau des Etablissements départementaux d'assistance) sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titre.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Xe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. — Le Xe Congrès de l'Association s'est réuni au chateau Frontenac à Québec, les 5, 6, et 7 septembre 1928. A cette occasion l'Association des médecins de langue française a fêté son 25e anniversaire.

Deux questions avaient été mises à l'ordre du jour :

1° *L'infection puerpérale* envisagée sous tous ses aspects : obstétical, gynécologique, médical et chirurgical ;

2° *La diphtérie,* dont la prophylaxie et le traitement ont bénéficié, dans ces dernières années, de découvertes d'ordre spécial.

XIIIe Congrès international de physiologie. — Le XIIIe Congrès international de physiologie aura lieu du 19 au 23 août 1929 à l'Ecole de médecine de l'Université de Harvard à Boston. La Fédération des sociétés américaines pour la biologie expérimentale aura l'honneur de recevoir le Congrès et M. le professeur William H. Howell, de l'Université John Hopkins, à Baltimore, en sera le président.

Le bureau d'organisation du Congrès a M. le professeur Walter B. Cannon pour président et MM. les professeurs J. Cohn et Alfred L. Rodfield pour secrétaires.

Inspection médicale scolaire. — Il est à prévoir qu'une circonscription d'inspection médicale scolaire sera vacante dans le département de la Moselle, le 1er octobre prochain. Le traitement de début affecté à ce poste est de 18.000 francs, l'indemnité de déplacement est de 5.000 francs. Ces émoluments sont majorés d'une indemnité de 12 %

La connaissance de la langue allemande n'est pas indispensable. S'adresser avec références et titres à M. le préfet de la Moselle, direction des services d'hygiène, à Metz, 6, rue Mozart.

La Médaille d'honneur des épidémies au Prof. Noguchi. — La médaille d'or des épidémies a été décernée, à titre posthume, au professeur Hideyo Noguchi, mort à Accra, le 21 mai 1928, de fièvre jaune contractée au cours d'expériences de laboratoire.

Service de santé militaire. — M. Calvet (Louis), élève de l'Ecole du Service de santé militaire, reçu docteur en médecine, est nommé médecin sous-lieutenant et est promu médecin lieutenant. Il est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

Les médecins au Club du Faubourg. — On connait les intéressants débats organisés par le Club du Faubourg, sous la présidence de Léo Polpès, et qui ont lieu en soirée tous les mardis à la salle Wagram, tous les jeudis à la salle des Sociétés Savantes et tous les samedis en matinée à la Gaîté-Rochechouart. Le Club du Faubourg consacre de nombreux débats aux questions médicales et aux problèmes scientifiques. Parmi les personnalités qui ont déjà pris la parole à cette tribune retentissante, citons les noms des professeurs Dobris, Pinard, Charles Richet, Balthazard, Marchoux, de l'Académie de Médecine. Reprise des séances le 2 octobre. A l'ordre du jour des prochains débats, M. Bunau-Varilla sur La verdunisation des eaux, le Dr Pierre Vachet : Remède à la Vie Moderne, le Dr Chauvois : Les Dessanglés de Ventre, le Dr Joseph Roy, de Dijon : Peut on guérir le cancer ? le Dr Maurice Boigey : La Cinquantaine, le Dr Charcot : A la recherche du Guilbaud et d'Amundsen, Monseigneur Herscher, archevêque : L'Eglise contre l'Hypnotisme. Et débats avec les Drs Félix Renault, Foveau de Courmelles, Gilbert-Robin, Voivenel, Bérillon, Achille Delmas, Vinchon, Frumusan, Gagey, Blum, etc. Tous les médecins désireux d'être convoqués aux séances sont priés d'envoyer leurs adresses avec une enveloppe timbrée, au Faubourg, 59, rue de Moscou, (VIIIe).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Thiron et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 38 LE NUMÉRO: 50 Centimes 22 SEPTEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpital Laënnec. — *Service d'Oto-Rhino-Laryngologie.* — Le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet et Lemoine commenceront le 22 octobre 1928. une série de huit leçons sur la diathermie en Oto-rhino-laryngologie. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures en outre les 22 et 23 octobre à 16 heures.

Programme du cours. — 1° Principes électriques ; 2° Appareils de diathermie ; 3° Physiopathologie. Techniques ; 4° Tumeurs ; 5° Tuberculose des voies respiratoires, Lupus ; 6° Amygdalites chroniques ; 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, Polypes naso-pharyngiens ; 8° Sténoses vélopharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, Service Oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Laënnec.

Le lundi 12 novembre 1928, le Dr Henri Bourgeois chef de service, commencera un cours en douze leçons sur les maladies non suppurées de l'oreille, avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, Oto-Rhino-Laryngologiste des hôpitaux, 111, Huet, Assistants du service. Prix du cours : 300 francs. S'adresser au Dr Huet.

Les médecins hollandais à Vichy. — Un groupe très important de médecins hollandais a visité Vichy, où il a étudié l'incomparable organisation scientifique et technique de la grande station thermale française. Le banquet offert par la Compagnie fermière de Vichy aux médecins néerlandais a été l'occasion d'une réunion brillante où les orateurs qualifiés ont indiqué éloquemment la portée de ce voyage d'études médicales.

M. Baugnies, administrateur délégué de la Compagnie fermière, présidait, ayant à sa droite le professeur Snapper et, à sa gauche, le Dr Jean Molinié, député de l'Aveyron.

A la table d'honneur avaient pris place : Le Dr Guinard, le professeur Polak Daniels ; le professeur Corker ; le Dr Haller ; M. Bonjean ; le Dr P. A. Vilde ; M. Van Gerdinge, président du Conseil d'administration de la Société thermale de Saint-Nectaire ; M. Lavergne, les Drs Velten, Legou, Deelen, de Luit ; le commandant Feuillade ; les Drs Schmidt, Bonnebakker ; Jean Raymond, Buvat.

Au champagne, M. Baugnies prit la parole.

Dans une improvisation éloquente, M. l'Administrateur délégué de la Compagnie fermière adressa tout d'abord ses vœux de bienvenue aux médecins hollandais. M. Baugnies croit devoir rappeler que pour les Hollandais, de même que pour les Français et les Anglais, les eaux de Vichy sont intéressantes. La Hollande en effet, possède des colonies tropicales, où, comme dans les colonies françaises et anglaises, sévit le paludisme Or, les eaux de Vichy ont, en ce qui concerne les affections de cet ordre, une action dont l'efficacité est indiscutable.

L'orateur fait ensuite, à l'intention de nos hôtes néerlandais, un lumineux exposé du statut légal des Sources de Vichy, dont la Compagnie fermière n'est pas propriétaire, puisqu'elles appartiennent à l'Etat qui les lui a affermées.

Cette partie du discours de M. Baugnies est écoutée par ses auditeurs hollandais avec un particulier intérêt. C'est, en fait, un remarquable résumé documentaire et historique.

Prenant texte du disque bleu qui caractérise les bouteilles de Vichy, M. Baugnies précise les notions essentielles qu'il importe d'avoir touchant l'exploitation des Sources hydrominérales de notre station.

Les médecins hollandais applaudissent chaleureusement cet exposé historique dont notre transcription ne donne qu'une idée schématique. Plusieurs d'entre eux prennent des notes.

Mais M. Baugnies arrive à sa conclusion, qui est l'éloquente expression de sa sympathie pour la nation hollandaise (appl. chaleureux).

Il lève ensuite son verre au professeur Snapper, au Dr Molinié à M. Van Gerdinge président du Conseil d'administration de l'Etablissement Thermal de Saint-Nectaire, et à tous les médecins néerlandais présents. Et, aux applaudissements de tous les assistants, il offre ses vœux à la nation hollandaise.

Une longue ovation est faite à l'Administrateur délégué de la Compagnie de Vichy.

C'est maintenant au tour de M. le Dr Guinard, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, de prendre la parole. Il dit notamment :

« Vous avez pu vous rendre compte de tous les efforts qui ont été faits à Vichy pour y réunir l'utile à l'agréable. Vous avez vu nos Sources, dont les noms vous étaient, sans doute, déjà connus.

« Vous avez pu constater qu'elles présentaient toute une gamme de températures s'étendant de 11° centigrades à 43°, en attendant qu'elle atteigne près de 60°, lorsque la source du Dôme, qui jaillit à trois kilomètres de Vichy, sera canalisée et amenée dans le voisinage des autres sources chaudes.

« Vous avez visité en détail l'établissement thermal où se trouvent renfermés tous les procédés thérapeutiques complétant la cure de boisson.

« Vous avez pu vous rendre compte qu'il ne manquait rien tant au point de vue de la balnéothérapie que de l'hydrothérapie, de la mécanothérapie, de l'électrothérapie, en un mot de la physiothérapie tout entière.

« Enfin, vous avez remarqué que la Compagnie de Vichy, fermière de l'Etat a entouré les richesses thermales qui lui sont confiées d'une parure merveilleuse, constituée par des parcs très bien entretenus et variés comme disposition.

Puis M. Baugnies donne la parole à M. le Dr Jean Molinié, député de l'Aveyron, qui est souvent interrompu par les applaudissements.

« Nous ne pouvons, dit-il, rester en arrière dans l'universel redressement économique de l'après-guerre. Dans l'actuelle croisade entreprise en faveur de l'hydrologie et de la climatologie, dans cette croisade au retentissement économique lui aussi est très profond, dont le professeur Desgrez, notre maître éminent de l'Université de Paris s'est fait le Pierre L'Ermite, nous voulons désormais appuyer nos observations cliniques et nos résultats sur le laboratoire et sur l'examen détaillé des humeurs.

« Vichy vient de donner l'exemple. Avec mon excellent collègue M. Barêty, sous l'égide du groupe de la défense de nos stations thermales du tourisme et de l'hôtellerie, si bien présidée par M. Antoine Borrel, ancien sous-secrétaire d'Etat, nous avons pu faire mettre des crédits budgétaires nouveaux à la disposition des chaires d'hydrologie. La Compagnie fermière, grâce surtout à vous, M. l'Administrateur délégué, a pris l'initiative d'une application réalisée par l'installation en cours d'un laboratoire spécial placé à proximité de l'Etablissement thermal. Il est maintenant nécessaire, urgent que cet exemple soit suivi dans toutes les stations thermales ou climatologiques ou, d'autre part, les mesures d'urbanisme et d'installations de sports doivent être rapidement poursuivies.

Le professeur Snapper, qui est une sommité de la science néerlandaise tient tout d'abord à, exprimer sa vive gratitude et celle de ses confrères pour les multiples et délicates attentions dont ils été l'objet au cours de ce voyage d'études médicales qui, après la visite des stations d'Auvergne aboutit à Vichy, — Vichy qui, selon son expression, est le bijou des stations thermales.

Cela, ajoute-t il, on le sait partout, c'est un dogme incontesté. Mais cet articie de foi est plus indiscutable encore quand on va à Vichy, quand on s'est rendu compte par soi-même de ce que représentent son Etablissement Thermal, ses services scientifiques et techniques son sporting club, etc.

Et le professeur Snapper passe en revue les indications si variées de la cure de Vichy, souveraine pour les hépatiques, les athritiques, les diabétiques.

Mais continue-t-il, si la nature à comblé la grande station thermale française, si les sources sont salutaires, si le climat est favorable, il faut considérer aussi l'œuvre admirable réalisés par ceuqui ont assumé la tâche de mettre, pour le bien de l'humanité, ces trésors naturels en pleine valeur.

L'orateur lève son verre à tous ceux auxquels il a exprimé sa reconnaissance, et à la prospérité de Vichy. (Applaudissements prolongés).

Le Dr Vessel dit quelques mots en hollandais pour remercier M. le professeur Snapper de ce qu'il a fait pour l'organisation de ce voyage et de la façon dont il a traduit dans ses discours les sentiments qui animent tous les médecins hol andais.

Disons en terminant que ceux-ci, en quittant Vichy, ont exprimé hautement leur admiration pour la grande station thermale Française.

XIIIe Congrès international de Physiologie. — Le XIIIe Congrès International de Physiologie aura lieu du 19 au 23 août 1929. à l'Ecole de médecine de l'Université de Harward, à Boston (Massachusetts), Etats-Unis. La Fédération des Sociétés américaines pour la biologie expérimentale, comprenant The American Physiological Society, The American Society fort Experimental Pathology, The American Society of Biological Chemists et The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutic, aura l'honneur de recevoir le Congrès en Amérique, et M. le professeur William-H. Howel, de l'Université John Hopkins à Baltimore, en sera le Président. Le Bureau d'organisation du Congrès a désigné M. le professeur Walter-B. Cannon pour président et MM. les professeurs J. Cohn et Alfred-L. Radfield pour secrétaires.

Le nombre des docteurs aurait-il tendance à diminuer en France ? — Pendant l'année scolaire 1927-1928, le nombre des thèses de doctorat en médecine soutenues en vue du diplôme de l'Etat devant la Faculté de Paris n'a été que de 417 au lieu de 531 l'année précédente, soit 114 en moins. En 1925-26, il avait atteint 601.

Rapport du Comité international des unités radiologiques de dosage. — Dans le but d'uniformiser la terminologie des mesures de dosage, le Congrès international de Stockholm a adopté le rapport qui avait été élaboré par son bureau.

Le Comité international des unités radiologiques est arrivé à un accord unanime au sujet de la normalisation des mesures radiologiques et présente à l'assemblée des délégués du Second Congrès International de radiologie les propositions suivantes en vue de leur approbation et de leur promulgation :

1° Qu'une unité internationale de rayons X est adoptée ;

2° Que cette unité internationale est la quantité de rayons X produisant dans un centimètre cube d'air atmosphérique, a la température de 0° C. et sous la pression de 76 centimètres de mercure, un tel degré de conductibilité, qu'une unité électrostatique de charge est mesurée sous courant de saturation, les électrons secondaires étant complètement utilisés et les effets de parois de la chambre évités ;

3° Que l'unité internationale de rayons X est appelée le *Röntgen* et qu'elle est désignée par la lettre *r* (r minuscule) ;

4° Que diverses méthodes de normalisation seront employées pour établir l'unité ;

5° Que pour toutes les comparaisons, il est recommandé d'utiliser une chambre d'ionisation, qui ait été calibrée au moyen d'une chambre étalon, pour toutes les qualités de rayons X utilisées. Il est également recommandé de rendre les effets de parois de ces chambres aussi faibles que possible ;

6° Que l'instrument pratique utilisé pour la mesure des rayons X sera appelé un dosimètre :

7° Que la constante des applications du dosimètre sera éprouvée au moyen de la radiation gamma émise par une quantité définie de radium, la mesure étant toujours effectuée dans les mêmes conditions ;

8° Que toute spécification de dosage est incomplète si elle ne mentionne pas la qualité de la radiation aussi bien que sa quantité. La qualité des radiations utilisées dans la pratique est très variable et il serait impraticable de la définir complètement. Cependant, beaucoup de renseignements peuvent être déduits de la connaissance du taux d'absorption de la radiation dans des milieux étalons ; de la tension de Crête appliquée au tube ; du filtre utilisé et du caractère général du générateur de haute tension employé.

La qualité pourra être exprimée dans la pratique par l'épaisseur

d'un écran approprié réduisant l'intensité à la moitié de sa valeur initiale, ou par la longueur d'onde effective déduite du taux de transmission à travers une épaisseur donnée d'un écran convenable : cuivre ou aluminium.

Etant donné que les méthodes de dosage, ainsi que notre connaissance des rayons X, se perfectionnent rapidement, le Comité estime que les recommandations ci-dessus doivent être considérées comme provisoires.

Concours International d'affiches. — Sous les auspices de l'Union internationale contre le péril vénérien, la Commission de propagande de l'Office national français d'hygiène sociale a organisé du 1er mai au 1er octobre 1928 un concours international d'affiches dans le but de mettre à la disposition des organismes de propagande contre les maladies vénériennes, des affiches représentatives de l'action de défense sociale contre la syphilis. Un prix de cinq mille francs (français) sera attaché à ce concours. Pour le règlement du concours et les renseignements qui s'y rapportent, on est prié de s'adresser du secrétariat général de la Ligue Nationale belge contre le péril vénérien, 107, rue Goffart à Bruxelles.

Les Journées médicales de Bruxelles de 1929. — La neuvième session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra du 22 au 26 juin. La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin, à 16 heures, au Palais des Académies. L'excursion du mercredi 26 juin aura lieu dans la province du Hainaut.

Le service des incinérations. — M. Villette, médecin inspecteur du service de la vérification des décès à Paris, est désigné pour effectuer les constatations et dresser les certificats exigés par le décret réglementaire du 15 mars 1928, décret aux termes duquel les incinérations ne peuvent être autorisées que sur la production, entre autres pièces, d'un certificat délivré par un médecin assermenté constatant que la cause du décès est naturelle.

Corps de santé des troupes coloniales. — Liste de classement de sortie par ordre de mérite des médecins et pharmaciens élèves de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales (promotion de 1928) :

1° *Médecins lieutenants.* — 1. MM. Dejou, Renucci, Aubin, Andrieu, Favier, Robin, Grall, Vaisseau, Paute, Varrin, Pincon, Wœltffel, Garcin, Carrière, Ravel, Loustalot, Jan Kerguistel, Marty, Gerbinis, Boanaud, 21. Riou, Iliou, Planehard, Fournier, Kerforne, Blaise, Nodenot, Tissègee, Gireud, Thomas Daris, Foubert, Benedetti, Jospin, Fitoussi, Gely, Peleran.

2° *Pharmaciens lieutenants.* — 1. MM. Clech, Monnier, Barthecoy, Bouillat, Devanne, Cevaer, Delourmel, Guermeur.

Cours de perfectionnement des médecins de réserve de la marine. — Le cours de perfectionnement des médecins de réserve de la marine qui doit être ouvert à Bordeaux à partir du 1er octobre 1928, sera inauguré dans les premiers jours de novembre, à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie et des Journées médicales qui s'y rattachent.

L'assistance à ces conférences, dont le nombre prévu est de 9 pour la session d'octobre 1928 à avril 1929 permettra aux intéressés d'obtenir la carte de surclassement sur les voies ferrées. En outre l'assistance à une conférence des Journées Médicales Bordelaises pourra tenir lieu de présence à une séance de cours spécial.

Le mouvement de la population. — Les résultats provisoires du mouvement de la population en France (90 départements), au cours du 2e trimestre de 1928, sont les suivants : Mariages, 100.660; divorces, 4.995 ; naissances d'enfants vivants, 190.437 ; morts-nés, 7.435 ; décès de moins d'un an, 15.648 ; décès d'un an et plus, 152.788 ; décès au total, 168.436 ; excédent des naissances, 22.001.

En 1927, pour le trimestre correspondant, on avait enregistré : Mariages, 94.450 ; divorces, 4.885 ; naissances d'enfants vivants, 190.616 ; morts-nés, 7.468 ; décès de moins d'un an, 14.997 ; décès d'un an et plus, 143.219 ; décès au total, 158.216 ; excédent de naissances, 32.400.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une très douloureuse émotion la mort tragique de notre cher confrère le docteur Amand Coyon, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, victime d'un accident d'avion au Crotoy. Que Mme Coyon veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse et très profonde sympathie.

— M. le Dr François TROSSAT, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chalon-sur-Saône, décédé à Mably (Loire), à l'âge de 74 ans. — M. le Dr Albert CAT, de Draguignan, — M. le Dr Louis BORIES, décédé à Tlemcen (Algérie). — M. le Dr GROS, de Lyon, professeur d'anatomie à l'école des Beaux-Arts, décédé à l'âge de 78 ans. — M. le Dr Jean CHARRASSE, de Mazan (Vaucluse).



HISTOIRE DE LA MEDECINE

Chiromancie et chirognomonie
Etude historique

Par le Dr **Paul DELAUNAY**,

Membre de la Société française d'Histoire de la Médecine.

La légende prétend qu'Aristote, ayant trouvé sur l'autel d'Hermès un traité de chiromancie écrit en lettres d'or, en fit hommage au roi Alexandre. Ce livre fut, dit-on, transcrit en arabe, et traduit en latin par Hispanus. Le Stagirite, pourtant, ne semble point avoir considéré cette science au point de vue ésotérique, et n'en parle qu'incidemment : *Cur qui manus cœsuram per totam obtinent palmam, vivere diutius possint* ? se demande-t-il en ses Problèmes. Il n'y répond ailleurs que par l'énoncé du fait : *Pars interior manus vola dicitur,..' scissuris vitœ indicibus distincta : longioris siilicet vitæ singulis aut binis ductis per totam, brevioris binis quœ non longitudinem totam designent* (1).

Cette étude, au reste, n'était point nouvelle chez les Grecs : bien avant Aristote, le philosophe Anaxagore de Clazomène passait pour avoir lu dans la main de quelques-uns de ses élèves, Euripide, Socrate et Périclès. Plus tard, Artémidore d'Ephèse, qui vivait sous Antonin le Pieux, composa sur les songes et la chiromancie un traité qu'Alde Manuce imprimera en grec à Venise en 1518 et Galien ne dédaigna point d'en faire mention. Chez les Romains, au temps de Juvénal, la chiromancie était également en honneur :

> *Manumque*
> *Prœbebit vati crebrum popysma roganti...*
> (Juv. Sat. VI, v. 581-582.)

En réalité: comme l'art généthliaque, la chiromancie venait de l'Orient. Cultivée dans les Indes, en Chaldée, en Assyrie, en Egypte, elle passa chez les Hébreux et les occultistes s'inspireront plus tard de cette maxime de Job : « *In manu omnium signat* [*Altissimus*] *ut noverint singuli opera sua* » (*Job*, Ch. 37, v. 7.)

Par les Arabes, Avicenne, Averrhoès, la doctrine s'introduit dans la culture médiévale, et la chiromancie devient très florissante au temps d'Albert le Grand. Au XVe siècle, elle se répand dans les provinces avec les incursions des Bohémiens. En août 1417, une bande de ces nomades est arrêtée par la police aux portes de Paris, incarcérée à la Chapelle Saint-Denis où les badauds la viennent contempler. Il y avait dans la troupe quelques sorcières qui, contre argent, lisaient dans la main et dévoilaient l'avenir aux curieux. L'Evêque de Paris vint voir les Romanichels, leur fit un beau sermon, excommunia celles de ses ouailles qui avaient eu recours aux devineresses : après quoi la caravane fut expulsée.

La chiromancie comptait alors des adeptes plus marquants. C'est aux XVe et XVIe siècles, âge d'or des sciences occultes, que la *Science curieuse* connut son apogée avec Jean *ab Indagine* (de Hagen ?) ; le Bolonais Barthélemy della Rocca, autrement dit Coclés, autrement dit André Corvo de la Mirandole ; le Belge Jean Taisnier ; J. Hasus ; Jean Rothmann, Cardan, Cornélius Agrippa. On publie en Italie la *Chiromancie* de Patrice Tricasso da Ceresari, dominicain Mantouan (1534) ; celle d'Antoine Picciolus, etc.

Et bien qu'A. Paré accuse les « chiromanciens » d'opérer « par le meschant artifice des diables » (2) et que le Jésuite Delrio les ait chargés d'anathèmes, la littérature chiromantique demeure plus florissante que jamais. En 1639, le Franconien Philippe May publie à Dresde sa *Chiromancie médicinale* que Ph. H. Truchsess de Wezhausen traduira en 1665 en français. Adrien Sicler, médecin spagyrique, lance en 1666 sa *Chiromancie royale et nouvelle* ; P. F. de Benoît, son *Onychomancie*. Avec Robert Fludd, qui les défend contre le P. Mersenne ; avec Peruchio, le curé Jean Belot, et Cureau de la Chambre, les rêveries astrologiques prennent un dernier essor.



FIGURE 1. — La main, d'après Peruchio.

Les fondements de la chiromancie sont les mêmes que ceux de l'astrologie médicale, autrement dit les rapports du macrocosme avec le microcosme. Il y a dans le microcosme trois plans : intellectuel, céleste (ou astral), et élémentaire qui correspondent respectivement, en ce qui concerne le corps humain, au chef, au cœur et aux reins ou « roignons. » La main est à son tour « un rabbrégé » du corps, où selon l'expression de Me Belot, « l'on remarque les trois mondes. »

Il convient de savoir que la main se divise en trois parties : la palme, la vole (ou éminence hypothénar) et les doigts. La face palmaire est signalée par des plis de

(1) *Aristotelis opera omnia*, éd. par G. du Val, Paris, G. Morel, 1639, 4 vol. in-fo, t. IV, Probl., Sect. X, quest. 48. — De hist. anim. L. I, ch. XV.

(2) PARÉ. — Œuvres, *Des monstres*, ch. 30.

flexion ou lignes, dont les noms varient avec les auteurs. Négligeant les lignes d'importance secondaire (voie du soleil, voie lactée) nous ne citerons que les principales. La *ligne de vie* ou cardiaque, circonscrivant l'éminence thénar, forme la base curviligne d'un triangle (triangle de Mars) dont l'*hépatique* et la *ligne de tête*, céphalique ou moyenne naturelle (1) constituent les deux autres côtés. Parallèle à la ligne de vie, la *Saturnienne* ou ligne de fortune recoupe perpendiculairement les précédentes. La *Mensale*, parallèle et supérieure à la ligne de tête, dont elle est séparée par le quadrangle de Tricasso ou Mensa est le pli de flexion des trois derniers doigts. Le *Cercle de Venus*, sus-jacent à la mensale, est le pli de flexion du médius et de l'annulaire. La *rascette*, bracelet, ou restrainte, marque les plis de flexion du poignet. Enfin la *percussion* borde la partie supérieure de l'éminence hypothénar.

Dans cet ensemble se renouvelle la correspondance des trois plans. La percussion et la restreinte, sises en la plus basse partie de la main, répondent aux rognons, et par delà au plan inférieur ou élémentaire basé sur le quaternaire. On y rencontre en effet les quatre parties organiques, chair, os, veines, nerfs, image des 4 éléments, eau, terre, feu, air, et de leurs 4 qualités : froid, humide, chaud, sec ; des 4 humeurs, des 4 mouvements, et des 4 catégories de 4 esprits, qui président au monde élémentaire, en somme, le symbole et abrégé de tous les quaternaires.

Au plan astral, basé sur le septénaire, répondent la ligne de vie et l'hépatique, solidaires du cœur. Corrélation plus étroitement affirmée par les rapports des diverses parties de la main avec les 7 planètes. La palme ou paume est la plaine de Mars ; la vole, le mont de la Lune ; aux doigts les autres astres :

> *Est pollex veneris, sed Jupiter indice gaudet,*
> *Saturnus medium, Sol medicumque tenet,*
> *Mercurius minimum, ferentem candida Luna*
> *Possidet, in cavea Mars sua castra locat.*

Ainsi Jupiter s'adjuge l'index : Saturne, le médius, Phébus, l'annulaire : Mercure, l'auriculaire : Vénus le pouce : et les bombements de la tête métacarpienne à la racine de chacun de ces doigts prendront les noms de mont de Jupiter, de Saturne, du Soleil, de Mercure, l'éminence thénar étant le mont de Vénus. De la Chambre note que cette énumération « renverse » l'ordre naturel des planètes » ce qui ne doit point « la suspecter de fausseté » mais confirme, au contraire, « la nécessité que [les observateurs] ont eue de suivre les raisons et les expériences qui leur marquoient cette vérité » (2).

Il y a plus : il faut rappeler que les planètes parcourent, au long de l'année, les douze maisons zodiacales. Les douze constellations seront donc également représentées dans ce que Peruchio appelle le zodiaque de la main. Au Bélier, le dessous du mont de Vénus ; au Taureau son milieu ; aux Gémeaux le mont de Jupiter ; au Cancer, la première jointure de l'index ; au Lion la deuxième : à la Vierge, la troisième. Ces six constellations ayant leur ascendant dans le premier semestre, ont « prééminence dessus la partie supérieure de la main. » La Balance domine la 3e : le Scorpion la 2e, le Sagittaire, la première jointure de l'annulaire ; le Capricorne le mont du Soleil, le Verseau le mont de la Lune contre la rascette ; ces six signes, réglant le dernier semestre de l'année ont « siège dessus la main inférieure. »

Le monde supérieur ou intellectuel est également représenté dans la main : non seulement par la mensale et la ligne de tête qui répondent au chef et par delà à Dieu, mais encore par « la sommité des quatre doigts » qui symbolise « tant par les ongles que leurs montagnettes la grandeur des intelligences divines, tant par leurs compositions que le nombre de quatre ; » car « en ce nombre est compris toute la divinité, le nom premièrement quadrilettre .... La divinité y est comprise. Père, Fils, St-Esprit et Ame : les quatre puissances de l'âme, intelligence, raison, fantaisie, sens : les quatre ordres principaux des anges, ainsi le tout compris intellectuel invisible comme il se voit en l'art cabaliste de Reuchlin. » (1).

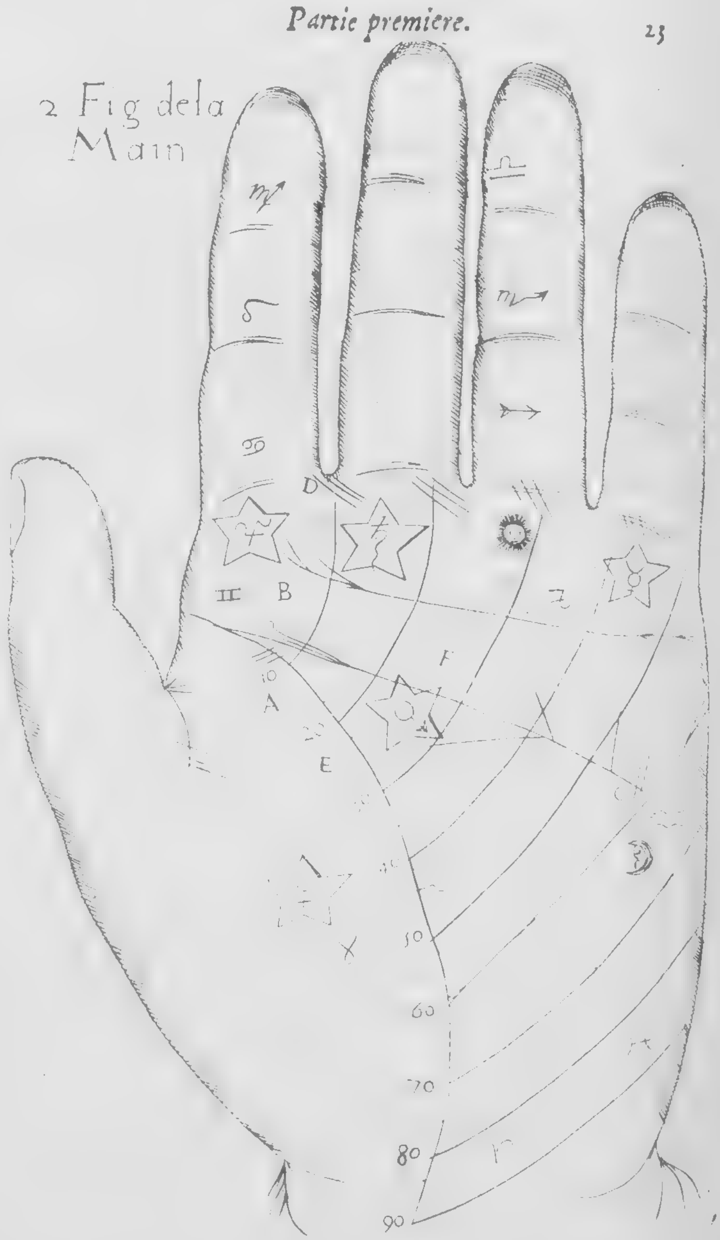


FIGURE 2. — Le zodiaque de la main, d'après Peruchio.

Tels sont les principes de la chiromancie. Reste à en considérer les procédés. On notera la forme générale de la main, celle des doigts, l'aspect des ongles, dont traite particulièrement l'*onimancie* : la sailllie ou l'effacement des monts ; les signes, croix, carrés, ronds, triangles, rameaux, chaînes, grilles, caractères grammatiformes, (*lettres sacrées*), qui émaillent la main ; la forme, la couleur, la longueur ou la brièveté, le tracé continu ou interrompu, le trajet rectiligne ou tortueux, le mode d'intersection des lignes, les incisions ou hachures qui les recoupent. Chacun de ces éléments sera apprécié tant relativement qu'absolument.

Pour interpréter par exemple la ligne de vie, on la subdivisera en 90°, équivalant au quart du cercle de 360°

(1) La moyenne naturelle de Peruchio est l'hépatique de Belot ; au contraire la ligne du foie de Tricasso et Peruchio est la céphalique de Belot. Les chiromanciens modernes nomment ligne de tête la moyenne naturelle de Peruchio et l'hépatique de Belot.

(2) L'art de connaître les hommes. Amsterdam. 1669, pp. 294-295.

(1) BELOT. — Œuvres Rouen, 1688, p. 203. — Belot s'écarte de la classique conception ternaire du monde spirituel, et se rapproche ainsi des théories d'Arnauld de Villeneuve et de Raymond Lulle sur le *spiritus*.

que le soleil décrit annuellement sur le zodiaque. Ces 90° seront répartis en neuf décades de dix points, chacune correspondant à une période décennale de la vie, si l'on évalue à 90 ans le terme ultime de la longévité.

Les éléments de ces oracles devinrent si nombreux et compliqués que nul n'en pouvait plus proférer sans le secours de livres spéciaux figurant ce qu'on appelait la *tablature* des mains. Si Pamphilius n'en distingue que six catégories, Peruchio sept, Compostus huit, Jean *ab Indagine* en compte 37, Taisnier 40, Kemker 70, Tricassus 80, Corvæus 170 !

Les pronostics sont de divers ordres, si tant est que l'on puisse dissocier les termes de ces confuses équations.

La mensale et la moyenne répondant au plan intellectuel, au chef, « magazin des sens et perfections de l'homme, comme la fantaisie, le sens commun, l'imagination, la cogitation, estimation et mémoire, » une mensale ample et claire signifiera « libéralité, magnanimité cordiale, longue vie » ; une moyenne droite et continue « grande santé, force, magnanimité et courage » (Belot).

Les lignes du plan astral laisseront préjuger de l'hérédité, que commande la planète dominatrice. On fera choix de la main « où les lignes sont plus apparentes et belles ; si c'est en la main droite, la personne ressemble à son père et a mesme tempérament....... et a pour dominateur de sa nativité une des planètes masculines qui sont Saturne, Jupiter, Mars et le Soleil et parfois Mercure lequel cause le plus souvent la génération des hermaphrodites... Si se trouvent les lignes et trancheures de la main gauche plus belles, la personne ressemble à sa mère, ayant mesme action et inclination, d'une humeur assez délicate, pour le masle plus qu'à l'ordinaire, mais pour la force d'esprit elle est assez bonne ; pour la nativité elle est nocturne et les dominateurs de la nativité sont femelles, comme la Lune, Vénus et quelquefois Mercure lequel participe de la nature féminine. »

Après la naissance, les planètes continuent de régir la destinée de l'homme et d'en imprimer en lui les marques. Elle se partagent les quatre âges de la vie. Vénus domine le premier, ère des joies ; Jupiter le second, ère du gain ; Phébus le troisième, celui des « hautes dignitez » ; Phœbé le quatrième, avènement de « la vieillesse toute faible et catareuse ».

En tenant compte de l'influence connexe des constellations zodiacales, on pourra « sçavoir les mois auxquels les évènemens que les lignes de la main nous figurent doivent advenir... par exemple s'il se rencontre des lignes au mont de l'indice, leur évènement aviendra en may à cause que les Jumeaux y dominent ; à la première journée en juin à cause du Cancer, et ainsi des autres. »

L'aspect de la main ne permet pas seulement de préjuger des destins inscrits au ciel, mais encore de l'avenir physiologique et pathologique du sujet, considéré dans le plan élémentaire ou organique.

« La ligne de vie vive en couleur et ample signifie, dit Belot, vie longue, peu de maladies ; la ligne courte ou ayant des dissections, sans couleur, dénote vie brève, maladies et imbécillité. » — 'Quiconque porte en sa ligne mensale des lignes traversantes, il peut s'assurer d'autant d'afflictions ou maladies qui proviendront. — « La femme qui a des lignes en la racine du poulce sur la montagne de Vénus, autant de lignes, autant d'enfants qu'elle aura. » — A certains signes en Y sur la main d'une femme, Jean Geber dénonce qu'elle est enceinte : et si « la vitale s'enfle entre le pouce et l'index, c'est signifiance que son fruit sera sufoqué ou quelque autre de ses enfans. »

N'allez point, devant ces pronostications, crier à l'absurde : en dehors même des influences astrales, la main n'offre-t-elle pas, au dire des bons auteurs, quelque signe du tempérament ? « *Manus*, écrit du Laurens, *non modo organorum, sed velut figura temperamenti, habitus, morum.* » (1)

Mr Belot déclare que la ligne de vie est rubiconde et large chez le cholérique ; moyenne, avec de nombreux rameaux terminaux entre Jupiter et Vénus chez le sanguin ; étroite, longue et pâle chez le phlegmatique ; courte, large, livide chez le mélancolique.

Et si vous objectez que Belot n'est pas médecin, vous ne récuserez pas, du moins, l'autorité de Cureau de la Chambre, médecin ordinaire du Grand Roi, et l'un des Quarante de l'Académie française. Son *Discours sur les principes de la Chiromance* vous en dévoilera le fondement scientifique.

Etant donné « que chaque partie noble a un certain endroit de la main qui lui est affecté, et avec lequel elle a une liaison et une sympathie particulière », on peut « juger de la bonne ou mauvaise disposition des parties intérieures qui ont sympathie avec elle ». Ainsi le foie a sympathie avec l'index, la rate avec le médius ainsi que le démontre la saignée de la salvatelle dans les affections splénétiques ; le cœur avec l'annulaire, qui est le doigt médical. D'autre part, toutes les parties ont sympathie les unes avec les autres par la voie des veines, comme l'a dit Hippocrate. Non pas qu'il faille, au surplus, nier les sympathies organo-astrales : la tuméfaction ou la rétraction du cerveau ne suivent-elles pas le cours de la Lune ? Et ne trépane-t-on pas avec plus de précaution dans la pleine lune alors que le cerveau lui aussi est alors dans son plein ? Les affections cérébrales (l'épilepsie, les transports lunatiques) ne sont-elles pas régies par le cours de Phœbé ? Le soleil, « qui est le Roy et comme le père de toutes les autres planettes » n'a-t-il pas « choisi le cœur pour son throsne », témoin, la faiblesse des malades lors des éclipses ; la langueur des facultés vitales aux solstices et équinoxes ?

A la vérité, La Chambre avoue que l'on ne saurait apporter du système astrologique « une preuve certaine ». Mais il lui « suffit de dire que jusque à ce que l'on en ait fait une plus exacte recherche, le Soleil et la Lune qui sans difficulté commandent au cœur et au cerveau nous servent de préjugé pour croire que les autres planètes ont un empire sur les membres que l'astrologie leur a fournis ; et par conséquent nous pouvons conclure que le principe qu'elle a donné à la chiromance n'est pas sans fondement » (1).

Après La Chambre, la chiromancie astrologique s'effondre. Elle n'est plus que pratique de bohémiennes, diseuses de bonne aventure et manieuses de tarots. Elle eût été mal venue en un temps où M. de Voltaire écrivait : « Quiconque prédit l'avenir est un fourbe ou un insensé » : où l'*Encyclopédie* la qualifiait d'art « vain » et « imposteur » (2).

Au XIXe siècle, l'étude de la main, reprise par quelques amateurs dépouille son occulte : la chiromancie, art divinatoire, devient la chirognomonie, science d'observation physionomique. Les uns, avec Ch. Bell, dans son *Anatomie à l'usage des peintres* étudient cet organe en tant que moyen d'expression. Stanislas d'Arpentigny qui joignait à des envolées d'idéaliste l'esprit positif d'un capitaine d'artillerie, déclara, dans un ouvrage célèbre que Dieu ayant fait « les instruments dont il nous a munis... appropriés par la variété de leurs formes à la variété de nos intelligences » on pouvait, de la chirognomonie, tirer de nombreuses inductions « sur le caractère spécial de chaque intelligence ». Il décrit la morphologie générale de la main ; la main élémentaire, la main artistique en spatule, la main utile, la main philosophique, la main psychique qui fut, assure-t-il, celle de Platon, de Jésus, de Fénelon, de Rousseau, de Châteaubriand, de Madame de Staël (!) ; la main mixte. Il passe ensuite à la morphologie particulière des phalanges : phalanges coniques des poètes lyriques et des idéalistes ; phalanges carrées ou spatulées des géomètres, des critiques, des gens positifs.

(1) Du Laurens. — *Historia anatomica humani corporis*... Francfort, M. Becker, s. d., in-f°, L. XII, III, p. 137.

(1) *Disc. sur les principes de la chiromancie*, 1653, p. 140.

(2) Diderot, d'Alembert. — *Encyclopédie*, 3e éd., Genève, Pellet, t. VII 1778, art *Chiromancie* p. 767-768.

médecins ou jurisconsultes, celle des polytechniciens et de M. Dupin aîné. Enfin, il termine par la chirognomonie ethnique et concède aux Américains des mains en spatule et des phalanges carrées.

Je dois dire qu'à ces rêveries et à ces conjectures, d'Arpentigny mêle souvent des réflexions judicieuses, profondes ou amusantes ; de nombreux traits de mœurs empruntés aux souvenirs de sa vie militaire aux quatre coins de l'Europe ; son livre est un des plus intéressants que l'on puisse lire sur la science de la main.

De la *Chirognomonie* de d'Arpentigny, épurée du fatras occultiste et astrologique, nous retombons, avec la chiromancie transcendante du *Livre d'or* d'Eliphas Lévi, et la *Chiromancie* de Desbarrolles, dans la fantasmagorie divinatoire. Desbarrolles en revient au *ternaire* magique : *mens*, corps sidéral et corps matériel ; aux conceptions fumeuses de la Kabbale ; aux divagations sur les planètes et aux prédictions enfantines : « Une double ligne de tête coupée à l'extrémité : mort sur l'échafaud ! » Le tout entrecoupé d'interviews chiromantiques d'Alexandre Dumas, de Lamartine, d'Emile Augier, de Virginie Déjazet et du tribun Proudhon. Desbarrolles discerne même chez le farouche socialiste une « organisation singulière (qui) rappelle celle de Satan » !

Tout cela est devenu bien désuet. Si la chiromancie est encore en grand usage chez les peuples de l'Islam, en Orient et dans l'Afrique du Nord, elle n'est plus chez nous que l'apanage des tireuses de cartes et somnambules extra-lucides dont la quatrième page des journaux quotidiens célèbre la clairvoyance et qui disent la bonne aventure aux courtisanes amoureuses et aux femmes de chambre en émoi.

Par contre, la science ne saurait dédaigner la chirognomonie. La main offre au médecin une partie du musée neuro-pathologique : troubles dystrophiques, ostéopathie hypertrophiante pneumique ; doigts cyanosés et endoloris par le *glossy-skin*, mutilés par le panaris de Morvan, main-syringomyélique, sclérodermique, myopathique, main pendante et flasque des polynévrites, contracturée par l'hémiplégie ou la griffe cubitale, secouée par les myoclonies et le parkinsonisme, crispée par la crampe des écrivains, déformée par les nodosités goutteuses ou le rhumatisme chronique. Au médecin légiste, les empreintes digitales et les callosités professionnelles, les stigmates de dégénérescence et de criminalité. A l'anthropologiste, l'étude de ses modifications anatomiques et fonctionnelles dans l'espace et dans le temps. La main a son évolution individuelle (éducation pédagogique et professionnelle), collective (main ethnique), et ancestrale. Elle est à la fois résultat et facteur d'évolution.

« Dans la plus ancienne histoire, dit H. Berr, l'histoire hominienne, chaque centimètre cube et chaque pli du cerveau représentent des siècles d'une lente expérience à laquelle répond l'ingéniosité croissante de la main » (1). Une fois libérée par la station bipède, la main s'est perfectionnée peu à peu pour devenir, non seulement selon le mot de Vaschide « l'organe sensoriel de la motilité », et de « nos contacts concrets avec la vie réelle », autrement dit un organe d'information, mais encore un organe de relation, par la mimique, et d'exécution utilitaire ou artistique. La physiologie de la main révèle donc une somme considérable d'acquisitions ancestrales et personnelles ; au physiologiste comme au psychologue elle révélera la puissance dynamométrique, l'adaptation motrice, les réactions émotives, les habitudes psycho-sociales du sujet. Il y a une physionomie de la main, et qui, au même titre que l'expression du visage, permet de juger de l'être intérieur. Comparez à la rude poigne d'un laboureur la paume d'un Victor Hugo ou les doigts d'un Paderewski, et vous conclurez, avec G. Rodenbach que

Les mains... sont un peu notre âme faite chair.

(1) H. Berr *in* J. de Morgan. — L'Humanité préhistorique. Paris, 1921, préf. p. X.

BIBLIOGRAPHIE

Voyez les ouvrages cités ci-dessous de B. Coclès, de Jean de Indagine, de Peruchio, de Belot, de La Chambre.

J. Hasus. — *De chiromantice arte*, Augsbourg, Jean d'Erfurt, 1519, in-4°.

R. Fludd. — *De signis sive præsagiis chiromanticis, in Integrum morborum mysterium sive medicinæ catholicæ Tomi I tractatus* II, Francfort, G. Fitzer, 1631, in f°, p. 221-231.

J. Rothmann. — *Keiromantia*, trad. en anglais par Geo-Warton, Londres, 1652, in-8°.

Cureau de la Chambre. — *Discours sur les principes de la chiromancie*, Paris, P. Rocolet, 1653, 8-150, p. in-8°.

de Montègre. — Art *chiromancie*, Dict. des sciences médicales de Panckoucke, t. V., Paris, Panckoucke, 1814, in-8°, p. 61-70.

Eliphas Lévi — *Le livre d'Or*, révélations des destinées humaines au moyen de la chiromancie transcendante, la nécromancie, la physionomancie, la géomancie, la christallomancie (*sic*) et toutes les sciences divinatoires, par Hortensius Flamel, Paris, Lavigne, 1842, in-16.

Stanislas d'Arpentigny. — *La chirognomonie ou l'art de reconnaître les tendances de l'intelligence d'après les formes de la main*, Paris, Le Clerc, 1843, 352, p. in-8°.

Ad Desbarolles. — *Chiromancie nouvelle. Les mystères de la main révélés et expliqués*, Paris, Dentu, 1859, 624, p. in-18.

P. Jacob. — *Curiosités des sciences occultes*, Paris, Delahays, 1863, 396, in-18, p. 213-235.

N. Vaschide. — *Essai sur la psychologie de la main*, Paris, Rivière, 1909, V-504 p., in-8°.

CLINIQUE MEDICALE

Les formes résolutives de la tuberculose pulmonaire de l'adulte (1)

Par le Médecin-Commandant **PILOD**,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On entend par « formes résolutives de la tuberculose pulmonaire » celles dont les lésions, au lieu de subir la dégénérescence caséeuse ou la transformation fibreuse, rétrocèdent par l'élimination plus ou moins rapide des produits pathologiques. Elles offrent donc le type le plus parfait de la guérison naturelle de la tuberculose du poumon et présentent, de ce fait, un haut intérêt pratique et doctrinal.

***

La notion de la guérison par « résolution » des lésions pulmonaires bacillaires est de connaissance relativement récente.

L'école anatomo-clinique du siècle dernier n'en avait pas envisagé la possibilité. Considérant le tubercule comme « une néoplasie fibro-caséeuse » dégénérée au centre, fibreuse à la périphérie, elle n'admettait que deux modes d'évolution des lésions tuberculeuses suivant la prédominance de l'un ou l'autre processus : la prédominance du processus dégénérateur avait pour résultat la caséification progressive du parenchyme pulmonaire avec ses conséquences fatales ; la prédominance de la réaction conjonctive avait pour effet la transformation fibreuse des tubercules par quoi l'organisme étouffe et cicatrise secondairement les lésions.

(1) Conférence faite le 9 juin 1928, au Val-de-Grâce.

Donc, pour les anciens auteurs, la tuberculose pulmonaire ne pouvait guérir que par sclérose lente.

Les constatations d'autopsie, seul moyen à l'époque de contrôler les faits cliniques, paraissaient justifier une telle opinion. Le poumon cadavérique ne révélait aux anatomo-pathologistes que les larges destructions cavitaires d'une lésion évolutive ou les témoins vieillis d'un processus cicatriciel fibreux ou crétacé. Comment d'ailleurs auraient-ils pu apprécier, à l'examen nécropsique, une guérison par résolution qui, par définition, ne laisse pas de traces ?

On manquait alors du précieux appoint de la radiologie clinique qui, du vivant du malade, dessine les lésions pulmonaires sous l'œil de l'observateur et lui permet d'assister à leurs transformations. Or c'est par le contrôle radiologique que l'école moderne a pu concevoir l'éventualité de la guérison de la tuberculose pulmonaire par résolution, en vérifiant sur les clichés pris en séries l'effacement progressif des images pathologiques.

Non seulement les phtisiologues du XIXe siècle n'avaient pu constater la régression des lésions pulmonaires, mais encore l'idée qu'ils se faisaient du processus tuberculeux ne pouvait leur permettre d'en supposer l'existence. Pour eux, l'élément spécifique de la tuberculose du poumon était le follicule giganti-cellulaire de Koster. Les follicules, par leur coalescence, formaient le tubercule qui se caséifiait dans son centre et le limitaient à la périphérie par une production conjonctive de variable importance. Par quel mécanisme cette formation fibro-caséeuse organisée aurait-elle pu se résorber et disparaître ? Ils décrivaient, il est vrai, autour du tubercule, une pneumonie réactionnelle capable de se résoudre mais ils la considéraient comme une inflammation banale de voisinage dont la rétrocession ne pouvait en aucune manière entraîner celle de la néoplasie tuberculeuse.

Ce fut le mérite incontestable de l'Ecole Lyonnaise avec Tripier, Paviot et leurs élèves Horand et Orsat, de refuser au follicule tuberculeux le caractère spécifique et primordial qui lui avait été attribué depuis Virchow et de soutenir que le processus fondamental de la lésion tuberculeuse pulmonaire est précisément cette pneumonie que leurs prédécesseurs considéraient comme banale et contingente. Ils montrèrent que, loin de se présenter comme un épiphénomène elle précède au contraire toute production caséeuse ou fibreuse et que le bacille de Koch est capable à lui seul de la créer. Cette notion fut aussitôt confirmée et complétée par de nombreuses recherches d'ordre expérimental, histo-pathologique, clinique ou radiologique. Citer leurs auteurs serait passer en revue tous les phtisiologues de l'école actuelle.

Dès 1905, le professeur Léon Bernard et Salomon apportaient au Congrès de Paris la preuve expérimentale que le bacille de Koch est susceptible de produire des lésions inflammatoires non folliculaires, macroscopiquement semblables aux granulations giganti-cellulaires, mais formées en réalité d'un simple dépôt fibrino-leucocytaire enrobant quelques bacilles.

Le professeur Letulle et ses élèves d'une part, Renon et Géraudel d'autre part, démontraient ensuite par des arguments histo-pathologiques que toutes les lésions de la tuberculose pulmonaire, nodulaires ou infiltrées, sont des lésions de pneumonie qui empruntent leur apparence particulière à leur disposition variable, tantôt en foyers circonscrits, tantôt en nappes plus ou moins étendues.

Tous ces travaux, toutes ces recherches, aboutirent à une conception nouvelle du processus de la tuberculose pulmonaire qui explique le polymorphisme histologique des lésions suivant le mode de pénétration du bacille et peut se résumer ainsi :

Lorsque le bacille de Koch, dans les états bacillémiques heureusement exceptionnel, parvient au poumon par la voie de la grande circulation, il se fixe dans le *tissu conjonctivo-vasculaire de la trame pulmonaire* et édifie, dans ce tissu *la granulation miliaire de Bayle*. Celle-ci est élémentairement constituée par le follicule de Koster avec sa cellule géante centrale entourée de sa double couronne de cellules épithélioïdes et lymphocytaires. Elle naît de la réunion d'éléments semblables qui tendent à dégénérer en leur centre et à se limiter à leur périphérie par une réaction fibreuse plus ou moins marquée. Sans doute cette lésion folliculaire de la trame peut éveiller secondairement dans les cavités aériennes adjacentes une réaction d'alvéolite, mais elle demeure dans son essence *un nodule inflammatoire du tissu conjonctif*, expression d'une infection hématogène. On pourrait dire qu'en dehors de la granulie aiguë généralisée d'Empis, affection assez rare, ces granulations giganti-cellulaires ne se rencontrent guère dans le poumon tuberculeux qu'à titre de lésion secondaire ou terminale.

Tout autre est le mécanisme ordinaire de la tuberculisation du *parenchyme pulmonaire*. Le bacille de Koch, introduit dans les alvéoles soit directement, par inhalation, soit par la voie des lymphatiques, y provoque d'emblée *une réaction pneumonique* qui marque le début de la lésion tuberculeuse. Dans son aspect histologique cette réaction pneumonique est analogue à celle de la pneumonie franche à son stade d'engouement ou à celle que peut entraîner l'inclusion dans le poumon d'un élément étranger quelconque, organisé ou non (grains de lycopode ou débris de fils de catgut par exemple). Elle se traduit par la formation d'un exsudat inflammatoire fibrino-cellulaire où se mêlent de la sérosité transsudée des capillaires dilatés, des leucocytes, des cellules desquamées. Le foyer inflammatoire peut se circonscrire à un petit îlot d'alvéolite, ou plus exactement de bronchio-alvéolite, dont les dimensions égales à celles d'un grain de mil, donnent l'aspect macroscopique du *tubercule miliaire de Laënnec*. Ce tubercule miliaire emprunte, on le voit, des analogies grossières de grosseur et de forme avec la granulation miliaire de Bayle, mais il en diffère radicalement par sa structure histologique et sa signification pathologique. Lorsque la richesse et la diffusion de l'ensemencement bacillaire s'exerce sur une plus grande étendue du parenchyme pulmonaire, la réaction alvéolaire peut affecter des territoires lobulaires, pluri-lobulaires ou lobaires.

Le foyer pneumonique initial est susceptible de regresser totalement par élimination de l'exsudat alvéolaire. Trop souvent, il subit une mortification spéciale due à l'action nécrosante des poisons tuberculeux, réglée elle-même par le jeu des thromboses lymphatiques, vasculaires et bronchiques des tissus dégénérés, qui aboutit à la formation des cavernes. D'autres fois, un travail de transformation scléreuse se dessine en plein tissu inflammatoire, se manifestant histologiquement par de l'endartérite à tendance oblitérante, de l'hyperplasie des cellules fixes, des fibres collagènes et de l'épithélium alvéolaire lui-même.

D'où trois types de pneumonies bacillaires, bien décrits par Renon et Géraudel, qui impliquent trois modes évolutifs différents :

1° La pneumonie exsudative, qui correspond aux formes « congestives » des anciens auteurs.

2° La pneumonie thrombosante, dont l'expression cli-

◆◆

nique est habituellement la forme ulcéro-caséeuse commune et, plus rarement, la pneumonie caséeuse.

3º La pneumonie sclérosante, qui définit les formes fibreuses ou fibro-congestives.

En résumé, la pneumonie bacillaire est toujours « exsudative » au début. Dans la suite, elle peut évoluer, suivant la résistance du terrain et la massivité de l'infection première, suivant le mode lentement constructeur de la pneumonie sclérosante. Mais elle peut aussi s'arrêter au stade exsudatif et éliminer son contenu alvéolaire avant toute transformation caséeuse ou fibreuse. C'est par ce processus que sont réalisées ces formes résolutives dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Formes cliniques.

Il semble, d'après ce que nous venons de dire, que toute tuberculose pulmonaire à son origine puisse rétrocéder et qu'il est artificiel de vouloir décrire des formes plus spécialement vouées à la résolution.

Il est vrai, comme M. Jaquerod (de Leysin) l'a brillamment soutenu, que la regression des lésions « peut se produire dans tous les cas de tuberculose pulmonaire quand ces lésions sont de date relativement récente » même si en quelques points limités, la dégénérescence caséeuse s'est déjà accusée.

Des faits indiscutables prouvent que cette éventualité est possible. Mais nous la croyons personnellement assez rare et imprévisible. Trop souvent nous voyons, dans les formes communes de la tuberculose, le bloc pneumonique initial s'excaver très rapidement, parfois en quelques jours, et la maladie prendre d'emblée une évolution progressive. Des exemples existent cependant de foyers récemment excavés qui se localisent, se stabilisent et dont les cavernes jeunes s'effacent et disparaissent plus ou moins complètement à la radiographie. MM. Courcoux et Gilson, Sergent, Bordet et Moïzesco, en ont rapporté, après Jaquerod, des observations probantes (*Revue de la Tuberculose*, juin 1927). Ce ne sont pas, à notre sens, des formes résolutives proprement dites, mais des cas d'exception où s'associent des phénomènes de regression et de fibrose partielle pour amener la guérison.

Ce que nous voulons comprendre sous le vocable de « formes résolutives », ce sont celles qui, le plus souvent, regressent en entier sans laisser de traces discernables. Ce sont celles qui, par leur début souvent brusque, leur évolution tantôt très courte, tantôt traînante, se rapprochent dans leur pathogénie comme dans leur allure clinique des congestions pulmonaires et des états pneumoniques aigus créés par le pneumocoque de Fraenkel-Talamon.

La plus anciennement connue des cliniciens et la plus bénigne est la forme dite *abortive*. Elle ne correspond pas, dans notre esprit, à celle qu'a magistralement décrite le professeur Bard, sorte de tuberculose fibreuse fermée, apyrétique, dans laquelle on englobait abusivement, dans l'ancienne terminologie, tous les « sommets suspects » ou « les bacilloses sans localisations définies ». Nous voulons parler de tuberculoses avérées, signées par la présence de bacilles dans l'expectoration, mais dont la symptomatologie est réduite et l'histoire relativement courte. Elles débutent par une hémoptysie, habituellement peu abondante, surprenant le malade en apparente santé. Un ou deux jours après, l'expectoration prend un aspect rouillé. On peut y déceler précocement des bacilles mais généralement on n'y parvient qu'après un délai de quelques jours. A l'un des sommets pulmonaires, on perçoit des signes légers de densification, une inspiration diminuée et basse, une expiration rude, un peu prolongée, quelques râles bulleux fins ou moyens qui disparaissent en quelques jours ou en quelques semaines. A la radioscopie, correspondant au siège des signes stethoscopiques, une ou plusieurs taches floues, qui s'effacent en quelques semaines, ne laissant aucune trace ou parfois de petits points scléreux, isolés ou groupés en corymbes le long des ramifications broncho-vasculaires. Bien des fois, à l'incorporation des recrues, nous retrouvons au cours de l'examen des poumons à l'écran, ces reliquats cicatriciels minimes, vestiges d'un épisode pulmonaire de courte durée ou d'une hémoptysie ancienne demeurée sans lendemain.

Durant l'évolution assez brève de cette tuberculose abortive, l'état général fléchit à peine, mais souvent les malades se rappellent avoir ressenti une fatigue inexpliquée dans les semaines qui ont précédé l'hémoptysie.

Très voisine de la forme abortive ainsi conçue, nous placerons celle que Jaquerod appelle *tuberculose miliaire discrète*. Il s'agit anatomiquement de petits foyers de bronchio-alvéolite clairsemés, bien individualisés sur les radiographies, couvrant parfois une étendue notable du parenchyme pulmonaire, tantôt au sommet, tantôt à la partie moyenne ou à la base, affectant, d'autres fois, une localisation juxta-hilaire. Ces petits foyers ont comme caractéristique de demeurer distincts les une des autres, de n'avoir aucune tendance dégénérative et de s'effacer plus ou moins rapidement. La symptomatologie est presque superposable à celle de la forme précédente, mais l'hémoptysie initiale est ici moins fréquente d'après nos observations et le début souvent insidieux. L'auscultation permet d'entendre, au niveau des territoires lésés, une respiration voilée et des crépitations alvéolaires qui, dans les formes juxta-hilaires, s'ordonnent le long des scissures. Les crépitations alvéolaires sont plus durables que dans les formes abortives. La température demeure subfébrile pendant un certain temps. L'expectoration, minime, se montre bacillifère. L'évolution de la tuberculose miliaire dure de trois à douze mois en moyenne. Elle aboutit le plus souvent à la disparition complète des signes cliniques et des images radiologiques.

A cette forme s'apparente « la granulie froide » de Burnand et Sayé, beaucoup plus persistante cependant que la tuberculose miliaire discrète et assurément moins bénigne.

Les *congestions pleuro-pulmonaires ou « cortico-pleurites »* sont des affections fréquemment observées dans notre milieu militaire. Elles frappent à la fois la plèvre et la corticalité du poumon et se placent, dans l'échelle nosographique, entre la pleurésie séro-fibrineuse et la pneumonie. D'origine le plus souvent pneumococcique, elles peuvent être provoquées par le bacille de Koch et se manifester sous les mêmes aspects de congestion de Woillez, de forme pleuro-pulmonaire de Potain, de spléno-pneumonie de Grancher. Cependant elles empruntent à leur étiologie spéciale quelques caractères cliniques qu'il est bon de rappeler tout d'abord.

Pour aigu qu'en soit le début, par un point de côté et une température parfois élevée, il est presque toujours possible de retrouver quelques symptômes prémonitoires d'imprégnation. Les signes de la maladie déclarée ont un caractère moins violent que dans les affections pneumococciques. Le malade est moins abattu, parfois même il ne « sent pas sa fièvre » et réclame à manger. L'évolution de l'affection est moins cyclique, la convalescence plus traînante.

MM. Caussade et André Tardieu ont insisté récemment,

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur les vitamines B contenues dans les levures, dans leurs extraits et dans leurs milieux de culture, par Raoul LECOQ, Paris, 1928, 1 vol. 68 pages avec 4 figures et 58 graphiques. Vigot frères, éditeurs, Prix : 15 fr.

Au fur et à mesure que les expériences se multiplient, la science des vitamines, mieux connue, devient également plus complexe. A la suite des remarquables travaux des écoles américaine et anglaise, l'ancienne vitamine A. d'Osborne et Mendel et de Mc Collum, s'est subdivisée en deux facteurs distincts : une vitamine antixérophtalmique, favorisant la croissance et le développement des individus, et une vitamine antirachitique ou de fixation calcique.

La pluralité de la vitamine B de Funk apparaissait également comme très probable ; l'école française — et plus spécialement l'auteur de ce travail en collaboration avec Mme Randoin et C. Funk — a très heureusement contribué à nous en fournir la preuve, sur un même animal, en l'espèce le pigeon.

Ces travaux originaux basés exclusivement sur des expériences rigoureuses, que de bons graphiques nous permettent de suivre aisément, sont pour nous du plus haut intérêt. Nous assistons ainsi, en effet, à la dissociation progressive du groupe B initial en trois facteurs distincts, à savoir : une vitamine plus spécialement antinévritique ou d'équilibre nerveux ; une vitamine d'utilisation nutritive qui intervient notamment dans le métabolisme des sucres (glucose, levulose, galactose, saccharose, maltose, lactose, etc...) et des polyoses complexes (amidons, dextrines, insuline, etc...) ; et une vitamine d'utilisation ou de croissance cellulaire.

Les deux premiers facteurs sont détruits plus ou moins rapidement par la chaleur et les alcalins, tandis que le dernier se révèle à la fois thermostable et alcalinostable. Il semble qu'à la faveur ou aux dépens de celui-ci, les levures puissent synthétiser une forte proportion de vitamine d'utilisation nutritive et même de petites quantités de vitamine anti-névritique. Mais les levures peuvent aussi bien puiser directement ces facteurs dans leurs milieux de culture quand ils s'y trouvent. On conçoit, dans ces conditions, que la valeur biologique des différentes levures varie grandement avec la composition de leurs milieux de culture ; elle est également influencée par la nature des traitements qu'on leur fait subir pour en préparer des extraits ou même très simplement pour les conserver, par dessiccation. Ainsi, des différences considérables d'activité physiologique peuvent s'observer d'une levure ou d'une préparation à l'autre. Il n'est pas besoin de souligner l'importance de ces faits au point de vue de la connaissance des phénomènes de la nutrition en général. Ajoutons qu'au point de vue thérapeutique, ils permettent d'établir scientifiquement, pour une part, le mécanisme de l'action des levures et d'expliquer la variabilité de cette action avec les sources diverses utilisées jusqu'ici sans discernement.

En résumé, c'est un livre riche enseignements, qui mérite d'être lu et qui sera consulté fréquemment avec profit.

Encyclopédie par l'Image. La Côte d'Azur. (Librairie Hachette. Un volume in 8°, papier de luxe, 95 illustrations, couverture en couleurs, broché : 4 francs.)

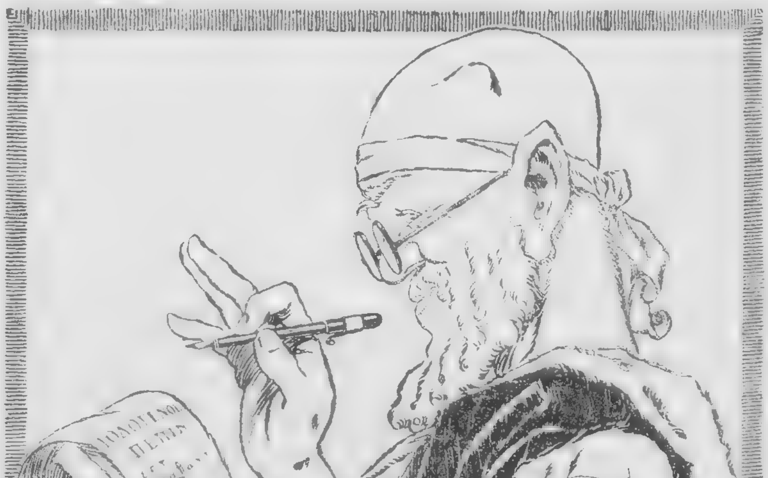
La Côte d'Azur, comme région de villégiature d'hiver, est unique. Ce besoin de villégiature, développé par la vie moderne, rencontre ici sa plus complète satisfaction. La mer dans ce qu'elle a de plus aimable, dans son attirance mystérieuse, la montagne dans ses aspects les plus variés, le soleil qui dispense sa plus pure lumière, tout se trouve associé pour les goûts les plus divers.

On peut rechercher partout ailleurs au monde un pays qui offre à un tel degré les conditions d'un printemps presque éternel. La Côte d'Azur est unique en Europe et au monde et nul pays n'attire davantage les foules cosmopolites. Elle est chérie à la fois des poètes, des peintres, des artistes, comme de la foule qui éprouve inconsciemment à son contact la révélation de la beauté.

On se réjouira donc de voir « l'Encyclopédie par l'Image » lui consacrer un de ses plus charmants fascicules. Quel hivernant, bientôt, ne voudra le posséder ?...

Un excellent journal d'information médicale anglais, le *Médical Press and Circular* vient de publier pour la seconde fois un très intéressant numéro consacré à la bibliographie des principaux livres médicaux parus au cours des mois précédents.

Cette bibliographie réalise une tentative unique et est appelée à rendre les plus grands services aux chercheurs et aux cliniciens.



à propos d'observations rapportées à la Société Médicale des Hôpitaux au cours de l'année 1927, sur la tendance remarquable de ces congestions pulmonaires à se reproduire par poussées semblables, avec des localisations identiques. Elles guérissent pour récidiver à des échéances variables. Leur nature tuberculeuse est assez rarement prouvée par la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration. Peut-être, comme le pense M. Vaudremer, sont-elles dues aux formes ultra-visibles et filtrantes du bacille de Koch. En tous cas la précession de manifestations tuberculeuses certaines, de localisations antérieures sur d'autres organes ou sur les séreuses pleurales ou péritonéales, fournit un appoint précieux au diagnostic étiologique. L'apparition d'une réaction de Besredka fortement positive, deux ou trois mois après la première poussée, semble, dans certains cas, étayer rétrospectivement les suspicions cliniques.

Dans ces formes, la radiographie ne montre qu'un voile, le plus souvent diffus, au siège de la congestion et une réaction hilaire plus ou moins accusée.

Les *cortico-pleurites superficielles*, dites de Woillez, peuvent évoluer à la base ou au sommet. A la base, elles se révèlent par un point de côté initial, de la submatité, un souffle discret autour duquel se groupent des râles bulleux fins ou moyens, variables d'un jour à l'autre, surtout inspiratoires, s'augmentant par la toux. Ce sont des râles sous-pleuraux, d'origine corticale, qui s'associent à des frottements plus superficiels encore, plus invariables et plus secs. Leur siège habituel est à l'extrême base, ou au niveau des scissures et, le plus souvent, dans la région axillaire ou sous-mamelonnaire. L'expectoration est peu abondante, au moins dans les premiers jours. L'évolution est généralement plus lente que dans la congestion de Woillez pneumococcique, mais se termine à peu près toujours simplement.

Dans les formes apicales, tout peut se résumer à de l'obscurité respiratoire et à quelques frottements mêlés de râles sous-pleuraux perceptibles dans la zone d'alarme et l'espace omo-vertébral. Ici l'expectoration peut faire presqu'entièrement défaut. La résolution est de règle avec ou sans pleurite adhésive.

Le *type pleuro-pulmonaire de Potain* ne se différencie de la congestion de Woillez que par l'existence d'un épanchement pleural surajouté, de petit volume qui, à l'examen cytologique, montre la lymphocytose habituelle des pleurésies tuberculeuses.

La *spléno-pneumonie de Grancher* offre, après un début brusque, les signes physiques d'une pleurésie avec gros épanchement. La matité est absolue, les vibrations abolies, la respiration obscure ou indistincte. A la limite supérieure de la matité, on perçoit un léger souffle à timbre pleurétique et parfois, mais tardivement, quelques râles lointains et discrets. Cependant aucun épanchement n'existe comme le démontrent la ponction exploratrice, toujours négative et l'absence de déplacement des organes.

La fièvre et les signes physiques disparaissent progressivement en un mois environ, parfois plus lentement encore, et la guérison survient, dans la plupart des cas, sans reliquats notables.

Ce groupe important des cortico-pleurites tuberculeuses sur lesquelles je crois inutile d'insister plus longuement devant vous, représente les types les plus parfaits de tuberculose résolutive puisqu'ils sont susceptibles de guérir sans laisser la moindre trace.

Beaucoup plus rares sont *les pneumonies bacillaires curables*, formes beaucoup plus sévères, proprement parenchymateuses, plus étendues, plus profondes, plus prolongées. Elles prennent rang, au point de vue de leur gravité, entre la pneumonie caséeuse et la spléno-pneumonie de Grancher et évoluent, au moins à leur début, sous le masque aigu d'une pneumonie franche.

L'observation du garde républicain Le Gl....., recueillie dans mon service, peut servir de type à sa description. Cet homme très vigoureux, âgé de 28 ans, sans antécédent notable, avait été pris brusquement à la fin de décembre 1923, d'un point de côté violent à la base droite avec fièvre élevée (39°5), dyspnée légère, toux quinteuse, expectoration rouillée, peu abondante, adhérente au crachoir. Ce début solennel avait été précédé d'une phase d'amaigrissement d'une durée d'un mois, avec asthénie et perte d'appétit, que le garde Le Gl..... avait attribuée aux fatigues du service. Pendant toute cette période, il avait ressenti quelques douleurs à droite et avait présenté une toux sèche. A son entrée à l'hôpital on notait, à la base droite, l'existence d'une matité s'étendant à tout le lobe inférieur avec vibrations exagérées et un souffle tubaire entouré de râles fins inspiratoires augmentés par la toux, de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone.

Au bout de 8 à 10 jours, la température demeurait élevée, oscillant entre 38° et 39°5, tandis que le foyer pulmonaire conservait ses signes du début avec peut-être quelques différences dans le caractère des râles, plus humides qu'auparavant et plus gros. L'expectoration, plus abondante, était devenue franchement muco-purulente. Le malade n'était pas abattu, demeurait euphorique et réclamait à manger. L'amaigrissement était notable, de 6 kilogs environ. Aucune « crise » ne s'annonçait. Ces particularités et surtout la persistance des signes pulmonaires, joints à l'absence de défervescence, nous conduisit à examiner les crachats où des bacilles de Koch se révélèrent assez abondants. Une radiographie, faite à ce moment, montrait dans toute la partie du parenchyme pulmonaire avoisinant le pôle inférieur du hile droit, une masse sombre à contours peu précis, à l'intérieur de laquelle on isolait quelques points opaques rappelant l'aspect floconneux.

La température persista entre 38° et 39°, irrégulière et variable jusqu'au 22 janvier 1924, date à laquelle elle commença à baisser progressivement mais très lentement pour ne redevenir normale qu'au début d'avril. Cependant le poids, qui était de 68 kilogs à l'entrée, se relevait assez rapidement en même temps que le malade recouvrait l'appétit. Il était de 69 kilogs à la fin de janvier, de 72 kilogs à la fin de février, de 74 kilogs en fin mars, de 76 kilogs fin avril, de 79 kilogs au début de juin, époque à laquelle Le Gl... fut envoyé au sanatorium de Vannes. Fait curieux et remarquable, le malade qui, à ce moment, c'est-à-dire six mois après le début de son affection, avait récupéré en apparence un état général parfait, dont le poids était supérieur à son poids normal avec retour des forces et appétit exagéré, dont l'apyrexie était totale, dont la tension artérielle était de 14 - 8 au Vaquez-Laubry, présentait toujours à la base droite des signes pneumoniques presque aussi marqués qu'au début. Il conservait une matité franche, un souffle aigu, surtout expiratoire avec égophonie et pectoriloquie aphone des râles bulleux éclatant après la toux à la fin de l'inspiration. Tout autour, et dans la région axillaire, des frottements fins qui avaient apparu depuis trois mois, dénotaient une participation pleurale discrète. Le souffle de la base s'était modifié maintes fois pendant cette longue évolution, prenant parfois un timbre pleurétique tellement net que j'avais, à plusieurs reprises, tenté des

ponctions exploratrices, toujours demeurées négatives. De même, les râles, tantôt fins, tantôt franchement bulleux, à moyennes ou grosses bulles, avaient offert une variabilité souvent déconcertante. L'image radiologique, bien que notablement réduite, conservait les mêmes caractéristiques générales.

L'examen des crachats, toujours abondants, révélait encore des bacilles de Koch. Tous les examens pratiqués depuis son entrée avaient été positifs. Après un an de séjour au sanatorium de Vannes et un congé de trois mois à titre de convalescence, le malade revint dans mon service le 25 septembre 1925, complètement guéri. Son aspect était demeuré floride. Son poids s'était légèrement abaissé, revenu à 76 kilogs, pour une taille de 1 m. 70, soit encore supérieur à la normale. Il était absolument apyrétique et l'était resté depuis sa sortie du Val-de-Grâce. Il ne toussait plus, ne crachait plus. Son séjour au sanatorium n'avait été traversé d'aucun incident pulmonaire. Les signes stéthacoustiques avaient presque entièrement rétrocédé. On ne trouvait à droite qu'une légère élévation de tonalité à la percussion dans toute la hauteur de l'hémithorax, des vibrations sensiblement normales, une respiration rude et quelques frottements discrets dans les régions axillaire et sousmamelonnaire.

La radiographie ne montrait qu'une légère densification bilatérale des ombres normales de structure avec quelques points crétacés au niveau du hile droit. Diaphragme normalement mobile à la radioscopie, sinus clair, sommets clairs.

L'expectoration, d'ailleurs minime et salivaire, ne renfermait plus de bacilles de Koch aux examens multipliés qui furent pratiqués pendant les trois mois qui suivirent. Deux inoculations au cobaye faites en fin décembre 1925 sont demeurées négatives.

Le Gl... a pu reprendre du service en province au mois de janvier 1926 et sa guérison s'est depuis maintenue.

Comme vous le voyez, cette observation nous offre un cas typique de ces pneumonies bacillaires curables, dont le début aigu et les signes physiques en imposent pour une pneumonie franche, dont l'évolution ultérieure fait porter le diagnostic de pneumonie caséeuse, légitimé par la persistance des signes, l'amaigrissement, la fièvre élevée, l'existence de bacilles de Kock dans les crachats et qui, contre l'attente inquiète du clinicien, rétrocèdent progressivement. L'amélioration s'annonçe par la reprise de poids et la chute lente de la température, tandis que les symptômes locaux, longtemps persistants, s'atténuent par degrés au bout de plusieurs mois. Vous voudrez bien vous rappeler aussi l'existence d'une phase prémonitoire de fléchissement organique qu'il faut savoir rechercher dans les antécédents immédiats ainsi que certaines caractéristiques curieuses : variabilité des signes stéthacoustiques, abondance de l'expectoration mucopurulente, longtemps bacillifère, et enfin possibilité d'une résolution complète des lésions après environ un an et demie à deux ans d'évolution.

Cette forme a été décrite pour la première fois par Besançon et Braun en 1912, dans un important mémoire présenté à la Société Médicale des Hôpitaux. Elle a fait l'objet de la thèse inaugurale de Braun. Elle est assez rare. Léon Bernard, Lereboullet, Savy, en ont rapporté quelques observations. Toutes ne comportent pas une terminaison aussi favorable. Dans quelques cas, certains points du foyer pneumonique subissent la dégénérescence caséeuse et évoluent suivant le mode de la phtisie commune.

Aucune vérification anatomique n'a été évidemment pratiquée de ces formes congestives ou pneumoniques dans leur période d'état. Mais l'examen des crachats, au moins dans la première partie de l'évolution de la maladie, montre, après coloration au bleu de Unna, un mucus hyalin avec des gouttelettes séro-albumineuses, de rares cellules alvéolaires, quelques polynucléaires intacts, bref la formule histologique que Besançon et I. de Jong considèrent comme caractéristique de l'alvéolite catarrhale des pneumonies au stade d'engouement. L'examen du liquide alvéolaire retiré par ponction du poumon fournit des résultats analogues. Quant à la raison qui motive la longue persistance de la pneumonie exsudative et l'absence d'évolution caséeuse immédiate, il faut la rechercher sans doute dans la résistance du terrain pulmonaire.

***

Diagnostic.

Telles sont les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire résolutive de l'adulte. Je les ai exposées dans un ordre voulu depuis les cas légers correspondant à des foyers minimes et circonscrits d'alvéolite, jusqu'à ceux où la lésion s'étend à des territoires plus larges, plus denses ou plus profonds. Elles s'apparentent, vous le voyez, malgré leurs types divers, par une série de caractères communs, qui aident au diagnostic.

Depuis les formes les plus légères de la congestion éphémère, jusqu'aux types les plus graves d'hépatisation lobaire, elles ressemblent, parfois jusqu'à l'identité, aux processus pneumoniques analogues créés par le pneumocoque. Même substratum anatomique d'alvéolite catarrhale à tendance résolutive, même évolution aiguë à début brusque, même symptomatologie clinique dans l'ensemble.

Cependant, quelques caractères les différencient des processus pneumococciques et sont comme la signature du bacille de Koch qui les provoquent. Je vous les ai signalés chemin faisant ; je vous les résume à nouveau.

Tout d'abord, l'existence d'une phase prémonitoire d'imprégnation, véritable incubation, stade de préphtisie comme dirait le professeur Sergent, qui marque chez l'adulte le réveil du bacille de Koch au sein des foyers latents où, jusqu'ici, il sommeillait inoffensif. Puis, lorsqu'éclatent les premiers signes, un état moins infectieux que dans les pneumococcies. Pas d'abattement, pas d'aspect vultueux du visage, pas de fortes températures d'emblée, avec pouls plein et bondissant, pas de céphalée violente. Le malade n'est pas inquiet, se sent à peine souffrant, conserve son appétit malgré la fièvre qui s'allume. Enfin, une évolution souvent traînante qui n'appartient qu'exceptionnellement aux états pneumococciques.

Mais il n'y a là que des nuances cliniques parfois difficiles à saisir. Le diagnostic repose tout entier sur la constatation du bacille de Koch dans l'expectoration. Il importe pour cela de multiplier les examens directs, d'avoir recours à l'homogénéisation des crachats et de renouveler l'inoculation aux cobayes.

Si on ne parvient pas à déceler le bacille, on tiendra le plus grand compte de la formule cytologique des épanchements séreux concomitants et des antécédents bacillaires du sujet.

***

Ceci dit du diagnostic, examinons rapidement par quel mécanisme s'opère la résolution des lésions et comment elle s'annonce cliniquement.

Il ne s'agit pas, évidemment, d'une résorption proprement dite des exsudats alvéolaires par la voie des capillaires lymphatico-sanguins. Ils ne suffiraient pas à la tâche, les produits inflammatoires étant abondants et se renouvelant constamment au cours de la période aiguë. C'est en réalité par l'expectoration, et presque uniquement par elle, que l'organisme se débarrasse de ses exsudats pulmonaires. La phagocytose joue moins ici que le drainage continu des alvéoles par la voie bronchique, entraînant dans l'expectoration les cellules vaincues et les bacilles agresseurs. L'abondance des crachats est donc un signe pronostique favorable et l'élimination bacillaire, même massive, n'entache pas le pronostic. Burnand se demande même si le groupement en amas des bacilles expulsés ne doit pas être considéré comme d'heureux augure puisqu'il figure une sorte d'agglutination des germes infectieux, comportant peut-être, ici comme ailleurs, la signification d'un état prelytique des microbes.

D'ailleurs c'est par la reprise de poids et l'amélioration de l'état général que s'annonce d'abord la guérison. Puis la fièvre tombe progressivement. Enfin, au fur et à mesure que l'examen clinique et radiologique nous font assister à la résolution du foyer, nous voyons l'expectoration diminuer et ne cesser qu'après que les derniers signes audibles ou visibles ont déjà disparu.

***

Pronostic immédiat et lointain.

En vous énumérant tout à l'heure les syndromes dans lesquels la guérison s'opère par régression totale, *je n'ai pas voulu dire que cette évolution idéale était de règle constante. Elle est fréquente. Elle n'est pas obligatoire*

Il est des cas très défavorables où les lésions aboutissent à la fonte caséeuse partielle alors que la résolution s'était opérée sur une partie de leur étendue. Il est des cas aussi où, après la guérison clinique de la pneumonie catarrhale, subsistent des séquelles pleuro-pulmonaires d'une désespérante ténacité (pneumonie pleurogène).

Le pronostic immédiat doit donc être toujours réservé.

De plus, la convalescence est longue et doit être toujours surveillée comme celle des pleurésies séro-fibrineuses autonomes dont le mode aigu et résolutif s'apparente étroitement aux formes pulmonaires dont nous venons de parler.

Quant au pronostic lointain, il est celui de toutes les formes de la tuberculose. Les bacilles ne sont jamais éliminés en totalité du poumon qui les a une première fois hébergés. Des réveils sont toujours possibles et l'on ne peut jamais affirmer qu'une cause occasionnelle ne viendra pas un jour réactiver le germe qui est demeuré latent, emmuré dans quelque petit nodule scléreux résiduel.

***

Traitement.

Il me reste peu à dire du traitement.

Il se résume à peu près dans l'application précoce et prolongée de la cure hygiéno-diététique commune à toutes les formes de tuberculose.

On cherchera surtout, pour aider l'organisme dans son travail de défense, à lui épargner tout effort nuisible par une cure de repos méthodique, à stimuler ses échanges respiratoires par la cure d'air, à lutter contre la désassimilation par une ration alimentaire qualitativement et quantitativement appropriée.

On se souviendra de la nécessité absolue d'une cure longtemps prolongée, même au delà de la guérison apparente. Il faut, comme dit Roux (de Lausanne), « surguérir » le tuberculeux, surveiller sa convalescence et ne parler de guérison qu'un an au moins après la disparition des signes cliniques, radiologiques et bactériologiques.

On pourra, dans certains cas très menaçants, tenter la sérothérapie antituberculeuse dont Jousset a précisé les règles d'application dans les cas aigus. Il ne faudra le faire qu'avec discernement et prudence. Peut-être pourrait-on également essayer le traitement par la sanocrysine.

Quant au pneumothorax, arme si précieuse dans les formes récemment excavées ou rapidement extensives, il ne trouve pas ici d'indication, tout au moins lorsque les lésions demeurent au stade d'alvéolite catarrhale, permettant d'escompter la résolution. On n'a pas le droit d'en faire courir les risques au patient sous prétexte de hâter la marche de la guérison. Mais on doit suivre attentivement le malade, cliniquement et radiologiquement, et rester prêt à intervenir si en quelque point la dégénérescence caséeuse vient à se manifester.

Au point de vue militaire, notre ligne de conduite doit être dictée par ces considérations : au militaire de carrière, cliniquement guéri, vous fournirez la possibilité d'une convalescence assez longue par un séjour suffisant dans un sanatorium ou par l'octroi de congés renouvelés.

Au soldat, astreint seulement au service à court terme, vous appliquerez la réforme avec pension temporaire à 100 % pour lui procurer les moyens d'une cure prolongée seule capable de consolider la guérison et de prévenir les récidives.

***

Un mot encore pour vous dire, en terminant, qu'on est assez mal renseigné sur la fréquence relative de ces formes résolutives. Il semble qu'elles soient plus communes qu'on ne le croirait au premier abord.

Elles expliquent sans nul doute ces épisodes pulmonaires mal classés, que l'on retrouve si souvent dans les antécédents des tuberculeux avérés. Elles sont a l'origine de ces petits nodules fibro-calcaires communément décelés à l'examen radiologique des poumons des sujets jeunes et aussi des cicatrices tuberculeuses souvent minimes que les anatomo-pathologistes trouvent dans la proportion de 97 à 98 % à l'autopsie d'adultes vigoureux morts à la suite de traumatismes accidentels.

CHRONIQUE

Massage gynécologique.

Il n'est pas une ressource thérapeutique qu'il soit permis de négliger dans la pratique de la gynécologie ; et il n'est pas un procedé dont un médecin, digne de ce titre, ne doive essayer de comprendre le mécanisme. Aussi convient-il de louer le Dr Louis Netter pour l'intéressant article qu'il vient de publier dans *Gynécologie et Obstétrique* sur le massage gynécologique (1).

L'auteur commence par classer en trois catégories les manœuvres utilisées en gynécologie par les massothérapeutes.

Il distingue :

1° le massage gynécologique essentiellement réflexo thérapique (effleurages, frictions circulaires, vibrations) ;

2° le massage gynécologique direct (étirement, élévation, pétrissage, pression redressante) ;

(1) Louis Netter. — Effet et mécanisme du massage gynécologique ; *Gynécologie et Obstétrique*, t. XVIII, n°2, août 1928, p. 151-173.

3° la gymnastique gynécologique de BRANDT et STAPFER ; l'étude de cette dernière méthode n'entrant pas dans le cadre du mémoire).

Les effets du massage gynécologique se présente avec un aspect tout à fait particulier caractérisé par :

1° une disproportion notoire entre la faiblesse de l'intervention et l'intensité des réactions ;

2° un rythme spécial parallèle au rythme des phénomènes physiologiques utéro-ovariens ;

3° un enchaînement et une durée très remarquables des réactions du massage. caractère qui s'explique aussi par la forme cyclique des processus menstruel et ovulaire.

Ces prémisses établies, L. NETTER aborde la description des effets du massage gynécologique, qui se répartissent en trois phases : phase immédiate, phase rapprochée, phase éloignée. Le massage doit être dosé suivant chaque cas, car c'est la dose qui règle la succession de ces effets et leur intensité, de telle sorte qu'une dose trop forte peut déterminer des effets opposés à ceux que l'on recherehe, et par conséquent nuisibles.

La courbe des réactions produite par le massage est ascendante pendant la période qui précède les époques et descendante pendant celle qui les suit ; c'est surtout au cours de cette dernière qu'on apprécie convenablement les résultats obtenus.

Suit une énumération des principales indications du massage gynécologique (annexites refroidies, cellulites pelviennes, douglassites, déviations utérines, adhérences, dysménorrhées diverses etc.).

En ce qui concerne la mécanisme de l'action du massage gynécologique, on trouve d'abord dans ce travail une description des voies sympathique de la région pelvienne. accompagnée d'une étude des modalités de conduction des réflexes partis de la zone d'action du massage.

Ces réflexes de la zone gynécologique sont aptes à produire des modifications du métabolisme des tissus pelviens, grâce à leur puissance et à leur spécificité, expliquées par plusieurs raisons ; ils obéissent aux lois de la « Dynamogénie » de BROWN-SÉQUARD, ainsi qu'à celles de PFLUGER, et ils ont la propriété de déterminer des réactions particulières dont la physionomie rappelle les processus biologiques naturels de la région pelvienne, conformément aux observations de MONAKOW et MINKOWSKY, sur l'orientation de certains réflexes provoqués, orientation parallèle à celle des réflexes normaux de la région considérée. Il y a également, dans une certaine mesure, analogie entre les réflexes provoqués par le massage et les réflexes conditionnels, tels que les définit PAWLOW.

Le massage provoque des réactions vaso-motrices, que l'auteur attribue à une vaso-dilatation active déterminée surtout par des réflexes d'axone. Il produit, en outre, des modifications dans la circulation pelvienne de la lymphe, qui devient plus rapide, et qui, assurant ainsi un drainage régional plus intense, active la décongestion locale. L'activité de la circulation sanguine et lymphatique, retentit sur la sécrétion interne de l'ovaire, généralement troublée au cours des affections utéro-annexielles ; un redressement de cette sécrétion se produit ainsi d'une manière indirecte ; mais le massage agit aussi directement sur la dysendocrinie ovarienne.

Enfin, le métabolisme des tissus pathologiques pelviens est modifié par le massage gynécologique ; le trouble qu'apporte l'inflammation dans la nutrition des tissus endommagés, se dissipe peu à peu, grâce la production des réflexes sympathiques qui interviennent dans l'atténuation de la cellulite et des empâtements. Tous les processus physico-chimiques de résorption sont ainsi favorisés par le massage.

SANTIGNY.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Neurologie.

Le traitement du goitre exophtalmique avait besoin d'une sérieuse mise au point ; c'est ce que vient de faire Jean Lépine dans le *Journal de médecine de Lyon* (20 juin 1928) ; nous extrayons de cet article les formules suivantes qu'il sera fructueux de méditer : 1° on raisonne d'ordinaire, et l'on agit. comme s'il n'y avait qu'un seul goitre exophtalmique ; 2° le syndrome de Basedow, improprement appelé maladie, dépend de causes variables, toujours multiples, et représente nécessairement un cercle vicieux du fonctionnement conjugué thyro-sympathique ; 3° la dissociation entre Basedow vrais ou faux est plus subtile que réelle ; 4° il n'y a pas un traitement, mais plusieurs traitements ; il n'y a pas opposition entre la thérapeutique médicale et la chirurgie ; surtout il n'y a pas de thérapeutique chirurgicale qui puisse faire fi de traitement médical ; 5° pour choisir le traitement à instituer, il ne faut pas se contenter d'un diagnostic simpliste et global ; 6° le repos est, plus qu'on ne le sait en général, un élément essentiel du traitement, et pour tous les cas ; 7° en ce qui concerne la médication, il y a deux orientations qui ne s'opposent du reste pas. suivant que l'on considère la maladie comme sympathique ou thyroïdienne ; dans le premier cas on se trouvera bien de la quinine et de l'ergotine ; dans le second cas on a le choix entre la sérothérapie et la médication par l'iode ; 8° les résultats de la sérothérapie sont fort inconstants. presque toujours insuffisants ; 9° La médication par l'iode très souvent utile, est une arme à deux tranchants ; 10° si le goitre exophtalmique est léger, il est guéri à la fois par le repos, les médicaments du groupe quinine-ergotine et l'iode ; s'il est plus grave, il faut recourir à la radiothérapie et à la chirurgie ; 11° la radiothérapie, maniée avec compétence, donne des résultats merveilleux, mais elle doit être précédée d'une longue période de repos au lit ; 12° avant toute intervention chirurgicale, il est indispensable de faire un traitement par l'iode, seul moyen de prévenir les accidents de déficit et de cachexie strumiprive ; de même les résultats opératoires sont meilleurs quand on a commencé par la radiothérapie ; 13° l'opération sera presque toujours une thyroïdectomie partielle, exceptionnellement une ligature des artères thyroïdiennes ; 14° il reste bien entendu que. si le traitement chirurgical demeure nécessaire pour un certain nombre de cas, presque toujours des résultats équivalents, et peut-être plus durables, peuvent être obtenus par la radiothérapie ; 15° quant au traitement médical proprement dit. comportant d'abord le repos au lit, ensuite le régime, puis les médicaments et le traitement moral, il est toujours indispensable et parfois suffisant.

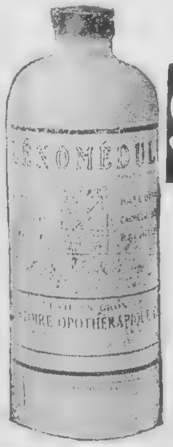
Syphilis.

Un traitement arsenical correct n'est pas toujours suffisant et n'empêche pas certains malades de présenter des accidents souvent contagieux : Ch. Laurent rapporte cinq de ces cas, exceptionnels hier, assez fréquents aujourd'hui *Loire médicale*, mai 1928.) Il semble que la syphilis évolue malgré le traitement le plus régulier et la répétition des doses fortes ; ces cas impressionnants s'expliqueraient par la réaction d'une race de tréponèmes arsénorésistants ; il serait intéressant de savoir si l'agent causal de la contagion ne provient pas d'un malade traité par les arsénobenzols de façon insuffisante. Ces faits sont graves au point de vue de la prophylaxie de la syphilis et ils orienteront peut-être *tous les dix ans* vers une thérapeutique nouvelle qui à son tour s'émoussera avec le temps ; la seule conclusion pratique à en tirer consiste à combiner les diverses médications.

Cancer.

La modalité pseudo-splénomégalique du cancer de l'estomac répond aux localisations hautes dont le diagnostic présente une réelle difficulté (A. Cade, *Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1928.) Une palpation attentive de l'hypochondre gauche révèle l'existence d'une tumeur, mobile dans les mouvements respiratoires, et à bord inférieur net et arrondi, qui fait penser à une rate hypertrophiée ou simplement ptosée, elle est liée à une infiltration néoplasique, primitive ou secondaire, non orificielle, de l'une ou des deux faces de l'estomac dans sa portion élevée. Le diagnostic sera basé sur la recherche et l'apparition des éléments symptomatiques suivants : 1° les troubles dys-





peptiques sont discrets et peu caractéristiques, l'anorexie et surtout l'hématémèse ont une réelle valeur : 2° les modifications de l'état général n'ont qu'une importance de second plan ; 3° les résultats de la palpation sont, dans quelques cas, de nature à orienter le diagnostic ; 4° la radioscopie fournit des résultats inconstants ou d'interprétation difficile : 5° l'examen du sang est en général de peu de secours ; 6° la fièvre observée parfois n'a aucune valeur ; 7° les résultats du chimisme gastrique sont très importants, sans avoir rien d'absolu ; 8° la constatation d'hémorragies occultes fécales, nettes, persistantes, est douée d'un très gros appoint pour le diagnostic. Dans l'état actuel l'affirmation du siège et de la nature de la lésion ne comporte pas de conclusion thérapeutique importante.

Chirurgie.

La vésicule-fraise, décrite par Mac Carthy, n'est pas exceptionnelle, puisqu'elle se rencontre sous une forme plus ou moins fruste, dans 18 % environ des cas de vésicules opérées. Jean et Villechaise (de Toulon) en décrivent un cas typique (*Gazette médicale de France*, 15 août 1928), chez une malade présentant tous les signes de la lithiase biliaire ; l'ictère avait les caractères d'un ictère par obstruction ou occlusion cholédocienne ; l'infection biliaire était nette, le syndrome dans l'intervalle des crises était celui d'une cholécystite chronique ; l'intérêt de l'observation tient au caractère inflammatoire des lésions contrôlé par l'opération et l'examen histologique. La vésicule-fraise, au sujet de laquelle on a édifié de nombreuses théories pathogéniques, ne constitue pas une entité nosographique réelle ; les auteurs proposent de la désigner sous le terme de *cholécystite aspect fraise*.

La résection du nerf présacré guérit ou améliore la douleur d'origine pelvienne, plus particulièrement dans les affections gynécologiques : ovarite, sclérokystique, cancer pelvien (utérin, prostatique ou rectal), reliquats d'annexectomie pour salpingite ou grossesse extra-utérine, prurit vulvaire, kraurosis vulvæ, vaginisme. Baranger, du Mans (*Gazette médicale de France*, 15 août 1928) a pratiqué cette intervention dans 4 cas : une fois pour douleurs pelviennes consécutives à une hystérectomie totale, trois fois pour des douleurs pelviennes rattachables à de l'ovarite scléro-kystique. Il semble que le triomphe de l'opération et l'indication capitale soient l'ovarite scléro-kystique.

Les blessures par crayons d'aniline sont graves (Michel, Guibal et Rény, (*Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1928), car elles déterminent des nécroses locales qui peuvent amener l'amputation d'un doigt, des troubles toxi-infectieux consécutifs à la diffusion du colorant autour du point d'inoculation et des accidents généraux : malaise, abattement, céphalée, inappétence, troubles digestifs, ictère et fièvre. Le traitement consiste à exciser largement les tissus lésés et à racourir aux pansements alcoolisés qui dissolvent pus rapidement le colorant. Deux observations, concernant deux plaies de la main par crayon d'aniline, montrent qu'il est nécessaire d'extraire précocement les mines cassées et incluses dans les tissus.

Electricité

La diathermie a une supériorité incontestable sur le traitement classique des inflammations pelviennes par les injections chaudes (E. Vayssière, *Marseille médical*, 15 août 1928) : même à 50°, même prolongées, ces dernières n'élèvent pas la température à une distance suffisante de la paroi vaginale et n'influencent pas les lésions un peu éloignées des culs-de-sac. La diathermie agit, par la bougie vaginale, au centre des lésions, en profondeur et fait disparaître les douleurs des annexites et des congestions pelviennes ; l'action est également très favorable dans les ménorrhagies, les adhérences post-opératoires et les douleurs de voisinage (myalgies, lumbalgies, sciatiques, coccygodinies) si communes en gynécologie ; l'action microbicide est incertaine. C'est une thérapeutique qui vient s'ajouter aux autres et qu'il importe de ne pas négliger.

Parasitologie

L'étude des moustiques se renouvelle et se perfectionne constamment (Jules Guiart, *Journal de médecine de Lyon*, 5 juillet 1928.) Les Cousins et les Stégomyes sont des moustiques citadins, qui se développent dans les égouts, les fosses d'aisance et inoculent la filariose, la fièvre jaune et la dengue ; les Anophèles sont des moustiques campagnards, qui se développent dans les eaux propres et aérées et inoculent le paludisme. En France le paludisme est en voie de disparition, parce que les paysans, mieux nourris, sont plus résistants, et que les moustiques sont devenus zoophiles et piquent le bétail de préférence à l'homme ; d'ailleurs les conditions de transmission sont extrêmement nombreuses et difficiles à réunir : 1° il faut des paludéens qu'ils soient porteurs de croissants et ces derniers assez nombreux (5 % seulement en France) : 2° il faut aussi des moustiques, que ce soient des Anophèles, que ces derniers soient extrêmement nombreux, appartiennent à une race piquant l'homme et vivant assez longtemps (2 à 3 semaines) dans des conditions de température au-dessus de 17° et de préférence à 25° pour permettre aux croissants de se transformer en sporozoïtes dans leur organisme : 3° enfin il faut des individus à la fois sains et en état de moindre résistance.

Varia.

Savoir et retenir les symptômes caractéristiques d'une maladie constitue la substratum nécessaire de la science du médecin. Malgré cela, celui-ci n'évitera pas toujours des erreurs de diagnostic. A cela deux raisons, d'abord la maladie peut revêtir des aspects cliniques inaccoutumés ; en second lieu, il reste toujours vrai que, pour diagnostiquer certaines affections, *il faut y penser* (Peignaux, d'Angers.)

L'héméralopie, même légère, doit toujours retenir l'attention du médecin et justifie immédiatement un examen complet des yeux (Rabiaud, de La Rochelle.)

Traiter une métrite du col par une thérapeutique purement vaginale, c'est vouloir guérir une fistule d'ostéite chronique par application de médicaments sur l'orifice cutané de la fistule (Robert Cleuet, de Lille.)

Il y a une mode en pathologie, c'est ce que les anciens appelaient le génie épidémique. Si toutes les maladies ne la suivent pas avec la même rigueur, il en est qui sont strictement asservies ; elles prennent ainsi suivant les années ou les saisons les aspects infiniment différents bien faits pour dérouter les médecins (J. Euzière et P. Pagès, de Montpellier.)

En radiologie, c'est rompre en visière avec la clinique que de procéder à l'exameu isolé et systématique d'un organe qui se trouve noyé dans une région au milieu des autres organes, est accolé à ces derniers, subit leurs réactions ou leur impose les siennes. Cette vérité clinique, qui commence seulement à devenir banale, n'a pu triompher qu'après la publication de nombreusee erreurs de diagnostic et partant de thérapeutique, dues à des examens incomplets (H. Josse, d'Alger.)

J. Lafont

VARIÉTÉS

Modes féminines et dermatoses

Le Dr Ch. Laurent publie dans *La Loire Médicale* (août 1928) quelques réflexions d'ordre pratique dont le lecteur pourra tirer profit :

« Vous étonneriez de nombreuses femmes en leur apprenant que les modes actuelles peuvent engendrer certaines dermatoses que leurs grand'mères ignoraient. Vous les étonneriez bien davantage encore si vous leur appreniez que ces dermatoses sont dues à un véritable manque d'hygiène, disons même le mot à une véritable absence de soins. C'est pourtant le cas des infections rétroauriculaires eczématisées. Nous employons à dessein ce mot et évitons avec soin les noms d'eczéma, de séborrhéides, d'eczéma séborrhéique et de parakératose sporiasiforme. C'est ainsi affirmer indirectement l'origine externe de ces troubles cutanés qui, à notre sens, sont devenus de plus en plus fréquents.

Faut-il nous étonner de cette fréquence : assurément non. Il y a bien longtemps que M. le professeur Audry, de Toulouse, avait insisté sur la fréquence des séborrhéides rétro-auriculaires des religieuses et des femmes de la région toulousaine nanties de coiffures enserrant les oreilles et les maintenant en contact constant contre la peau de la région mastoïdienne. Ces faits, nous les avons bien souvent constatés nous-même et avons été très surpris du nombre considérable de religieuses venues nous consulter pour de l'infection rétroauriculaire eczématisée. Nous cessons l'emploi du terme impropre d'eczéma au risque d'être moins compris, mais nous reviendrons tout à l'heure sur tout ce qu'a d'impropre cette dénomination.

Actuellement, le mal n'est plus seulement localisé dans le monde religieux, il n'est plus l'apanage de ces bonnes vieilles femmes des régions rurales porteuses, dès le matin, d'un chapeau solidement enfoncé sur la tête et maintenu par un ruban serré. Heureux quand le chapeau n'est pas complété par une coiffe ou un bonnet... Le mal est devenu une menace pour toutes les femmes assujetties à la tyrannie de la mode. Les motifs en sont très aisément explicables. Jadis les femmes aux longs cheveux relevaient ceux-ci sur la tête et les oreilles étaient aérées et dégagées. Les femmes étaient fières de leurs oreilles, et comme celles-ci étaient étalées aux yeux de tous, on les soignait avec rigueur et méthode. La nuit les cheveux étaient mis en nattes, et les oreilles plus dégagées encore restaient à l'air pendant toute la nuit. Pour ajouter à cette hygiène des oreilles, de petits chapeaux étaient posés sur le sommet de la tête, en équilibre nécessitant l'usage d'une épingle menaçante. Contemplez quelques photographies prises autour de 1910... Plus que toutes ces lignes elles illustreront mes dires. Les temps actuels ont imposé une mode qui est le contre-pied de tout cela. Les cheveux sont courts, la nuque est dégagée, mais les oreilles sont solidement recouvertes par des cheveux, elles vivent, ces pauvres prisonnières, sous une épaisse fourrure de poils, elles ne connaissent plus l'aération, et pour augmenter encore de temps à autre la douce chaleur de l'étuve, le fer du friseur vient réchauffer l'atmosphère. Passons au supplice de la nuit. Aucune femme ne veut, même pendant son sommeil, donner un peu d'air aux recluses et ne songe à relever avec un ruban les « crans » dont la mise en pli se trouverait influencé par ce lien nocturne de la façon la plus fâcheuse. Ajoutez, enfin, que souvent les femmes ne sont point soigneuses de ce qu'on ne voit pas. Tous nous pourrions en témoigner. Et alors les lavages rigoureux, les lotions alcoolisées du sillon rétroauriculaire, les poudrages isolants et même le bon savonnage ne se font plus. Au manque d'air s'ajoute la poussière du local... Que dire de la coiffure féminine : elle complète encore les inconvénients de la coupe des cheveux. Le chapeau est en feutre onze mois sur douze ; il ne se porte pas comme le chapeau masculin jusqu'au niveau de l'oreille, il est étroit, serré, et doit s'enfoncer à fond pour recouvrir toute la conque auriculaire et la maintenir serrée contre la région mastoïdienne.

Voici les causes du mal. Voyons maintenant le mal lui-même. Son étude est une confirmation indirecte des idées de M. Sabouraud sur la genèse de ces eczématisations microbiennes de la région rétroauriculaire.

Glandes sébacées, glandes sudoripares nombreuses avec une sécrétion plus abondante que la normale, par suite de la chaleur entretenue artificiellement par le revêtement des cheveux et accessoirement du chapeau. Propreté moindre, lavages moins fréquents et peut-être très accessoirement une tendance morbide, voici les causes. Qu'un agent pathogène existe, le streptocoque le plus souvent, une fissuration rétroauriculaire se forme, un état lamelleux des couches épidermiques s'établit, des croûtes grasses s'agglomèrent, l'état est analogue à tous ceux que l'on observe à la région sous-mammaire, aux plis inguinaux génitaux. C'est l'intertrigo streptococcique si bien décrit par M. Sabouraud. Un degré de plus, la lésion devient rouge, elle s'eczématise, mais n'est pas de l'eczéma. Au lieu de demeurer localisée aux oreilles, elle s'étend au cuir chevelu, et l'on a alors affaire à une lésion étendue si bien eczématisée que la plupart la dénomme encore : eczéma séborrhéique ou simplement ezcéma du cuir chevelu et des oreilles. On doit, en toute rigueur, la dénommer avec M. Sabouraud : intertrigo rétroauriculaire avec le sens d'infection microbienne qu'il comporte. S'il restait des doutes sur cette origine externe de ces lésions si fréquentes et si méconnues de la généralité des thérapeutes qui s'évertuent à les soigner à coups de régimes aussi sévères qu'inutiles, on pourrait les dissiper encore par cette véritable expérience due aux modes de la femme qui a multiplié à l'excès le nombre de ces intertrigos en créant de toutes pièces chez toutes les femmes d'admirables milieux de culture microbienne à l'ombre chaude des cheveux et des chapeaux.

La connaissance de ces faits n'est pas vaine. Elle peut permettre à tous d'obtenir des succès thérapeutiques faciles si on compare cette facilité relative à la difficulté si grande de guérir le véritable eczéma. Il faut sans doute calmer quelquefois, avant d'agir, une irritation secondaire par des applications de compresses émollientes, mais ceci fait, on viendra assez vite aux antiseptiques et aux pommades soufrées. Les premiers iront du bleu de méthylène au nitrate d'argent, les applications soufrées se feront sous forme de pommade à 1/50 ou de suspension de soufre précipité. Les formules complexes des baumes donneront souvent d'éclatants succès. Cette thérapeutique s'oppose à celle que l'on est obligé d'employer dans les véritables eczémas qui doit être toute douceur et prudence.

Ces quelques notions n'ont pas pour but de modifier la mode féminine. Ce serait être vraiment bien jeune, bien enfant même que de s'imaginer modifier une mode sous prétexte de santé... Autant essayer de modifier les lois de la pesanteur. Elles indiqueront simplement aux médecins ce qu'il faut faire en pareille ocurrence. S'ils ont beaucoup d'autorité sur leur clientèle féminine, ce qui est en somme assez rare, ils pourront peut-être pour un temps obtenir que, sacrifiant une heure ou deux chaque jour à la tyrannie de la mode, leur malades prennent un soin méticuleux de leurs oreilles et ne leur refusent pas un peu d'air d'une heure ou deux par jour. Femmes, mes sœurs, soyez bonnes pour vos oreilles ! Ne les laissez pas vivre en prison. Tous les prisonniers se promènent deux heures par jour au grand air. »

NOUVELLES

Congrès international de psychologie appliquée. — Ce Congrès se tiendra à Paris, en octobre prochain, au Palais-Royal dans les locaux mis à sa disposition par l'Institut de coopération intellectuelle de la Société des Nations.

Hôpital Boucicaut (72, rue de la Convention). — *Cours de technique élémentaire médico-chirurgicale du lundi 1er octobre au samedi 10 novembre inclus.* — Ce cours, exclusivement réservé aux étudiants en médecine de première année avant le début de leur stage hospitalier, aura lieu chaque matin, à 10 heures, à l'hôpital Boucicaut, sauf le dimanche, sous la direction de MM. Courcoux et Trémolières, médecins de l'hôpital Boucicaut, de M. Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut ; avec la collaboration de M. Guilbert, radiologiste de l'hôpital Boucicaut, et de MM. Rouillard et Rouhier, médecin et chirurgien des hôpitaux, de MM. Bidermann et Tardieu, assistants à l'hôpital Boucicaut.

Programme du cours. — Lundi 1er octobre : Exploration chirurgicale du genou et du coude. — Mardi 2 octobre : Notions générales sur le tube digestif et ses annexes. — Mercredi 3 octobre : Exploration chirurgicale de l'épaule et de la hanche. — Jeudi 4 octobre : Notions générales sur le tube digestif et ses annexes. — Vendredi 5 octobre : Exploration chirurgicale du poignet et du cou-de-pied. — Samedi 6 octobre : Les méthodes d'examen du tube digestif. (Exploration clinique. Examens de laboratoire). — Lundi 8 octobre : Exame des fractures des os longs. — Mardi 9 octobre : Notions générales sur les voies respiratoires supérieures, leurs lésions et leurs moyens d'exploration. — Mercredi 10 octobre : L'examen radiologique du tube digestif et de la vésicule biliaire.— Jeudi 11 octobre : Examen des abcès et des tumeurs. — Vendredi 12 octobre : Les principales affections du tube digestif. — Samedi 13 octobre : Les principales affections du péritoine. — Lundi 15 octobre : Notions générales sur l'appareil pulmonaire. Bronches, poumons, plèvres. — Mardi 16 octobre : Examen chirurgical de la poitrine et de la mamelle. — Mercredi 17 octobre ; Les lésions et principales maladies de l'appareil pulmonaire. — Jeudi 18 octobre : Notions générales sur le système nerveux. — Vendredi 19 octobre : Examen chirurgical de l'abdomen. — Samedi 20 octobre : Les principales affections du système nerveux central et périphérique. — Lundi 22 octobre : Exploration chirurgicale du cou et de la colonne vertébrale. — Mardi 23 octobre : Principes généraux sur les moyens d'exploration de l'appareil pulmonaire. — Mercredi 24 octobre : Palpation. Percussion. Auscultation. — Jeudi 25 octobre : Examen chirurgical des organes génitaux de l'homme, de l'anus et du rectum. — Vendredi 26 octobre : Notions générales sur le cœur et les vaisseaux. — Samedi 27 octobre : L'exploration radiologique des poumons. — Lundi 29 octobre : Examen clinique et radiologique du cœur. — Mardi 30 octobre : Examen clinique des organes génitaux de la femme. — Mercredi 31 octobre : Les principales affections de l'appareil cardio-vasculaire. — Vendredi 2 novembre : Comment on examine un blessé du crâne.— Samedi 3 novembre : Fonctions des reins : Lundi 5 novembre : Maladies des reins et moyens d'exploration. — Mardi 6 novembre : Confection et applications des appareils plâtrés. — Mercredi 7 novembre : Notions générales sur les maladies microbiennes. — Jeudi 8 novembre : La tuberculose et la syphilis. — Vendredi 9 novembre : Les maladies contagieuses. — Samedi 10 novembre : Hygiène hospitalière.

Cours de revision d'une semaine (22 au 27 octobre 1928) sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne, sous la direction du professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Faroy, Harvier, P. Pruvost Weissembach, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston-Durand, Henri Durand, Fernet, Joannon, Perisson, anciens internes des hôpitaux.

Programme du cours. — 1° Chaque matin dans un hôpital différent. 9 h. 1/2 à 11 heures : Exercices pratiques au lit des malades ; 11 heures à midi : Démonstration pratique. Lundi 22, M. C. Lian, hôpital Tenon ; mardi 23, M. Aubertin, hôpital de la Pitié ; mercredi 24, professeur Sergent, hôpital de la Charité ;

jeudi 25, M. FERNET, hôpital St-Louis (service de M. Lortat-Jacob); vendredi 26, M. FAROY, hospice de la Salpêtrière ; samedi 27, M. PERISSON, hospice de la Salpêtrière (service du professeur GUILLAIN).

2° L'après-midi à l'hôpital de la Charité. 3 heures à 4 heures: Démonstration pratique. Service ou laboratoire du professeur SERGENT. 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques : Amphithéâtre de la Clinique du professeur SERGENT. La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur SERGENT.

Lundi 22 3 heures à 4 heures, M. Henri DURAND (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. PRUVOST (appareil respiratoire). — Mardi 23 : 3 heures à 4 heures, M. C. LIAN (cœur, vaisseaux) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. PERISSON (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. CHABROL (foie, nutrition). — Mercredi 24 : 3 heures à 4 heures, M. PERISSON (neurologie) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FAROY (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. HARVIER (endocrinologie) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. ABRAMI (pathologie générale). — Jeudi 25 : 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. FERNET (peau et syphilis) ; 5 h. 1/2 à 6 heures, M. JOANNON (hygiène) ; 6 heures à 6 h. 1/2, M. AUBERTIN (sang). — Vendredi 26 : 3 heures à 4 heures, M. VEISSENBACH (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. DUVOIR (médecine légale) ; 8 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston DURAND (intestin). — Samedi 27 : 3 heures à 4 heures, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. BLECHMANN ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. le professeur SERGENT (appareil respiratoire).

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin de 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi de 3 heures à 4 heures, les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 francs. S'inscrire à l'hôpital Tenon, auprès du Dr BLONDEL, assistant du Dr LIAN, soit à l'avance par correspondance, soit le lundi matin 22 octobre à l'ouverture du cours. Les conférences cliniques (4 h 1/4 à h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine,

Hôpital Saint-Michel. (33, rue Olivier-de-Serres, 15e). — *Enseignement schématique de la gastro-entérologie*, par le Dr Maurice DELORT. — Une leçon par semaine, d'octobre à février. Présentation d'images, films cinématographiques, clichés radiographiques, schémas. etc..., concernant l'anatomie et la thérapeutique des voies digestives en 20 leçons. Ces leçons seront faites les lundis, à 14 heures précises, et dureront une demi-heure environ. Elles commenceront le lundi 1er octobre et se termineront fin février. Elles comporteront la présentation de figures, avec un minimum de commentaires. A l'issue des cours, les auditeurs pourront recevoir des albums avec reproduction des schémas et figures présentés.

1er octobre, 1re leçon : L'œsophage, anatomie, physiologie, exploration. — 8 octobre, 2e leçon : L'œsophage, les maladies. — 15 octobre, 3e leçon : Estomac. anatomie, physiologie, exploration. — 22 octobre : 4e leçon : Estomac, les maladies. — 29 octobre, 5e leçon : Estomac. les maladies (suite). — 5 novembre, 6e leçon. Estomac, les maladies (suite). — 12 novembre, 7e leçon : Duodénum, anatomie, physiologie. exploration. — 19 novembre, 8e leçon : Duodénum, les maladies. — 27 novembre. 9e leçon : Duodénum, les maladies (suite). — 3 décembre, 10e leçon : Intestin grêle, anatomie, physiologie exploration. — 10 décembre, 11e leçon : Intestin grêle, les maladies. — 17 décembre, 12e leçon : Intestin grêle, les maladies (suite). — 7 janvier, 13e leçon : Intestin grêle, les maladies (suite). — 14 janvier, 14e leçon : Cæcum et appendice, anatomie, physiologie, exploration. — 21 janvier, 15e leçon : Cæcum et appendice. les maladies — 28 janvier, 16e leçon : Côlon, anatomie, physiologie, exploration. — 4 février, 17e leçon : Côlon, les maladies. — 11 février, 18e leçon : Côlon, les maladies (suite). — 18 février, 19e leçon : Rectosigmoïde et anus, anatomie, physiologie, exploration. — 25 février, 20e leçon : Rectosigmoïde et anus, les maladies.

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 29 octobre 1928, à 8 h. 30, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Bureau du service de santé de l'Administration de l'assistance publique, de 14 heures à 17 heures, du lundi 1er au lundi 15 octobre 1928 inclusivement.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Le gui en thérapeutique.

Il y a déjà vingt ans que le Dr M. Leprince a élucidé la constitution des principes actifs du gui (C. R. Ac. Sc. 15 nov. 1907) tandis que J. Chevalier en établissait la pharmacodynamie (C. R. A. Sc. 25 nov. 1907, C. R. Soc. Biol. LXIV. 2. 1908, C. R. Soc. Thérap. 11 mars 1908).

Depuis cette époque, de nombreux travaux chimiques et physiologiques furent exécutés en France et à l étranger, mais ils ne firent que confirmer et préciser les conclusions de ces deux auteurs qui avaient, en outre, nettement déterminé les indications thérapeutiques de cette drogue en fonction de ses propriétés pharmacodynamiques.

Si le gui a pris, en thérapeutique cardio-vasculaire, la place prépondérante parmi les hypotenseurs et s'il a résisté à l'épreuve du temps, qui juge les médications, si la *Guipsine* elle même reste la *seule préparation de gui qui soit actuellement prescrite* c'est que, comme le montrait encore récemment Nicolini (*Arch. di Farmac. e Sc. Aff.* XLVI. I. 1927), cette drogue constitue un complexe actif d'un alcaloïde et de deux glucosides dont les propriétés thérapeutiques s'additionnent et se complètent pour en faire un cardio-vasculaire périphérique, régulateur de la tension sanguine et du travail du cœur, un diurétique et un excitant des fonctions hépatiques.

L'expérimentation physiologique, d'accord avec la clinique thérapeutique, a reconnu que le gui était le seul hypotenseur réellement actif et susceptible de déterminer au bout d un certain temps la sédation des troubles cardio-vasculaires et des symptômes fonctionnels dans les cas d'hypertension permanente parce que, comme l'a dit Huchard, il agit physiologiquement. Il provoque, en effet, la chute de la tension sanguine par action sur le système artérioso-veineux périphérique en déterminant une vaso-dilatation de ces vaisseaux et l'amélioration de la circulation générale par diminution du tonus exercé sur eux par le bulbe et la moelle (Busquet, Chevalier) et par la sédation de l'excitabilité des muscles à fibres lisses des tuniques artérielles et veineuses (Fubini et Antonini).

Cette action hypotensive est corroborée par l'amélioration et la régularisation du travail du cœur constatée par Huchard, Lagrange, Busquet et prolongée et rendue durable par son action déchlorurante et azoturique rénale (Chevalier. Pic et Bonnamour).

Ces divers phénomènes et la disparition des symptômes fonctionnels ou douloureux de l'hypertension, se manifestent dès les premières heures qui suivent l'administration du gui ; mais cette action n'est pas brutale comme avec les vaso-dilatateurs actifs tels que les nitrites ou les dérivés nitrés organiques qui perturbent l'équilibre tensionnel (Delacre) n'agissent que transitoirement, se continuent comme dépresseurs du cœur (Al. Robin, Couderc) et provoquent souvent des accidents secondaires (Mattei, Dias, Cavaroni). Ils sont, du reste, de plus en plus abandonnés. Les dérivés benzyliques, le benzoate de benzyle, la papavérine qui avaient, à la suite des travaux de Pal et Macht, donné des espoirs se sont montrés peu actifs et infidèles (Mattei, Chardonneau) et, si on veut agir sur le système nerveux central, on utilise, malgré ses inconvénients, le chloral dont les effets hypno-anesthésiques déterminent de l'hypotension.

L'action diurétique des silicates, mise en lumière par Sartori et Scheffler peut déterminer des chutes de pression, mais faibles et de peu de durée (Chardonneau) car il se fait rapidement de l'accoutumance.

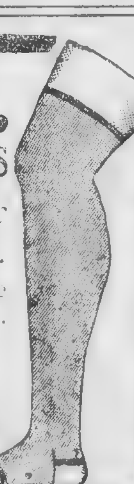
Les résultats expérimentaux obtenus par les physiologistes étudiant les propriétés des divers extraits opothérapiques ont montré que bon nombre d'entre eux provoquent de la vaso-dilatation et de l'hypotension.

La vogue de cette médication a conduit à la prescrire comme hypotenseur, mais les résultats furent très réduits et tout à fait individuels, si bien, que pour augmenter les chances de succès on prescrivit, sans discernement, des associations polyglandulaires. Les résultats ont été souvent négatifs mais parfois déplorables et ces associations de même que celles de plusieurs hypotenseurs minéraux ou organiques ne doivent être prescrites que dans des cas tres spéciaux.

Si on veut provoquer sûrement une modification de la circulation périphérique et de la nutrition générale dans les cas d'artério-sclérose accompagnés ou non de néphro-sclérose, dans les troubles nerveux ou de nutrition en rapport avec les spasmes vasculaires et de l'hypertension, migraines, vertiges, hémorragies congestives, etc .., il faut que le médicament prescrit agisse physiologiquement pour être actif et d'action durable.

La *guipsine*, par ses propriétés pharmacodynamiques, répond à cette condition et c'est pourquoi elle est restée dans la thérapeutique alors que tous ses succédanés ont presque disparu.

Six à huit pilules par jour constituent la dose thérapeutique normale qui doit être prise pendant une dizaine de jours consécutifs pour provoquer la chute de la pression. Une dose d'entretien plus faible, variable suivant les malades, suffira à la maintenir.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 39 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 SEPTEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger 1re zone.......... 70 fr.
Étranger 2e zone.......... 90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — *Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec*
BRÉCHOT — *Chirurgien de l'Hôpital Trousseau*
CHIFOLIAU — *Chirurgien de l'Hôpital St-Louis*
CLERC — *Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière*
CODET — *Médecin des Asiles*
JEANNIN — *Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié*
LENORMANT — *Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié*
L. LORTAT-JACOB — *Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*
PAUL-BONCOUR (G.) — *Professeur à l'Ecole d'Anthropologie*
A. PHILIBERT — *Professeur agrégé*
Félix RAMOND — *Médecin de l'Hôpital St-Antoine*
Henri VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux*

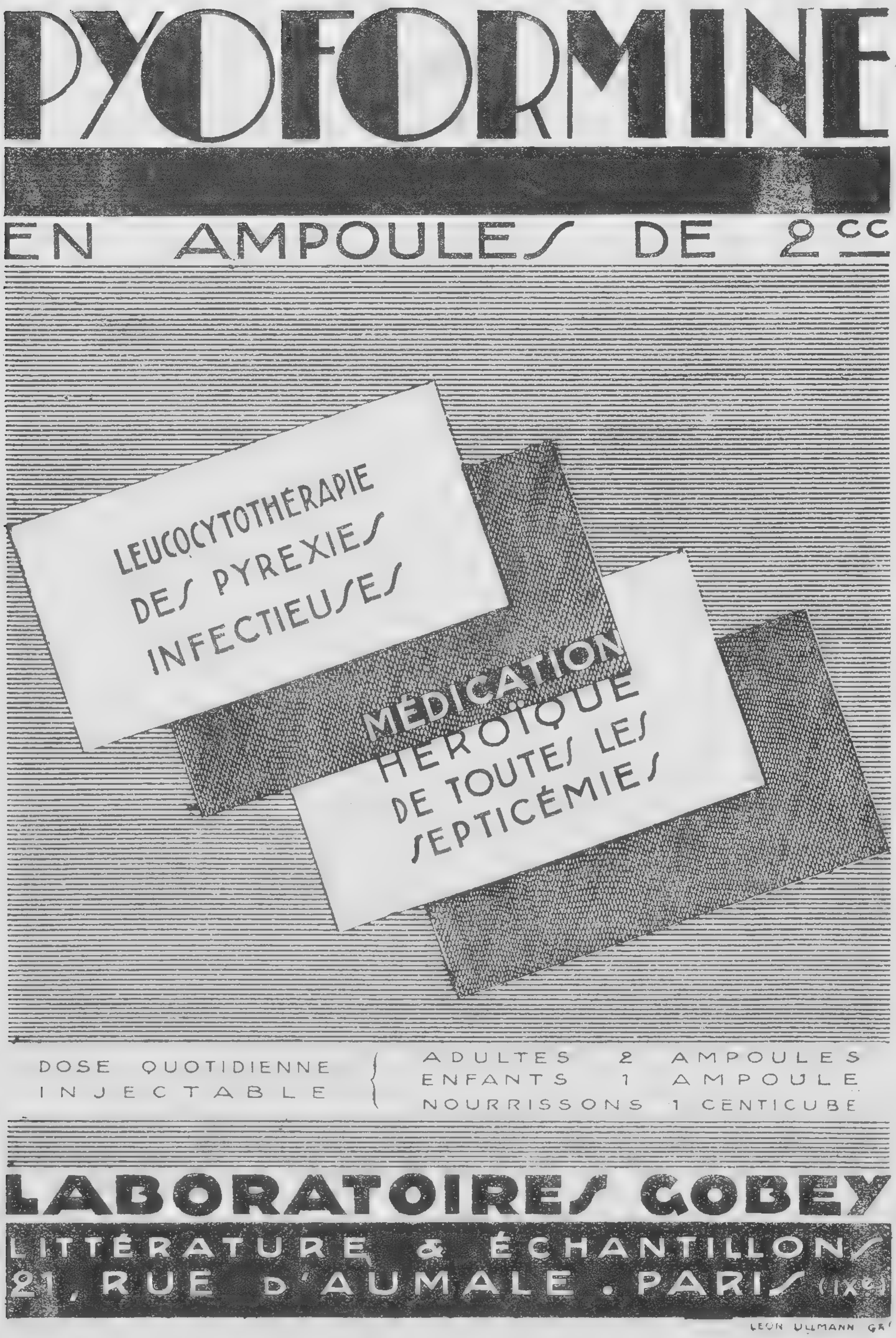
RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2 cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
MÉDICATION
HÉROÏQUE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE. PARIS (IXe)

NOUVELLES

Hôpital Laennec. — *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr Henri Bourgeois et les Drs Fouquet et Lemoine commenceront, le 22 octobre 1928, une série de huit leçons sur la diathermie en oto-rhino-laryngologie. Ce cours aura lieu chaque matin à 10 heures, en outre, les 22 et 23 octobre, à 16 heures.

Programme du cours. — 1° Principes électriques ; 2° appareils de diathermie ; 3° Physiopathologie technique ; 4° Tumeurs ; 5° Tuberculose des voies respiratoires, Lupus ; 6° Amygdalites chroniques ; 7° Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens ; 8° Sténoses vélo-pharyngées.

Prix du cours : 600 francs. S'adresser au Dr Fouquet, service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Laennec.

Le lundi 12 novembre 1928, le Dr Henri Bourgeois, chef de service, commencera un cours en douze leçons sur les maladies non suppurées de l'oreille avec la collaboration de MM. Maurice Bouchet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Ill, Huet, assistants du service. Prix du cours : 300 francs. S'adresser au Dr Huet.

La nouvelle faculté de médecine de Lyon. — La construction de la nouvelle faculté de médecine de Lyon qui, grâce à la fondation de Rockefeller, doit être la plus vaste et la plus moderne de toutes les facultés d'Europe, est menée rapidement. Déjà, sur l'immense chantier de Grange-Blanche, près des bâtiments actuellement en voie d'érection du futur hôpital général, les murs s'élèvent à 8 mètres du sol. Deux étages sont debout. Tout cela a été édifié en moins de quinze mois.

C'est en effet le 16 mars 1927 que le conseil de la faculté présidé par le doyen, le professeur Jean Lépine, entra en possession des terrains. Dès le lendemain commencèrent les travaux de déblaiement. Le 21 mai, fut donné le premier coup de pioche pour l'établissement des fondations. Dès lors, quatre cents ouvriers y travaillèrent activement. Le 31 juillet, le rez-de-chaussée était achevé, avec ses centaines de piliers et son plafond recouvrant une superficie d'un hectare. Puis les bétonnages montèrent d'un étage. La semaine dernière, le troisième plancher était posé.

Le gros œuvre, affirme l'architecte, sera terminé à la fin de l'année. Il comprendra l'ensemble des cinq étages et les terrasses recouvrant les bâtiments. Au début de janvier, on commencera l'aménagement des services, qui durera sept ou huit mois au plus. Au 31 août 1929, il sera possible de déménager l'actuelle faculté du quai Claude-Bernard et l'année universitaire 1929-1930 verra donc s'installer à Grange-Blanche, professeurs et étudiants.

Voici d'après les explications de l'architecte, comment sera organisé la nouvelle faculté :

La façade principale, qui s'étendra en bordure de la rue nouvelle destinée à relier l'avenue Rockefeller (ancienne montée des Sables) au chemin de Saint-Alban, n'aura que quatre étages. Dans ce bâtiment seront installés les services administratifs, les locaux destinés aux étudiants, la bibliothèque et la réserve des livres.

Ailleurs les bâtiments auront cinq étages.

Sur les terrasses seront disposés les abris pour les animaux devant servir aux expériences : chiens, cobayes, etc.

Un tunnel reliera la nouvelle faculté à l'hôpital de Grange-Blanche. Il passera sous l'avenue Rockefeller, dont la chaussée va être élargie.

On a construit, sous la chaussée même de l'ancienne montée des Sables, de vastes garages destinés aux autos des étudiants.

En examinant les plans établis pour chacun des cinq étages, on remarque, au rez-de-chaussée, les salles de réunion et le restaurant, les amphithéâtres et les laboratoires de physique, biologique et de chimie générale, l'institut médico-légal et la salle de dissection.

Au premier étage, on trouvera une vaste salle de conférences, les services des inscriptions et de la comptabilité, les salles d'examens et la salle des thèses, le hall des étudiants. Dans ce hall il y aura des boutiques de librairie médicale, d'instruments de chirurgie, etc. Plus loin, les laboratoires de chimie organique et de toxicologie, les musées de médecine légale, d'anatomie et d'histoire de la médecine, le service de médecine légale avec ses salles d'autopsie ; enfin deux amphithéâtres généraux.

Au deuxième étage, ce sont les salles de lecture, la bibliothèque, les services de thérapeutique, de parasitologie, de pathologie interne et d'hydrologie, les laboratoires de pharmacie, de botanique, puis la salle de reconnaissance de la morgue, à laquelle le public accédera par une entrée spéciale sur l'avenue Rockefeller.

Au troisième étage, voici les dépôts de livres de la bibliothèque, le service d'hygiène et ses musées, la chimie biologique et bactériologique, deux amphithéâtres généraux.

On a voulu en somme, dans cet édifice, réaliser une construction utilitaire et non pas un palais où tout aurait été sacrifié à l'harmonie de la façade.

Toute cette nouvelle faculté est éclairée par quinze cents baies larges et hautes que soutiennent des piliers en béton. Chaque étage mesure quatre mètres de plancher à plancher.

A l'intérieur du bâtiment, toutes les canalisations d'eau, de gaz, d'électricité, etc., sont apparentes et peintes en couleurs différentes. Si, par la suite, des transformations doivent être apportées à l'aménagement d'une salle, il ne sera pas nécessaire, pour rechercher une canalisation, d'éventrer les murs.

Médicophobie. — « Dans n'importe *quel commerce qu'il s'agisse* de l'épicerie, de la boucherie, de la librairie, de la pharmacie ou *de la médecine*, on constate que le client est livré pieds et poings liés à des coalitions, à des accaparements, que la loi permettrait, ce semble, de réprimer sans aucune innovation — mais qui s'appuient sur la presse, sur les pouvoirs publics, et parfois même sur l'opinion mal éclairée. »

Cette phrase est extraite d'un article intitulé. « L'offre et la demande », paru dans *Candide* (13 sept. 1928), sous la signature de M. L. de Launay, membre de l'Académie des sciences, c'est sans doute parce que le médecin paye patente comme le boucher et l'épicier que M. de Launay a rapproché divers métiers. S'il a voulu faire d'autres allusions, nous souhaitons à l'éminent géologue un peu de cet esprit de finesse que ne confèrent pas toujours les titres scientifiques.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand est supprimée.

Il est créé, à Clermont-Ferrand, une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

L'ouverture de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand aura lieu seulement lorsque, après vérification contradictoire entre le délégué du ministre de l'instruction publique et celui de l'autorité municipale, le ministre aura reconnu que tous les aménagements prévus à la convention susvisée ont été réalisés et achevés, que les bâtiments nécessaires ont été affectés à ladite école, qu'en particulier ils sont appropriés aux besoins de l'enseignement et qu'ils sont pourvus de toutes les installations nécessaires pour le bon fonctionnement de l'école.

Hivernage des enfants. — L'œuvre d'hivernage des enfants demande personnel, dévoué, mais payé, dont la santé nécessiterait un séjour dans le Midi. Fédération parisienne des Colonies de vacances, 26 faubourg Saint-Jacques.

Association britannique pour l'avancement des sciences. — Le congrès de cette association vient de se tenir à Glasgow. L'an prochain le congrès aura lieu au Cap. Ceux des membres qui n'iront pas en Afrique du sud ont accepté de participer au congrès du Havre de l'Association Française pour l'Avancement des sciences, comme la chose avait été prévue en 1914. La B. A. se réunissait cette année-là en Australie. Ce Congrès fut interrompu par la déclaration de guerre.

A l'occasion du Congrès de Glasgow, l'Université de cette ville a conféré le grade de Docteur en théologie : au Professeur Shailer, doyen de la Faculté de théologie de Chicago.

Le grade de Docteur en Droit : à sir William Bragg, président de la B. A. en 1928 ; à sir Thomas, Henry Holland, président de la B. A. en 1929 ; au Dr Adrien Loir, du Havre, représentant l'Association française pour l'avancement des sciences; au Professeur Franck Lincoln Stivens, de l'Université de l'Illinois, représentant l'Association américaine pour l'avancement des sciences ; au Professeur Edouard Suez, de Vienne ; au Professeur Westermarck, de Londres ; au Professeur Reeman, d'Amsterdam.

Nous sommes heureux d'adresser au Dr Loir, qui est à la fois un hygiéniste éminent et l'apôtre convaincu des croisières médicales, toutes nos sincères félicitations. La haute distinction qui lui est conférée ne peut qu'honorer grandement les *Archives de Normandie* et aussi l'Association de la Presse Médicale Française dont il fait partie.

Congrès de chirurgie. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. CALOT (de Berck) fera, le mercredi dix octobre, de neuf heures et demie à onze heures et demie, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations :

1° Sur le traitement des *tuberculoses chirurgicales* (adénites, abcès froids, fistules, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, épididymites, etc.) par la méthode des ponctions et injections modificatrices, indiscutablement supérieure aux méthodes sanglantes en ce domaine de la tuberculose ;

2° Sur le traitement des luxations congénitales et subluxations de la hanche avec *réduction de plusieurs luxations* et de *plusieurs subluxations*.

Presentation de sujets en traitement et de sujets guéris.

Moyens d'accès : les tramways 14 et 20 du boulevard St-Germain ; descendre à l'arrêt « facultatif » rue Jean Nicot entre le Pont des Invalides et le Pont de l'Alma.

Association des médecins mutilés et réformés de guerre. — Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la création d'un nouveau groupement qui prend pour titre : « Association des médecins mutilés et réformés de guerre ».

Au moment où vient d'être élaboré le décret d'administration publique concernant l'emploi obligatoire des mutilés et réformés de guerre, tous les médecins titulaires d'une pension ont le devoir de se grouper et de faire entendre leurs si légitimes revendications.

Pour faire partie de l'Association, il suffit d'être docteur en médecine et titulaire d'une pension définitive.

Les adhésions de principe sont reçues par le docteur Jean Hornus, 5, rue de Rivoli, Paris (téléph. Archives 11-90), fondateur de ce groupement, qui convoquera à une assemblée générale constitutive vers le milieu du mois d'octobre.

Casablanca. — Après concours, M. le docteur Comte a été nommé chirurgien des hôpitaux de Casablanca.

Nécrologie. — Dr Xavier BOUTILLIER, décédé à Pernes-en-Artois à l'âge de 52 ans. — Dr Henri SELOSSE, de Lille, décédé à 33 ans — Dr Louis DELEOOUR, de Vermelles (Pas-de-Calais). — Dr ROBERT, d'Amiens, décédé à 51 ans. — M. le Dr Emile ROSE, décédé à Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence du travail manuel sur l'appareil génital de la femme en dehors de la gestation

Par Pierre DUHAIL.

Les conditions de la vie moderne rendent indispensable le travail des femmes sur une grande étendue de l'échelle sociale, Que ce travail soit nécessaire pour assurer la subsistance d'une famille nombreuse ou pour apporter plus de large et plus de luxe à un ménage sans enfants, voilà qui n'a pas à être envisagé ici. Mais il est hors de doute que le travail manuel et surtout certains travaux pénibles ont une influence néfaste sur le développement de la femme et plus particulièrement encore sur celui de la jeune fille. Ajoutez à cela les mauvaises positions ou les déviations utérines qui seront favorisées par les travaux de force : il n'est pas étonnant que les grossesses soient de plus en plus rares, les avortements de plus en plus fréquents. Et du point de vue social, c'est une situation qui mérite d'être étudiée très sérieusement.

Rétrécissements du bassin.

Schickelé, depuis longtemps, a attiré l'attention sur la fréquence des bassins rétrécis chez les jeunes filles occupées à des travaux manuels, lorsque celles-ci commencent à gagner leur vie trop jeunes avant que ne soit terminée la croissance de la ceinture pelvienne. Il est à remarquer que 70 à 80 % des femmes atteintes de rétrécissement du bassin se trouvaient pendant leurs années de croissance dans de mauvaises conditions d'existence. Ce sont dès lors des sujets voués au rachitisme, dont on sait l'importance dans l'étiologie des bassins rétrécis.

Certains travaux de force paraissent plus particulièrement réagir sur le développement du bassin chez la jeune fille. C'est ainsi que Gowozow qui a étudié plus de 3.000 cas dans différents corps de métier a pu relever : 40 % de rétrécissements du bassin chez les jeunes filles travaillant dans les mines, 29 % chez celles employées dans la métallurgie, 17 % dans l'industrie chimique, 12 % chez les paysannes et 8 % chez les jeunes filles n'ayant pas de travail manuel.

Plus l'âge où l'enfant a commencé à gagner sa vie a été précoce et plus les malformations du pelvis sont fréquentes. Chez les femmes ayant commencé entre 11 et 12 ans on note 90 % de rétrécissements chez les employées des mines ou de la métallurgie et 17 % chez les paysannes. Entre 13 et 14 ans 71 % chez les premières, 12 % chez les secondes. A 16 ans et au-dessus, 15 % chez les premières, 8 % chez les secondes.

Il va sans dire que le nombre d'accouchements compliqués est forcément très élevé chez ces femmes à bassin rétréci.

Cependant le travail manuel n'est pas responsable à lui seul ; il faut y ajouter l'insuffisance ou l'impossibilité du repos chez ces femmes qui ayant travaillé toute la journée sont encore obligées en rentrant chez elles de s'occuper de leurs enfants ou de leurs frères et sœurs.

Troubles de la menstruation.

C'est tout d'abord la dysménorrhée dont l'origine est souvent les processus inflammatoires de l'appareil génital développés à la faveur du travail professionnel. Mais il n'est pas rare aussi de voir survenir ces crises douloureuses de la menstruation chez des jeunes filles surmenées ou épuisées par leur travail : souvent alors c'est le signal d'une prétuberculose ou d'un début de lésion pulmonaire insoupçonnée jusque-là. De ces faits on peut rapprocher la dysménorrhée des jeunes paysannes placées en maisons bourgeoises dans les grandes villes, la dysménorrhée des écolières qui disparaît pendant les vacances.

L'apparition tardive de la première menstruation chez l'adolescente est en rapport avec des troubles endocriniens et une mauvaise hygiène. Toutefois le retard de la puberté ne semble pas être fréquemment causé par le travail manuel à lui seul ; on sait en effet la fréquence du retard de la menstruation chez les jeunes filles des classes aisées.

Tout autre est l'aménorrhée secondaire des femmes travaillant dans des usines de produits toxiques (plomb (1), phosphore, nicotine), aménorrhée qui peut devenir définitive si l'intoxication a été longtemps prolongée.

L'intoxication par la nicotine en particulier entraîne des modifications du côté des ovaires qui, pour n'en être pas très évidentes au point de vue anatomique, n'en sont pas moins importantes au point de vue fonctionnel. C'est en particulier l'aménorrhée et la stérilité.

Hofstätter (2), qui a étudié très longuement l'intoxication tabagique chez la femme, a observé fréquemment aussi des ménorragies ou des menstruations rapprochées chez les ouvrières des manufactures de tabac, des gestations fréquentes mais souvent terminées par des avortements. Il semblerait que la nicotine ait un pouvoir excitant sur tout le tractus génital de la femme.

Vices de position de l'utérus.

Il n'est pas douteux que les rétroversions utérines sont particulièrement fréquentes chez les ouvrières travaillant debout, tandis que les antéversions forcées sont plutôt l'apanage de celles qui ont un travail assis. Naturellement il ne peut être question que des malpositions acquises.

A ce point de vue, les vices de position sont en rapport avec le nombre des grossesses antérieures et avec l'évolution des suites de couches. Mais il est certain que le lever trop précoce des accouchées, avant que l'utérus ait terminé son involution, est souvent la cause déterminante de ces malpositions utérines. En pareil cas, le corps de l'utérus est plus gros et plus lourd que normalement, les ligaments de soutien sont encore distendus ; ajoutez à cela un plancher pelvien qui n'a pas retrouvé toute sa tonicité et une paroi abdominale encore flasque et voilà toutes les conditns réunies pour que, la pression abdominale aidant, le corps utérin bascule dans le Douglas. Si la femme travaille en position debout cet utérus va à la longue se fixer dans cette position vicieuse et peu à peu on verra apparaître tous les troubles engendrés par une rétroversion adhérente.

C'est donc le travail professionnel qui a favorisé cette fixation secondaire dans le Douglas, mais la rétroversion elle-même n'est pas due au travail de l'ouvrière. Il en est de la rétroversion traumatique comme de la hernie traumatique : chez la multipare atteinte de rétroversion, il faut admettre qu'il y avait une prédisposition naturelle due à l'insuffisance de tonicité des ligaments suspenseurs de l'utérus et des muscles du plancher pelvien.

Chez la nullipare à utérus normal, la rétroversion acquise s'explique plus difficilement. S'il s'agit au contraire du vice de position d'un utérus chroniquement infecté le mécanisme se comprend aisément : l'organe est gros et pesant, il tiraille les ligaments suspenseurs qui peu à peu se laissent distendre et finalement, la station debout aidant, l'utérus bascule dans le Douglas.

L'antéversion forcée est une éventualité beaucoup plus rare. Elle est due fréquemment au travail assis qui favorise la constipation en même temps que l'atonie des muscles du plancher pelvien.

(1) P. Duhail. — *Progrès médical*, 19 novembre 1927.
(2) Hoffstatter. — Die rauchende Frau (la femme qui fume), étude sociale, clinique et physiologique. Vienne 1924. Analyse : P. Duhail in *Progrès médical*, 30 avril 1927.

Prolapsus utérin.

On sait parfaitement que le prolapsus génital est plus fréquent que jadis chez les femmes employées dans les mines ou dans les usines. Au point de vue étiologique cependant, il faut attacher une importance bien plus grande aux grossesses antérieures qu'au travail professionnel lui-même. On sait en effet combien rare est le prolapsus des nullipares par rapport à celui des femmes ayant eu plusieurs gestations.

On peut répéter ce qui a été dit plus haut à propos des rétroversions quant à l'influence du lever précoce après l'accouchement et de la reprise trop prématurée du travail professionnel. Cependant il est à noter que le prolapsus utérin est moins fréquent chez des femmes jeunes ayant eu des grossesses nombreuses et rapprochées que chez des primipares âgées. Ce qui revient à dire que chez ces dernières les muscles et les ligaments qui se sont laissé distendre par la gestation et par l'accouchement ne retrouvent plus toute leur tonicité et se laisseront facilement forcer dans la suite.

C'est en pareil cas que la station debout prolongée, les trépidations continuelles sur une machine quelconque, l'effort souvent répété des membres inférieurs sur un levier ou sur une pédale, tout cela peut déterminer sur un organisme prédisposé l'apparition d'un prolapsus. Il n'est pas rare du reste d'observer en même temps chez ces femmes une ptose viscérale plus ou moins importante un rein flottant, ou quelque hernie.

Le prolapsus aigu est rare et chez un sujet normal il faut un très violent traumatisme pour que l'utérus s'extériorise brusquement à la vulve : pareille chose ne pourrait se produire sans douleurs violentes, hémorragie, réaction péritonéale et état de shock. Dans bien des cas le prolapsus d'emblée ne s'accompagne pas de tous ces symptômes, il s'est produit à la suite d'un effort d'une intensité modérée, on peut donc affirmer qu'il y avait une prédisposition naturelle.

En somme, chez toute femme atteinte de prolapsus, c'est cette prédisposition qu'il faut rechercher : elle est congénitale chez la nullipare : chez la multipare au contraire elle est due aux grossesses antérieures.

Hémorragies intrapéritonéales.

Avant tout, c'est aux ruptures de grossesses ectopiques qu'il faut songer.

Certains auteurs ont rapporté quelques cas de grossesses extra-utérines accident du travail. Il paraît assez difficile d'admettre qu'une brusque augmentation de la pression abdominale à la suite d'un effort ou qu'un ébranlement important causé par une chute ou un choc puissent déterminer la nidation de l'œuf dans une trompe.

Par contre l'hémorragie complication de la grossesse ectopique est une éventualité très fréquente chez les femmes employées à des travaux de force. Mais aussi c'est l'évolution à peu près constante de toute grossesse extra-utérine, que l'hématocèle soit causée par une rupture de la trompe ou par un avortement tubaire. Que cet accident se produise plus tôt ou plus tard, il est à peu près inévitable : dès lors comment en accuser exclusivement le travail professionnel alors que l'hémorragie se serait aussi bien produite si la femme était restée au repos.

Cependant lorsque cet accident se produit au cours du travail à la suite d'un coup, d'un choc, d'une chute ou d'un effort violent, il faut tout de même admettre que le travail y est pour quelque chose et que de toute vraisemblance il a brusquement aggravé une affection préexistante.

Voici par exemple un fait rapporté par Diederlein : une femme de 35 ans, déjà mère de neuf enfants et enceinte de deux mois ressent dans le bas-ventre, une douleur très violente, en soulevant un sac lourdement chargé. Elle a l'impression que quelque chose s'est déchiré dans l'abdomen. De fait une hématocèle se constitue peu à peu. Cependant la malade refuse l'opération.

Deux mois après l'accident elle rentre à nouveau à l'hôpital car les hémorragies externes n'ont pas cessé et elle souffre de plus en plus. Cette fois, l'opération est pratiquée et permet de constater une rupture tubaire.

Sans aucun doute c'est l'effort violent qui a déterminé l'hémorragie, mais pour que celle-ci se produise il fallait le développement d'un œuf dans la trompe.

Et l'on voit toutes les difficultés juridiques qui pourraient survenir !

Auprès des hémorragies intra-péritonéales de la grossesse ectopique, il faut signaler les cas beaucoup plus rares d'hémorragie par rupture d'un corps jaune ou d'un follicule, par rupture veineuse dans les fibromes ou les tumeurs ovariennes à pédicule tordu. Là aussi l'accident est souvent spontané, mais il peut aussi être favorisé par le travail professionnel.

Tumeurs de l'appareil génital.

Il est exceptionnel qu'une tumeur génitale ait quelque rapport avec le travail des femmes. Par contre, il n'est pas rare d'observer des modifications ou des complications au niveau de tumeurs existant antérieurement.

C'est tout d'abord la rupture des tumeurs ovariennes liquides. D'ordinaire elle se fait spontanément, mais elle peut très bien être favorisée par un coup, une chute ou simplement par une brusque élévation de la pression abdominale. En pareil cas il existe une prédisposition individuelle tenant à la paroi du kyste.

S'il s'agit de fibromes, on peut observer le ramollissement, l'hémorragie ou la nécrose suivie d'infection.

Il semble que le travail professionnel favorise plus qu'on ne le pense la torsion des tumeurs pédiculées. Les brusques mouvements du corps, l'effort pour lever des fardeaux, les coups, les chutes, le travail au métier, tout cela semble avoir une influence assez sérieuse : sous l'action de ces différents facteurs on admet généralement qu'il se produit de l'œdème au niveau de la tumeur et de son pédicule favorisant ainsi la torsion.

On a également parlé de dégénérescence maligne des tumeurs génitales sous des influences mécaniques ou chimiques. On sait en effet, la fréquence des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin mais pratiquement on ne connaît pas encore à ce niveau un seul cas de rapport évident entre un traumatisme et la dégénérescence maligne d'une tumeur préexistante.

Maladies inflammatoires.

Le travail pénible et fatigant longtemps prolongé peut amener un état de moindre résistance et déterminer des modifications dans la flore génitale banale, d'où possibilité d'inflammation de la muqueuse puis de desquamation de l'épithélium avec écoulement vaginal plus ou moins septique.

D'autres fois, le travail immobile dans une position toujours la même entraîne de la stagnation et de la rétention des sécrétions normales. Mais aussi la constipation si fréquente chez la femme favorise encore cet état en déterminant de la stase et de l'œdème dans les ligaments utéro-sacrés. C'est ainsi que les maladies inflammatoires des annexes, de l'utérus et du petit bassin sont particulièrement fréquentes chez les femmes de l'industrie textile travaillant à des métiers.

La vulvite est souvent causée d'autre part par les poussières dans lesquelles travaille habituellement la femme : on connaît les inflammations vulvaires des employées des manufactures de tabac.

Mais aussi ces manifestations infectieuses peuvent être causées par des produits toxiques introduits dans l'organisme par le poumon, l'estomac ou la peau. Les plus dangereux sont le plomb, l'arsenic, les vapeurs de pétrole, le caoutchouc. Il est probable que ces produits toxiques

passent dans le sang et ont une action élective sur la muqueuse utérine et sur l'ovaire.

On voit ainsi que le travail professionnel peut réagir d'une façon néfaste sur l'appareil génital de la femme. Loin de nous la pensée d'en faire un épouvantail, cependant ce sont des faits instructifs qui méritent la peine qu'on s'y arrête.

La vaccination préventive de l'homme contre la fièvre dite ondulante

Par le Dr H. ROZIÈS, d'Aups (Var),
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier.

« On peut vacciner l'homme contre la fièvre méditerranéenne » (BURNET.)

La maladie « aux 36 noms », l'ancienne « fièvre de Malte », redevenue selon le vœu de nos amis de la Camera Medica de Malte et de la British medical Association, la fièvre ondulante de Hughes, poursuit sa marche extensive dans notre Provence, favorisée par l'accroissement constant du nombre des troupeaux locaux, l'absence d'hygiène des bergeries et alimentée par la transhumance dont Ranque et Senez et nous-même avons à cette place annoncé le danger.

Le traitement curatif, parfois très heureux quand un diagnostic précoce a entraîné un traitement précoce par vaccins (H. Roziès. Les causes d'échec dans le traitement de la fièvre de Malte, *Côte d'azur médicale*, novembre 1923), donne souvent des mécomptes.

La vaccination préventive de la chèvre, qui reste la clef du problème est difficilement réalisable et son efficacité est à l'heure actuelle discutée.

Reste la très importante question de la vaccination des populations en milieu contaminé, en particulier celle des bergers vivant en contact intime avec leur troupeau, couchant dans l'étable, manipulant les fumiers, buvant leur lait, mangeant leurs fromages et celle des petits hameaux, des fermes isolées qui, comme nous l'avons toujours noté dans notre champ d'expérimentation (épidémies de St-Jean, de St-Andrieu, de Bounas), constituent des nids, des foyers d'infection susceptibles de se réveiller chaque année, au printemps.

L'éducation du public est à faire sur ce point. En ce qui nous concerne, après plusieurs années de propagande, nous sommes parvenus à faire pénétrer l'idée de la vaccination préventive dans quelques milieux, dans quelques cerveaux. La vaccination par piqûres, seule indiscutablement efficace, nous a été jusqu'ici systématiquement refusée. Comme un pis aller, nous avons réussi à faire accepter la vaccination par voie buccale dont l'efficacité est certes discutée, mais qui a des adeptes qui ont nom Besredka, Nicolle et Conseil, Burnet et qui en tout cas a pour elle sa parfaite innocuité. Notre expérience est trop pauvre et trop récente pour qu'il nous soit permis d'en tirer encore des conclusions fermes. Nous avons cependant le droit d'indiquer que jusqu'ici aucun des sujets vaccinés n'a été contaminé et que la fièvre ondulante nous a paru plus rare depuis deux années dans des milieux qu'elle frappait habituellement et où nous sommes parvenu à faire entrer la pratique annuelle de la vaccination préventive.

Nous nous sommes donc proposé ici de mettre au point, pour ceux de nos confrères qu'elle est susceptible d'intéresser, la très importante question de la vaccination antimélitococcique préventive, qui reste à l'heure actuelle notre principale arme prophylactique dans la lutte contre la maladie de Hughes.

Historique.

Le problème de la vaccination préventive de l'homme contre la fièvre ondulante avait depuis longtemps préoccupé tous les chercheurs qu'intéresse cette étrange maladie. Eyre en particulier qui, en 1907, 1908 et 1909 apporta dans la presse médicale anglaise, sa personnelle et importante contribution à l'étude de cette affection, avait tenté des vaccinations prophylactiques avec des cultures mortes. Dans leurs communications très documentées au Comité médical des Bouches-du-Rhône en avril et mai 1923, Ranque et Senez signalent que Lurie attaché à la Croix-Rouge américaine, vaccina 3.000 sujets en Serbie. Il utilisait un vaccin quadruple comprenant deux milliards de melitensis, autant de paramelitensis, 500 millions de bacilles typhiques et 250 millions de chacun des paratyphiques A et B. Les résultats de ces essais ne nous sont pas connus.

C'est à Ch. Nicolle et à Conseil qu'est revenu le mérite de réaliser d'une façon vraiment scientifique et indiscutable la vaccination préventive contre la fièvre ondulante. Ces deux savants ont réussi en effet, après de longues et minutieuses recherches, à immuniser l'homme par voie sous-cutanée et par voie digestive et l'efficacité de leur méthode a été établie par des épreuves sur des volontaires et par une importante expérimentation clinique.

Depuis leurs premiers essais, les auteurs ont été amenés à modifier la formule de leur vaccin et à perfectionner leur technique ; des expériences cliniques plus étendues ont été entreprises par eux et aussi par Burnet qui utilise les deux méthodes. Les recherches cliniques et bactériologiques du Pr Nicolle à l'Institut Pasteur de Tunis, déjà très anciennes (le mémoire de ce savant sur « la Fièvre de Malte en France » date de 1905), comptent parmi les plus remarquables.

Les publications sur l'immunisation de l'homme (nous citerons en particulier celles parues en août 1922 dans les *Annales de l'Institut Pasteur* de Tunis, 1927, n° 4), autorisaient pleinement Burnet à écrire que « le Pr Nicolle est le père de la vaccination préventive contre la fièvre ondulante ».

Les Drs Ranque et Senez (de Marseille) qui sont les créateurs d'un vaccin iodé curatif contre la maladie — médication qui est d'usage courant en Provence et auxquels nous devons de très beaux résultats — et avec lesquels nous nous sommes mis en rapport pendant la préparation de ce travail, nous ont textuellement répondu en ces termes : « Nous pouvons vous dire que nous-mêmes depuis 4 à 5 ans avons eu l'occasion de conseiller cette vaccination et de délivrer du vaccin antimélitococcique pour la vaccination humaine ». Aucun résultat n'a été publié.

Et Burnet, que nous avons consulté, nous répondait très aimablement le 27 août dernier « En dehors de ceux de Ch. Nicolle, je puis vous assurer qu'il n'existe pas d'autres travaux sur ce sujet. »

Les vaccins

Nous distinguerons : 1° la vaccination *sous-cutanée* (1) et la vaccination *par voie buccale*,

I. Vaccination par injections.

Nous avons pu recueillir des documents sur trois vaccins. A) le vaccin anglais. B) le vaccin de Nicolle et Conseil. C) le vaccin de Ranque et Senez.

A) Le vaccin anglais, type Eyre modifié, est recommandé par la Mediterranean fever Commission. Nous n'avons pas retrouvé sa formule.

Dans un article de l'*Hôpital* en date du 1er septembre 1923 sur « le Diagnostic clinique et le traitement de la fièvre de Malte», le Pr H Roger rapporte les résultats empruntés à la littérature anglaise des vaccinations préventives d'une cinquantaine de sujets au moyen de 1 à 2 injections de ce vaccin. Les réactions vaccinales furent peu

(1) Ou intramusculaire.

élevées. Tous restèrent indemnes pendant les quatre mois qui suivirent la vaccination, alors que deux des témoins furent contaminés. Cependant deux vaccinés contractèrent ultérieurement la maladie. Nous sommes donc trop insuffisamment documentés sur le vaccin pour pouvoir formuler une opinion à ce sujet.

B) *Vaccin de Nicolle et Conseil.* Par contre, d'importants travaux ont contribué à mettre en pleine lumière la méthode de Nicolle et Conseil. En dehors des communications de leurs auteurs, Burnet l'a préconisée au VIIe Congrès d'Hygiène, en octobre 1925. La technique primitive consistait en deux injections sous-cutanées à 7 jours d'intervalle de 900 millions d'un mélange de melitensis, de para et d'abortus.

Cette formule a fait depuis place à la formule suivante : 3 injections, chacune de 800 à 1.000 millions des mêmes germes (1).

L'efficacité de ces vaccins a été établie : 1° par des *expériences sur des volontaires* ;

2° Par *l'expérimentation clinique*.

1° Par *des expériences sur des volontaires*. — Les auteurs n'ont déterminé aucune réaction chez les vaccinés par l'inoculation de 450 millions d'un mélange de plusieurs races de melitensis vivants. A la suite d'une épreuve plus sévère encore, consistant en 3 piqûres, 3 jours consécutifs, chacune, de 300 millions de germes vivants, il y eut absence de réaction clinique (pas de fièvre) et bactériologique (hémoculture et examen du sang négatifs pendant 4 mois.) Ce fut le contraire chez les témoins ;

2° *Par l'expérimentation clinique* soit dans les laboratoires, soit dans la clientèle.

a) Dans les *laboratoires*. Un médecin contracte la fièvre ondulante à la suite d'une piqûre accidentelle avec l'aiguille d'une seringue chargée de virus. Un collègue, vacciné, travaillant à ses côtés reste indemne. Burnet contracte la fièvre méditerranéenne 5 mois après 2 inoculations. Mais outre que deux piqûres seulement avaient été faites et que les doses utilisées avaient été manifestement trop faibles (250 millions), les risques avaient été exagérés (pendant 5 mois, journellement, autopsies d'animaux infestés, sans gants.)

Mêmes observations sur les aides. A Tunis, où, soignant et manipulant du matin au soir des douzaines de cobayes et de chèvres infectées, ils sont particulièrement exposés à la contagion, les aides, vaccinés deux fois par an, à doses suffisantes par 3 piqûres, restent indemnes. Un aide, non vacciné, prend la maladie.

b) *En clientèle*. Les observations tous les jours plus riches de Nicolle, de Burnet sont significatives. Au Congrès d'Hygiène de 1925, Burnet pouvait rapporter entre autres les résultats de la tentative d'immunisation par une seule injection faite en février d'un milliard de germes de 400 sujets israélites vivant de lait et de fromage de chèvre, entassés dans un quartier surpeuplé et exposé à la contagion, fournissant annuellement 300 cas en moyenne de mélitococcies. Les non vaccinés habitant le même quartier, suivant la même alimentation, vivant la même vie, servaient de témoins. A la fin de l'année il fut observé qu'aucun des sujets vaccinés n'avait été atteint, sauf un cas qui ne peut pas d'ailleurs être établi avec une certitude complète, et que par contre les non vaccinés avaient payé un lourd tribut à la maladie.

c) *Vaccin de Ranque et Senez.* Le vaccin antimélitococcique iodé préventif de Ranque et Senez doit, d'après ces auteurs, être administré suivant la technique suivante : on pratiquera à un intervalle de 5 à 7 jours trois injections sous-cutanées, respectivement de 500, 750 et 1000 millions de melitensis traités par l'iode. Ranque et Senez garantissent l'innocuité de leur méthode. En ce qui concerne les résultats, leur réponse à ma demande a été la suivante : « Nous manquons de renseignements précis sur les résultats, car nous n'avons pas eu l'occasion de faire d'enquête sur ce point.

(1) Le Drépalite Poulenc qui répondrait à une formule plus nouvelle de Nicolle ne nécessite qu'une injection annuelle.

II. Vaccination par voie buccale.

Nous ne connaissons qu'un vaccin antimélitococcique utilisant la voie digestive, c'est celui que recommandent Nicolle et Conseil. Ces auteurs ont pratiqué l'immunisation par cette voie sous la forme de quatre prises, quatre jours consécutifs, après un jeûne de 19 heures, de capsules contenant chacune 100 milliards d'un mélange de races. Cette ingestion devra être suivie d'un jeûne de 7 à 8 heures.

Cette vaccination serait parfaitement efficace. L'épreuve consistant en l'inoculation sous la peau de 450 millions de melitensis vivants n'a provoqué ni fièvre ni agglutination ni présence du microbe dans le sang.

Ce vaccin existe dans le commerce sous forme de « gelodisques » dont il sera pris 3 par jour pendant 7 jours ; en cas d'urgence, la dose deviendra de 7 par jour pendant 3 jours. L'immunité conférée s'établirait dans les 48 heures et durerait une année. Brunet conseille prudemment deux vaccinations par an.

Comparaison des deux méthodes. — Voie sous-cutanée ou voie digestive ? Le moment est venu de juger les deux méthodes, d'exposer leurs avantages et leurs inconvénients, de les comparer au triple point de vue : 1° *de leur mode d'administration* ; 2° *de leur innocuité* ; 3° *de leur efficacité*.

1° Mode d'administration. — La voie buccale a sur la voie sous-cutanée les deux avantages d'être simple et naturellement indolore. La voie hypodermique nécessite « la piqûre », c'est-à-dire une douleur, minime sans doute, mais qui suffit à la faire refuser par les pusillanimes. Pour bien des auteurs, une seule piqûre ne suffit pas. Burnet contracte la fièvre ondulante malgré deux inoculations de vaccin. Le vaccin de Nicolle (2e type) comprend trois doses à injecter pendant trois jours consécutifs. Ranque et Senez recommandent 3 injections de vaccin iodé à 5-7 jours d'intervalle. Les mêmes auteurs sont formels sur ce point « Une vaccination prophylactique véritablement efficace n'est acquise pour nous qu'après 3 injections successives » (Voies d'introduction des vaccins et immunité, *Sud médical et chirurgical*, 15 janvier 1927.)

2° Innocuité. — La voie buccale est inoffensive. L'absorption du vaccin n'est suivie d'aucun symptôme général ou intestinal. Certaines précautions méritent cependant d'être prises. Les capsules doivent être ingérées à jeun. Nicolle recommandait un jeûne prévaccinal de 19 heures (1.) Le repas suivant sera léger et reporté 7 à 8 heures après la prise.

Au cours de la période d'immunisation, il n'est pas nécessaire de suivre un régime spécial : il sera cependant prudent de s'abstenir de tout excès de table, de l'usage des mets indigestes et des liqueurs fortes. Deux contre-indications sont à retenir : un état fébrile constaté et un état diarrhéique, l'intégrité parfaite du tube digestif étant une condition indispensable pour assurer une vaccination correcte.

Le principal argument des adversaires de l'immunisation par piqûres est l'existence *a*) d'une *réaction* ; *b*) par suite, de nombreuses *contre-indications* :

a) La *réaction* peut être *locale* ou *générale*. *Locale*, elle fait le plus souvent défaut ; quand elle existe (douleur légère, rougeur, faible gonflement au niveau de l'injection, elle nécessite rarement une thérapeutique (compresses humides chaudes et n'immobilise jamais le vacciné. C'est

(1) Le Meledo Poulenc sera administré à la dose d'un gélodisque une heure environ avant chacun des trois repas et suivi d'une ingestion d'un demi-verre d'eau en vue d'assurer sa solubilisation dans l'estomac.

à l'existence de réactions, d'ailleurs inconstantes et rarement graves, que la voie hypodermique a dû les critiques et la prévention que lui a réservées le public. La fâcheuse réputation faite par le Poilu à la vaccination antityphoïdique a porté à la vaccination antimélitococcique par piqûre un préjudice indiscutable et dont la réparation sera lente et difficile. La vérité est tout autre et les vaccins en usage, entre des mains médicales, ne méritent pas l'indignité dont ils sont frappés.

Nicolle et Conseil dont l'expérience est grande en la matière considèrent leur méthode comme absolument inoffensive. Ranque et Senez écrivent « Les injections de vaccin atoxique sont bien tolérées ».

En tous cas, aucun auteur n'a signalé en ce qui concerne l'immunisation par injections contre la fièvre ondulante l'apparition de réactions vives ou inquiétantes à rapprocher du « choc vaccinal » de Méry et Hallé. Celles-ci d'ailleurs ne s'observeront jamais à condition que le vaccinateur tienne scrupuleusement compte des précautions et des contre-indications qui s'imposent en pareille cas et que nous allons avoir à résumer à cette place.

b) *Précautions. Contre-indications.* — Les doses injectées dans les régions rétro-deltoïdiennes ou sous-claviculaires seront celles exactement indiquées : les intervalles nécessaires seront respectés. Le sujet sera à jeun. Le repas qui suivra l'injection sera de préférence léger. Le vacciné restera au repos ce jour-là. Seront écartés de la vaccination les fébricitants, les tuberculeux, les sujets à mauvais état général (albuminuriques, diabétiques, cardiopathies mal compensées). Les enfants, les vieillards, pourront bénéficier de la méthode. Au Congrès de 1925, Burnet a particulièrement insisté sur la nécessité de pratiquer l'intradermoréaction à la mélitine et de « ne vacciner que les sujets à réaction négative, afin d'éviter aux autres, déjà infectés, une cérémonie inutile et une réaction souvent pénible. Dans la population tunisienne nous avons observé sur 2 pour 100 des sujets en bonne santé une vive réaction qui ne peut s'expliquer que par une imprégnation antérieure ».

Ces précautions prises, les réactions seront nulles ou pratiquement négligeables.

3° Reste la question capitale de l'*efficacité*.

En ce qui concerne le vaccin par injections, aucune discussion n'est possible. Partisans et adversaires de la voie hypodermique sont unanimes à reconnaître sa remarquable efficacité. La vaccination antityphoïdique, son aînée, a depuis longtemps fait ses preuves et les chiffres apportés en 1921 à la tribune de l'Académie de médecine par MM. Chauffard et Achard sont particulièrement éloquents et constituent la meilleure et la plus active des propagandes. L'efficacité de l'immunisation par voie sous-cutanée contre la mélitococcie a été, nous l'avons indiqué au moment voulu, nettement établie par les travaux de Nicolle et Conseil. A ma demande de renseignements, Burnet a répondu : « En dehors des cas de Nicolle, je ne connais que ceux que j'ai réalisés moi-même, reproduisant son essai, mais en prolongeant les délais avant épreuve. La vaccination par injection sous-cutanée a été conduite jusqu'à la fin. Je crois à l'efficacité du procédé ». Un point très important est à établir : celui de la durée de l'immunité. Aucune réponse formelle ne peut encore être donnée. Ranque et Senez écrivent à ce sujet : « Il est plus difficile d'être précis quand à la durée de l'immunité ainsi conférée. Mais celle-ci ne subsisterait-elle que deux à trois mois, le procédé serait quand même précieux pour préserver les sujets immédiatement exposés au contage en période de poussées épidémiques ». (Deux cents cas de fièvre de Malte en Provence, 1923, page 32). Burnet effleurait à peine ce point au Congrès d'hygiène de 1925. Il m'écrit en août 1928 : « Nous ne connaissons pas encore la durée de protection ». Dans le doute, il paraît indiqué de suivre la technique en cours pour la vaccination antityphoïdique et de faire une piqûre la deuxième année. Les injections seront faites en février, à 2 à 3 mois avant la recrudescence annuelle de la maladie. Si l'efficacité de la voie hypodermique n'est pas discutée, il n'en est pas de même pour la voie buccale et cette méthode a sur ce terrain particulier subi les plus rudes assauts. Nous reproduirons tout à l'heure quelques-unes des critiques très vives dont elle a été l'objet et à une certaine heure la question s'est posée de savoir s'il n'y avait pas lieu de la rejeter. On retrouvera un écho des polémiques qu'elle a suscitées dans un article de Paul Cazeneuve (La conception de la vaccination et de la vaccinothérapie par voie digestive doit-elle être abandonnée ? *Monde médical*, 15 mars 1922, p. 167). En toute impartialité nous exposerons les deux thèses : celle « contre » d'abord, celle « *pour* » ensuite.

Contre. — Dans leur travail sur « Les voies d'introduction des vaccins et immunité » déjà cité, Ranque et Senez condamnent formellement la vaccination par voie buccale, 1° au nom du *laboratoire*, 2° au nom de la *clinique*.

1° Au nom du *laboratoire* :

a) En raison des résultats du dosage des agglutinines après vaccination comparative par les deux méthodes (ce taux s'élevant à 1 p. 1000 et même dépassant ce chiffre après vaccination sous-cutanée et atteignant par contre à peine 1 p. 30 après ingestion d'une dose de 50 fois plus forte) ;

b) En raison des recherches de Ramon, Zœller et Grasset qui établissent que l'homme ne retire aucun profit au point de vue de son immunité de l'introduction d'anatoxine par voie buccale, même si l'on a recours à l'ingestion préalable de bile.

2° *Au nom de la clinique* :

a) En tenant compte de leurs observations personnelles et celles « de nombreux confrères impartiaux » de la région.

b) Conformément aux observations défavorables de Cornil (La vaccination par voie buccale et voie sous-cutanée, *Journal des Praticiens*, 27 mars 1926) et à la conclusion de son article qui n'accorde à la vaccination par voie buccale « qu'une fausse sécurité ».

Les auteurs condamnent sévèrement la voie digestive. « Bravant la popularité, les profits faciles et les goûts du public, c'est un devoir de montrer la vérité telle qu'elle s'est révélée à notre conscience. Tenons nous en aux méthodes les plus certaines. Ne cédons pas à la tentation de laisser croire toujours vrai ce qui est le plus agréable. Que les médecins n'empruntent pas les mœurs du Forum.

Bien plus, sollicitée pour donner son approbation à la livraison dans le public de vaccins absorbables par voie gastro-intestinale, la Commission spéciale de l'Académie de médecine propose de surseoir à l'autorisation. « Il a semblé à la Commission que la preuve de l'efficacité du vaccin par voie digestive n'avait pas été donnée de façon assez complète. Si l'ingestion de vaccin paraît dépourvue d'inconvénients, il ne faut pas se dissimuler que cette méthode, autorisée par l'Académie, se substituerait aussitôt à la méthode de vaccination par voie interne, beaucoup plus pénible, mais qui, elle du moins, a fait tant de fois la preuve de son efficacité préventive ». Elle proteste contre l'autorisation délivrée, malgré cet avis défavorable par le gouvernement, dénonçant les dangers que présenterait la substitution d'une vaccination digestive, *encore aléatoire et même douteuse* jusqu'à perfectionnements nouveaux, à la vaccination par voie sous-cutanée qui, si elle a des inconvénients et des contre-indications, a par contre fait définitivement ses preuves d'activité préventive, (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 25 novembre 1924 et 14 avril 1925).

Pour. — Aprement combattue, la doctrine de l'efficacité de l'immunisation par voie digestive en général compte cependant des défenseurs nombreux et convaincus. Plaident en effet en sa faveur les publications de Fornario (Vaccination antipesteuse, 1908), de Dopter (Vaccination antidysentérique, 1909), de Courmont et Rochaix (Vaccination antityphique, 1911), de Besredka (Vaccination anti-

dysentérique, antiparatyphique. 1919-1920), enfin les retentissants travaux de Calmette sur l'immunisation du nouveau-né contre la tuberculose pulmonaire. Dans le travail que nous avons déjà signalé, P. Cazeneuve, étudiant la question de savoir si la vaccination par voie digestive doit être abandonnée, a pu écrire. « Des données expérimentales et cliniques se dégage la conclusion que la vaccination par voie digestive est aussi efficace et paraît susceptible d'applications aussi variées que la vaccination par voie sous-cutanée. » A propos de la vaccination obligatoire contre la fièvre typhoïde, H. Carrion proclame « la parfaite efficacité de l'immunisation par voie buccale (*Revue prat. de biologie appliquée à la clinique et à la thérapeutique* décembre. 1926). Signalons encore un article de H. Setbon (La vaccination par voie digestive, *Monde médical*, 1er février 1926) favorable à la méthode.

Au point de vue particulier qui nous occupe ici, parmi les recherches qui tendent à établir l'efficacité de la vaccination antimélitococcique par voie buccale, il faut placer en première ligne celles de Ch. Nicolle et de Conseil. Nous les avons exposées plus haut. Rappelons qu'après ingestion de vaccin, les épreuves consistant dans l'inoculation de 450 millions de melitensis de plusieurs races vivants n'ont pas provoqué chez les vaccinés de réaction clinique ou bactériologique.

E. Burnet a reproduit les essais de Nicolle en prolongeant les délais avant épreuve. « Malheureusement, m'écrit-il, les malades m'ont en partie échappé avant la fin de l'expérience et je n'ai pu publier leur cas. Je crois à l'efficacité du procédé ».

Nous signalerons enfin nos observations personnelles portant sur des bergers en milieu habituellement contaminé et qui depuis deux années soumis une fois par an à la vaccination par voie buccale sont jusqu'ici restés indemnes, alors que dans le même village, quelquefois dans la même ferme, des sujets ayant refusé la médication ont été frappés par la maladie.

L'on comprend que, tout en restant justiciable de nouvelles expériences, une telle méthode ne doive pas être abandonnée. P. Cazeneuve qui s'en est fait l'éloquent défenseur, pouvait écrire : « Cette méthode, qui se recommande par l'extrême simplicité de son mode d'application, semble appelée à occuper une place importante dans la thérapeutique, si on veut bien se dégager de toute idée préconçue Et, pour dire toute ma pensée, il serait à mon sens regrettable que sous l'empire d'une doctrine absolue, nullement justifiée par les études de laboratoire et l'observation clinique, on rejetât de parti pris la vaccination et la vaccinothérapie par voie digestive. La science française, après avoir marqué sa place dans ces études, ne peut raisonnablement se laisser devancer par l'étranger dans le domaine de l'application clinique. Elle en est menacée. Nier la vaccination ou la vaccinothérapie par voie digestive, croire à une impossibilité me remet en mémoire la rude apostrophe de Bossuet que Pasteur mit en épigraphe en tête de son livre célèbre sur la bière : « Le plus grand dérèglement de l'esprit est de croire aux choses parce qu'on veut qu'elles soient ».

Conclusions.

Il est évidemment bien difficile de juger actuellement la question et cela pour deux raisons :

1° Parce que la méthode de la vaccination par voie digestive est encore trop récente. « La vaccination par voie buccale est une méthode trop nouvelle pour que l'on puisse porter sur elle un jugement définitif. Elle a des partisans chaleureux et elle a ses détracteurs comme toute méthode neuve qui heurte les conceptions classiques, les acquisitions antérieures ». (L'Avenir de la vaccination par voie buccale. *L'Immunité*, 15 juillet 1928) ;

2° Parce qu'il y a lieu de se méfier de ce que Ranque et Senez ont appelé « l'illusion vaccinale ». Développant ce sujet, ces auteurs soulignent en premier lieu ce fait que les vaccinations sont faites en général en milieu éclairé et instruit, par suite moins exposé à cause de ses habitudes d'hygiène et de propreté. Enfin dans des régions peu contaminées tous les moyens de vaccination même les plus efficaces, paraissent donner des résultats, la proportion de la mortalité étant voisine de la proportion des cas d'échec possible d'une méthode. Et ils concluent : « Il ne faut pas franchir les limites de la prudence dans le sens de l'efficacité. Le mieux peut être l'ennemi du bien ».

Il nous paraît en tout cas permis de tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science, il est possible de vacciner efficacement l'homme en milieu contaminé contre la fièvre ondulante :

2° Cette vaccination peut être pratiquée par la voie sous-cutanée ou par la voie digestive :

3° La vaccination par voie sous-cutanée a pour elle son indiscutable efficacité. Elle présente les deux inconvénients de nécessiter des piqûres et d'être susceptible de provoquer des réactions, d'ailleurs inconstantes et habituellement légères et qui sont appelées à faire totalement défaut par l'observation des précautions nécessaires et de certaines contre-indications :

4° La voie digestive a pour elle la complexité de son mode d'administration et sa parfaite innocuité. Son efficacité ;

5° Quel que soit le mode de vaccination mis en œuvre (et c'est l'immunisation par voie hypodermique toujours efficace qui sera toujours la première proposée), celle-ci reste particulièrement indiquée chez les bergers et dans les petites localités habituellement frappées par la maladie. Elle sera au moins annuelle et aura lieu en février.

Nos conclusions restent conformes à la sage opinion du regretté professeur Renon qui pouvait logiquement écrire : « Nous devons accepter les deux méthodes. Vacciner par injection quand on peut, parce que les résultats connus sont certains. Mais, lorsque cette mesure n'est pas possible, *nous avons le devoir* d'utiliser l'entéro-vaccin par voie gastro-intestinale ».

CLINIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie des nerfs

(Etude limitée aux traumatismes)

I. A) Notions générales applicables à la chirurgie des nerfs.

B) Les grands syndromes cliniques.

II. Principes généraux du traitement des lésions traumatiques des nerfs,

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

I. A) Notions générales applicables à la chirurgie des nerfs.

B) Les grands syndromes cliniques.

A) Notions générales applicables à la chirurgie des nerfs.

- Rappel anatomique.
- Physiologie normale et pathologique.
- Dégénérescence Wallérienne.
- Reconstitution nerveuse.
- Evolution anatomo-pathologique des bouts sectionnés.
- Conclusions opératoires logiques.
- Réactions du tissu conjonctif entrant dans la constitution des nerfs.

L'étude de la chirurgie des nerfs et des résultats qu'on est en mesure d'en attendre ne peut être comprise que si elle est basée sur un certain nombre de données *anatomi-*

ques, physio-pathologiques, anatomo-pathologiques et cliniques actuellement bien établies.

C'est pour avoir méconnu ou négligé des notions de cet ordre que des erreurs, des fautes, des inconséquences ont été commises trop souvent dans les opérations sur les troncs nerveux.

I. Rappel anatomique. — Tout nerf mixte (et nous avons en vue ici les nerfs des membres) est composé de *fibres motrices, sensitives, trophiques et vaso-motrices*. Les fibres motrices et sensitives appartiennent au système cérébro médullaire et sortent ou entrent dans la moelle par l'intermédiaire des racines. Les fibres trophiques et vaso-motrices dépendent en grande partie du système sympathique.

La partie fondamentale du nerf est constituée par les *cylindraxes* qui représentent un des deux prolongements des *cellules motrices* ou des *cellules sensitives* bipolaires.

Les *cylindraxes des filets moteurs* prennent leur origine dans les cellules *pyramidales des cornes antérieures* de la moelle et sortent par les *racines antérieures*.

Les *cylindraxes des filets sensitifs* à direction centrifuge prennent naissance dans les *grandes cellules des ganglions rachidiens* situés sur le trajet des *racines postérieures* ; la portion de ces racines comprise entre le ganglion et la moelle contient seulement le prolongement central, centripète de ces cellules nerveuses.

La réunion de la racine sensitive et de la racine motrice constitue le *nerf mixte* composé par la réunion des cylindraxes sensitifs et moteurs entourés d'une gaine de myéline recouverte elle-même par la gaine de Schwann.

Les cylindraxes sont réunis en *fibrilles*, les fibrilles en *fibres*, les fibres en *fascicules nerveux*. Chacun de ces éléments est séparé de l'élément voisin par du tissu conjonctif inter et péri-fasciculaire. A la périphérie du nerf ainsi constitué, existe une dernière gaine conjonctive, le *périnèvre*, ou *adventice* formé de tissu conjonctif lâche où l'on voit courir les vaisseaux destinés à la nutrition du nerf et qui pénètrent secondairement dans les interstices interfasciculaires et interfibrillaires.

Les fascicules nerveux ne sont pas disposés au hasard dans l'épaisseur du nerf mixte.

Jaboulay, Viannay, Gosset, Mauclaire, Stoffel, Pierre Marie, Meige Mde Déjerine et Mouzon, etc., ont montré, soit cliniquement, soit expérimentalement, qu'il existait une *systématisation* dans la distribution des fibres.

D'après Jaboulay et Viannay (thèse de Lyon 1902) les fibres motrices des nerfs mixtes sont surtout situées à la périphérie du nerf ; les fibres sensitives parcourent de préférence la partie centrale. De même, les fibres nerveuses destinées à former les *collatérales* sont d'autant *plus superficielles* qu'elles sont plus courtes. Les collatérales hautes émergent donc de la superficie du nerf, tandis que les collatérales qui naissent bas sont situées plus profondément dans le corps du nerf (Mauclaire). Il en résulte que les compressions ou les *sections partielles se manifestent surtout par des troubles moteurs et sur le territoire des branches nerveuses naissant près de la lésion*. Au contraire, les *troubles de la sensibilité sont de plus en plus accusés à mesure que la section se rapproche du centre du cordon nerveux*.

Il en résulte surtout qu'au point de vue chirurgical, il *ne faut pas suturer les extrémités nerveuses en position de décalage, mais réajuster le nerf pour ainsi dire faisceau par faisceau*.

Il faut en d'autres termes faire des sutures nerveuses *omofasciculaires*.

B) **Physiologie normale et pathologique.** — Les cylindraxes ont leurs centres trophiques dans les cellules dont ils représentent un des prolongements. En conséquence, les *cylindraxes moteurs* ont leur centre trophique dans les cellules de la corne antérieure de la moelle. Les cylindraxes sensitifs ont leur centre trophique dans les cellules des ganglions rachidiens.

a) Dégénérescence Wallérienne. — Quand la continuité du cylindre est rompue, la partie de cylindraxe qui reste en contact avec sa cellule d'origine continue à vivre et à fonctionner physiologiquement. Au contraire, le bout qui n'a plus de relations avec la cellule d'où il émergeait dégénère, subit une transformation importante dans sa structure et n'est plus capable d'assurer les fonctions physiologiques du nerf : c'est la *dégénérescence Wallérienne*.

Au point de vue anatomique, elle se manifeste par la *désintégration du cylindraxe distal*, avec segmentation de la myéline et prolifération des gaines de Schwann.

En somme (et ceci est un point fondamental à retenir), *il se fait au-dessous du point de section une déshabitation du nerf périphérique par les cylindraxes disparus*.

b) Reconstitution nerveuse. — Pour que le nerf redevienne *physiologiquement* actif, il faut qu'il soit *anatomiquement reconstitué*, c'est-à-dire qu'il faut que les cylindraxes restés vivants dans le bout supérieur repassent en se prolongeant dans les tubes de Schwann déshabités du segment inférieur pour les réhabiter jusqu'au niveau des terminaisons nerveuses. C'est à ce moment, et à *ce moment seulement, que le nerf étant anatomiquement reconstitué, ses fonctions physiologiques peuvent réapparaître* si d'autres conditions n'y ont pas apporté d'entraves (atrophie musculaire définitive avec transformation scléreuse par exemple).

C'est ce qui explique que la *simple suture bout à bout d'un nerf ne peut pas être suivie d'une restauration physiologique immédiate de la fonction de ce nerf*, mais qu'elle doit attendre un temps d'autant plus long que le territoire innervé est situé plus loin du point de section.

On a cependant signalé des faits où la suture d'un nerf sectionné a été suivie immédiatement de la réapparition de la sensibilité et de la motricité (observation de Cazamian relative à une section du cubital avec restauration fonctionnelle instantanée après suture, rapportée par Monod à la Société de Chirurgie de Paris).

Mme Déjerine pense que ces cas de *pseudo-réparation* rapide sont des *erreurs d'interprétation* basées sur la méconnaissance de la possibilité de provoquer certains mouvements par l'action d'autres muscles que ceux qui sont innervés par le nerf intéressé. (Mouvements de compensation).

Il n'en est pas de même pour les simples compressions dans lesquelles une libération peut amener une restauration instantanée de la fonction (cas d'Auvray relatif au nerf sciatique poplité externe rapporté à la Société de Chirurgie de Paris en 1916 ; libération faite 9 mois après la blessure). Mais, dans ce cas, il n'y avait pas de dégénérescence du bout inférieur puisque l'auteur a soin de noter que la réaction de dégénérescence n'existait pas. Il s'agit *donc d'une simple suspension fonctionnelle sans lésion anatomique des cylindraxes* ce qui explique la possibilité d'une guérison rapide.

c) Évolution anatomo-pathologique des bouts nerveux sectionnés. — En même temps que se produit la *désintégration cylindraxiale, les extrémités des bouts du nerf*

sectionné subissent des remaniements anatomo-pathologiques qu'il est nécessaire de bien connaître pour comprendre les conditions à réaliser afin d'obtenir un résultat satisfaisant après suture nerveuse.

Au niveau du point de section du *bout central*, les cylindraxes toujours vivants prolifèrent, s'allongent, et s'ils ne trouvent pas de tubes conducteurs pour les guider, ils se perdent, s'éparpillent, se contournent de mille manières, pour finalement constituer le *névrome central* composé par l'agglomération des cylindraxes repoussés et tortillés, enrobés par une masse de tissu conjonctif qui les coiffe. Ce névrome est d'autant plus gros que les tubes cylindraxiles ont davantage proliféré. Il peut être le siège de douleurs locales où le point de départ d'accidents réflexes sympathiques à distance produits par l'irritation des fibres nerveuses qu'il contient (compression, sclérose, infection, etc...)

Au niveau de la tranche de section portant sur le *bout périphérique*, les cylindraxes dégénèrent ; donc ils ne réagissent pas. Par contre, le tissu conjonctif nerveux inter et intra-fasciculaire prolifère légèrement et constitue un petit tampon qui cicatrise la tranche de section et qui est formé uniquement par le tissu conjonctif du nerf, c'est le *gliome terminal.*

Conclusions opératoires logiques. — Donc, si l'on veut qu'après une suture nerveuse, les cylindraxes du bout central passent dans le bout périphérique pour le régénérer, il est *absolument indispensable de détruire les formations de cicatrice* qui empêchent le cheminement des cylindraxes de se faire, c'est-à-dire de faire *précéder la suture nerveuse de l'ablation du névrome central et du gliome périphérique* ; (notion déjà bien mise en évidence par Delorme en 1915) et faire en sorte qu'il ne se reproduise pas de nouveau tissu de cicatrice au niveau de la suture pour barrer la route aux cylindraxes partis du bout supérieur à destination des tubes vides du bout inférieur.

En effet, le *point d'arrêt de la régénération d'un nerf n'est pas dans le névrome mais au-dessous dans la cicatrice de réunion des deux bouts* (Mme Déjerine).

En conséquence, si l'on veut rétablir la continuité nerveuse, il faut sectionner le nerf au-dessous du gliome périphérique et au-dessus du névrome central et suturer les deux bouts en adossant exactement les fascicules nerveux les uns aux autres.

En d'autres termes, il est absurde de penser à reconstituer un nerf si l'on n'assure pas le libre passage des cylindraxes centraux dans le bout périphérique. Ce passage ne peut se faire que par la réhabitation fibre par fibre du bout périphérique par les cylindraxes du bout central.

C'est la méconnaissance de ce fait fondamental, ou l'absence de soins ou de possibilité de manœuvres opératoires propres à en réaliser la production qui est à la base de la plupart des échecs constatés après la suture nerveuse. Ajoutons que malgré toutes les précautions opératoires, prises, la régénération est souvent arrêtée pour des raisons tout à fait indépendantes d'un acte opératoire bien conduit, la poussée cylindraxile centrale se perdant ou s'épuisant avant d'arriver à destination (sections hautes, longues, pertes de substance nécessitant des greffes, infections, etc...).

d) Réactions du tissu conjonctif entrant dans la constitution des nerfs. — Indépendamment des cylindraxes, éléments nobles, les nerfs contiennent du tissu conjonctif qui réagit au traumatisme et surtout à l'infection en provoquant de la sclérose (sclérose inter, intra-périfasciculaire) ; celle-ci amène des *compressions* ou des *irritations* ou même des *destructions* partielles ou totale des cylindraxes qu'elle enserre sans que ceux-ci aient eu besoin d'être primitivement touchés. Le plus souvent, les lésions sont mixtes. Si l'on ajoute à cela la possibilité, la grande facilité pour un nerf d'être englobé partiellement ou totalement dans un tissu de cicatrice qui le comprime et l'enserre (cal osseux, bloc séreux cicatriciel) la possibilité aussi d'être infecté pour son propre compte, (névrite, névrite ascendante), on aura un aperçu des principales lésions chirurgicales traumatiques auxquelles il suffira d'ajouter les lésions néoplasiques qui appelleront l'intervention du chirurgien en raison des symptômes qu'elles déterminent, et l'on aura aussi les éléments indispensables pour régler une technique opératoire appropriée et judicieuse.

II. — *Les syndromes cliniques.*

I — **Syndrome d'interruption totale.**
II — **Syndrome de compression.**
III — **Syndrome d'irritation.**
IV — **Syndromes dissociés.**
V — **Autres formes cliniques :**

1° **Lésions nerveuses d'origine vasculaire ;**
2° **Contractures réflexes ;**
3° **Lésions vasculo-nerveuses.**

***

Les lésions nerveuses susceptibles d'un traitement chirurgical, quoique nombreuses, peuvent se ramener à 4 *types cliniques* (Déjerine et Monzon) déterminés eux-mêmes par des lésions *anatomo-pathologiques* constatées à l'examen des troncs nerveux.

Ce sont :

La section nerveuse produisant le *syndrome d'interruption* ; *la compression, l'irritation* se manifestant par des syndromes du même nom ; c'est enfin l'association à des degrés variables des modalités précédentes et constituant les *syndromes dissociés.*

Quand l'action chirurgicale et thérapeutique aura été heureuse, on verra d'autre part apparaître peu à peu des signes de régénération constituant le *syndrome de régénération* bien étudié par Mme Déjerine et dont il sera fait mention à propos des résultats des opérations pratiquées sur les nerfs.

1° *Syndrome d'interruption complète.*

a) Etiologie. — Les types cliniques répondront le plus souvent à une section par coup de couteau, par projectile, par balle ou éclat d'obus, à un écrasement du nerf accompagnant de gros délabrements des autres portions du membre, à une section par un fragment osseux, à une fracture comminutive, etc...

b) Lésions habituelles. — Au point de vue *anatomo-pathologique*, le syndrome d'interruption complète se rencontre soit quand le nerf *est sectionné entièrement* et que ses deux bouts sont écartés l'un de *l'autre ou réunis sur un pont fibreux*, soit quand la section nerveuse a été suivie d'une *réparation apparente purement anatomique*, les deux bouts étant de nouveau soudés, mais restant séparés par une chéloïde nerveuse composée pour chaque extrémité d'un tissu de cicatrice différent au point de vue histologique (névrome pour le bout supérieur, fibrome par le bout inférieur.)

c) Symptomatologie. — Les symptômes seront moteurs, sensitifs, réflexes, trophiques, électriques.

1° Moteurs. — *a*) Ils se caractérisent par la *paralysie complète*, des muscles innervés par les filets se détachant du nerf à la partie sous-jacente à la section ;

b) Par l'*absence totale de tonicité* de ces muscles se traduisant par la mollesse des masses musculaires *et l'attitude donnée au membre par les muscles antagonistes* ;

c) Cette paralysie complète s'accompagne d'une *absence totale de douleur à la pression des masses musculaires* ;

2° Sensitifs. — Ils se manifestent par les signes suivants :

a) Anesthésie complète immuable dans tout le domaine sensitif correspondant au territoire des branches nerveuses sous-jacentes à la section :

b) *Absence* de toute zone *d'hyperesthésie* et de tout phénomène *de paresthésie* dans le territoire sensitif du nerf lésé ;

c) *Absence* de douleur à la pression du tronc nerveux au-dessous du point de section ;

d) *Fixité des troubles de la sensibilité objective* dont la topographie correspond à *tout le territoire* du nerf et qui se manifestent dans *tous les modes de la sensibilité* (au contact; à la piqûre, profonde osseuse, etc..) Dans certains cas cependant, la sensibilité profonde et osseuse sont conservées (Tinel.)

Par contre, l'intensité de ces troubles est très variable en raison des anastomoses nerveuses ;

3° Trophiques : Les troubles trophiques se manifestent surtout par de l'*atrophie musculaire progressive*; en général, vous n'observerez pas de troubles graves de la trophicité, et ceux que vous pourrez rencontrer n'ont aucune valeur dans l'établissement du diagnostic (minceur de la peau, aspect luisant, disparition des crêtes papillaires, cyanose, refroidissement local, hyposudation ou absence totale de sudation, ralentissement de la croissance des poils et des ongles, laxité articulaire, etc..,) ;

4° Reflexes. — Pendant un certain temps vous constaterez *une exagération des réflexes idiopathiques musculaires* ;

5° Examen électrique. — Vous constaterez, mais *au bout d'un certain temps seulement* (3 semaines environ), l'apparition de la *réaction dite de dégénérescence* (1) à l'examen électrique. De plus, l'électrisation du bout central du nerf ne donne aucune réaction au niveau des muscles innervés par les branches nées sur le trajet du bout sous-jacent à l'interruption.

d) *Déductions thérapeutiques générales*. Dans les cas où la section physiologique totale a été constatée à plusieurs reprises par des neurologues compétents à la suite de plusieurs examens successifs, en se basant principalement sur les quatre signes suivants ; *fixité de la paralysie, de l'anesthésie, de la réaction de dégénérescence, absence de fourmillements à la pression du bout* sous-jacent à la lésion et *déclanchement du fourmillement à un niveau constant, qui correspond* au névrome du bout central, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement pour rétablir la continuité nerveuse.

Il faut pratiquer la suture *nerveuse après extirpation du névrome central et du gliome périphérique, et si la suture est impsssible, faire une greffe auto ou hétérogène.*

***

2° Syndrome de compression.

La forme clinique classique est réalisée par l'inclusion d'un gros nerf dans un cal osseux (radial au bras.)

Lésions constatées.

a) La *forme grave* peut équivaloir à la section anatomique des fibres nerveuses et l'on constate les mêmes symptômes qu'en cas de section ou d'interruption complète ;

b) Dans la forme moyenne, plus commune, *il n'existe pas de solution de continuité des cylindraxes*, qut sont seulement *comprimés, soit par une virole fibreuse périphérique* sans étranglement des fascicules (forme légère), soit par une virole *fibreuse périphérique qui empiète sur le corps du nerf et comprime les fascicules* (forme plus grave) ;

c) La lésion peut être enfin constituée par une *virole externe* comprimant les faisceaux nerveux à laquelle

---

(1) Je vous rappelle que l'excitation électrique des muscles et des nerfs normaux donne des réactions qui sont les suivantes :

Excitation du muscle avec un courant faradique (bobine).

Battements lents : contraction à chaque battement.

Interrupteur rapide : tétanisation physiologique du muscle.

Excitation du muscle au courant galvanique (pile).

On n'obtient de secousses musculaires qu'au moment de la *rupture de courant*, soit à *l'ouverture*, soit à la *fermeture*.

Quand le courant est assez fort (5 milli-ampères), et qu'on touche le point d'excitation du muscle (que vous trouverez figuré sur des tableaux spéciaux affichés dans tous les centres de physiothérapie et d'électrothérapie) avec un tampon humide relié au *pôle négatif*, il se produit une contraction musculaire au moment de la *fermeture* du courant.

La même épreuve pratiquée avec le tampon relié au *pôle positif ne donne aucune réaction*.

Si le courant employé est *plus fort*, on obtient une *concentration de fermeture avec les deux pôles*, mais la contraction est beaucoup plus *violente* avec le tampon relié au *pôle négatif*. La contraction ainsi obtenue est toujours *brusque et instantanée*.

On donne le nom de *réactions de dégénérescence aux modifications apportées à ces réactions normales produites par l'excitation électrique dans le cas de lésions nerveuses ou musculaires*. En ce qui concerne les *muscles*, il faut pratiquement retenir ceci :

	Réaction normale	Réaction de dégénérescence partielle.	Réaction de dégénérescence totale
Excitabilité faradique.	normale (tétanos physiologique,	diminuée	abolie
Excitabilité galvanique.	normale	diminuée	diminuée
	Secousse vive obtenue surtout avec le pôle négatif avec le courant de fermeture.	Secousse lente obtenue soit avec le pôle négatif au courant de fermeture (secousse normale) soit avec la même intensité avec les 2 pôles (égalité polaire) soit avec une plus grande intensité avec l'emploi du pôle positif (inversion de la formule polaire).	

Vous devrez interpréter comme suit les renseignements fournis par la réaction de dégénérescence dans les blessures des nerfs (Zimmern).

1° Seule, la lenteur de la secousse musculaire a de l'importance ; l'inversion polaire aucune ;

2° Quand il y a R. D. il y a sûrement lésion organique ;

3° La hauteur de la lésion sur le nerf se mesure à la disparition de la R. D. sur le muscle innervé par le filet immédiatement sus-jacent à la lésion ;

4° La nature de la lésion peut être éclairée par la R. D. R. D. – complète = section ou syndrome d'interruption nerveuse, R. D. en évolution = manifestation transitoire, passagère, précédant ou suivant la période d'état.

Si au bout de 15 jours, la R. D. est complète, il y a section.

Cependant le syndrome peut faire suite à un simple trauma nerveux.

5° Le retour de la motricité volontaire apparaît avant le retour de l'excitabilité électrique.

6° L'évolution subaigue de la R. D. avec conservation de l'excitabilité faradique implique un syndrome de compression ou la présence d'un névrôme intrafasciculaire.

Cependant la R. D. partielle n'est souvent que le symptôme avant-coureur d'une R. D. totale.

7° Seuls seront dispensés de l'intervention les malades qui auront récupéré des mouvements après trois mois.

s'ajoute une production *fibreuse interfasciculaire centrale* (forme grave pouvant ajouter des symptômes d'irritation au syndrome de compression.)

a) SYMPTOMATOLOGIE : Dans les formes moyennes, vous noterez les symptômes suivants :

1° *Moteurs.* — *Paralysie moins complète* qu'en cas de section ; il existe quelquefois la possibilité de faire quelques mouvements. Le tonus musculaire est conservé ;

2° *Sensitif. L'anesthésie est variable*, non immuable, il *n'existe pas de fourmillements* sur le trajet du nerf au-dessous du point lésé. Il n'y a *pas de douleur à la pression des masses musculaires* ;

3° *Réflexes*. Les réflexes tendineux, osseux, cutanés sont *diminués*. La contraction idiopathique des muscles *est exagérée* ;

4° *Troubles trophiques.* Il existe de *l'atrophie musculaire* mais elle est moins marquée que dans le syndrome d'interruption complète. Les autres troubles trophiques sont à peu près nuls ;

5° *Examen électrique.* La réaction de dégénérescence est *partielle* ;

b) *Déductions thérapeutiques générales.* En présence des *symptômes de compression* vous devez toujours intervenir ;

a) Pour libérer le nerf (*neurolyse*) ;

b) Pour empêcher la compression de se reproduire par des manœuvres appropriées, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser, les adhérences et la sclérose périnerveuse ayant souvent une tendance invincible à se reproduire dans les foyers opératoires qui ont une première fois suppuré.

Vous éviterez toujours autant que possible dans ces interventions des manœuvres sur le nerf lui-même. et dans les cas de sclérose interstitielle, je vous *déconseille le hersage* qui ne donne pas de résultat durable.

Quand un nerf a été bien libéré et que la compression ne se reproduit pas, le retour des fonctions se fait en général très rapidement. Si au contraire, on n'obtient pas de résultat et que les troubles s'aggravent, on est autorisé à pratiquer la section ou la résection du nerf suivie de suture.

L'énucléation des petits fibromes inter et intrafasciculaires peut être avantageusement pratiquée à condition que l'opération ne lèse pas les fascicules nerveux sains.

Par contre, il faudra toujours s'efforcer d'extraire les corps étrangers intra-nerveux.

* * *

3° Syndromes d'irritation.

a) **Lésions constatées.** — Un des types classiques que vous rencontrerez le plus fréquemment est constitué par une plaie ayant intéressé un paquet vasculo-nerveux ; après suppuration plus ou moins abondante, vaisseaux et nerfs sont enrobés dans un tissu de cicatrice dur, scléreux, qui les enserre et les pénètre.

Les lésions nerveuses sont représentées anatomo-pathologiquement, soit par la *sclérose intrafasciculaire* (forme légère, soit par la sclérose *intra et périfasciculaire* (forme grave.)

D'une façon générale, ces lésions se manifestent surtout par des *troubles sensitifs accentués et des troubles trophiques graves* ;

b) **Formes cliniques.** — *Classification de Tinel.* — 1° Dans les formes *névralgiques simples*, il n'y a pas de *paralysie*, pas d'*anesthésie*, mais au contraire, une légère *hyperesthésie*, s'accompagnant de *douleurs irradiées le long du tronc nerveux.* Les masses musculaires sont sensibles ; on peut mettre en évidence sur le trajet du nerf les points de Valleix, de Lasègue, etc... (sciatique traumatique). Il n'existe pas dans cette forme légère de troubles trophiques appréciables. Elle ne comporte qu'un traitement purement médical ;

2° *Forme névralgique grave. Causalgie.* — Cette forme est connue depuis que la description en a été faite par Weir-Mitchel en 1864.

Quelque temps après la blessure, apparaissent des *douleurs névralgiques intenses* exaspérées par les causes les plus diverses et les plus futiles.

Il existe un *peu d'atrophie musculaire*, mais on ne note *jamais la paralysie vraie.*

Les troubles vaso-moteurs et trophiques sont très développés et constituent ce que les auteurs anglais et américains ont décrit sous le nom de *glossy-skin* (peau amincie, luisante. fragile, comme atrophiée, rouge ou violacée, se fendillant et s'ulcérant au moindre contact, hyperesthésie douloureuse, sudation exagérée ou sécheresse de la peau ; troubles trophiques portant sur les phanères (poils, ongles, etc...)

On rapporte de plus en plus ces lésions aux vaso-moteurs (Leriche) ce qui semble rendre logique leur traitement par *la sympathicectomie péri-artérielle.* Il n'est pas sans intérêt de remarquer que ce sont les nerfs qui contiennent le plus grand nombre de filets sympathiques et qui ont une artère propre d'un certain calibre susceptible d'amener avec elle des rameaux sympathiques, qui sont plus spécialement le siège de ces lésions et de ces douleurs à type causalgique (médian, sciatique).

3° *Forme névrite atténuée.* — Dans cette forme, il n'y a *pas de paralysie vraie*, mais de la douleur à *la pression musculaire, une infiltration fibreuse des muscles, de la rétraction des aponévroses.*

Les troubles sont variables. On note le plus souvent des *douleurs spontanées sur le trajet du nerf*, exagérées par le mouvement. Il existe aussi de l'*hyperesthésie cutanée* accompagnée de troubles trophiques (œdème, cyanose, hypertrichose).

4° *Forme névrite grave.* — On note les mêmes symptômes, mais exagérés ; il existe des *rétractions musculaires et aponévritiques* étendues ; quelquesfois *l'atrophie musculaire est très rapide.*

Mais ce sont surtout les *phénomènes sensitifs et trophiques* qui dominent la scène.

Le malade se plaint de douleurs spontanées exagérées par le simple mouvement et la contraction musculaire ; on réveille des douleurs à la pression sur le trajet du nerf et sur les muscles ; on note de l'hyperesthésie cutanée.

Les troubles trophiques déterminent l'apparition du glossy-skin, de l'œdème, de la cyanose ; on peut même voir à la radiographie une décalcification osseuse intense.

Dans ces formes névritiques, le traitement médical suffit ordinairement, car elles ont tendance à la guérison spontanée, mais qui ne se fait que très lentement (Tinel)

Il faut surtout lutter par des moyens appropriés contre les troubles trophiques et les rétractions musculo-aponévrotiques (physiothérapie).

Si on n'obtient pas de résultat, on est en droit de proposer la libération chirurgicale du nerf, la sympathicectomie péri-artérielle. Si le résultat est insuffisant, on peut

tenter la section physiologique du nerf par l'alcoolisation ou même sa section chirurgicale suivie de suture après extirpation des parties malades.

Dans ces cas particulièrement rebelles et douloureux, on sera en droit de proposer la radicotomie postérieure (Leriche-Gosset).

* * *

4° Syndromes dissociés.

Ils sont déterminés par des lésions ne portant que sur des portions plus ou moins grandes du tronc nerveux dont une partie est restée saine.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut avoir affaire aux types principaux suivants :

Section partielle du nerf ;
Compression latérale simple.

On peut observer aussi des *types* complexes réalisant à la fois sur le même tronc nerveux une *compression partielle, une irritation partielle* etc.

Symptômes. — Les symptômes sont ceux des lésions constatées et limitées aux *fascicules atteints*. On peut donc voir s'associer des symptômes partiels de compression, d'irritation, de section, qui rendent l'examen très minutieux et le diagnostic très malaisé.

Chacune des lésions du nerf devra subir un traitement approprié (suture latérale en cas de section partielle, ou greffe fasciculaire (Gosset), désenclavement ou dégagement du nerf, énucléation des noyaux fibreux etc.)

Si la lésion paraissait trop étendue et trop complexe on pourrait tenter la résection suivie de suture avec ou sans greffe suivant la longueur du segment réséqué.

5° Autres formes cliniques.

A côté de ces syndromes classiques, vous pourrez observer des lésions constatées surtout depuis la guerre et pour lesquelles vous pourrez entreprendre une thérapeutique active.

1) Lésions nerveuses d'origine vasculaire. — Vous rencontrerez quelquefois des anciens blessés qui présenteront des *lésions nerveuses d'origine vasculaire*. Desplats, Pozzi, Tinel, P. Meige, Md Athanasio Bénesty, etc., qui ont observé les malades porteurs de ces lésions, pensent qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Entre l'ischémie totale qui amène la gangrène, et le retour absolu de la circulation, il y a une place intermédiaire où les troubles circulatoires (par ligatures, hématomes, anévrysme artério-veineux) provoquent des accidents nerveux par ischémie partielle jusqu'au retour de la circulation normale et dans lesquels on ne peut pas faire entrer les troubles d'origine sympathique décrits par Leriche.

C'est ainsi qu'on a observé des paralysies à *type terminal* avec réaction de dégénérescence ; de l'anesthésie progressive allant de la racine de la main vers les doigts, la *déformation des doigts en fuseaux*. Les accidents moteurs, trophiques, sensitifs, relevant de ce mécanisme paraissent plus fréquents au membre supérieur qu'au membre inférieur (Pozzi, Société de Chirurgie de Paris, 1917).

Tous ces symptômes s'amendent généralement avec l'amélioration du régime circulatoire.

2) Contractures réflexes. — A côté de ces lésions, vous verrez évoluer *des contractures réflexes* (troubles physiopathiques de Babinsky et Froment) qu'il ne faudra pas confondre avec les lésions nerveuses ou vasculaires vraies.

Elles se manifestent surtout par *des rétractions fibreuses et des attitudes vicieuses qui ne correspondent à aucun type défini* de lésions nerveuses systématisées. Les *réflexes sont modifiés*, fait qui n'existe jamais dans le pythiatisme pur (Froment).

Ces lésions se développent de préférence sur les sujets nerveux émotifs, et peut être aussi le facteur infection latente n'est-il pas négligeable.

Les troubles paraissent produits par action réflexe partant de la cicatrice et parcourant les nerfs centripètes, le système central, les nerfs centrifuges cérébro-spinaux et sympathiques.

Au point de vue thérapeutique, il faut agir sur deux éléments (Lefort).

a) Modifier l'état du système nerveux, par *un traitement médical approprié* (repos, influence psychique à prendre par le médecin sur son malade, alimentation rationnelle, grand air, suppression des causes d'intoxication, etc.)

b) Enlever *chirurgicalement* l'épine irritative ou annihiler ses effets en coupant la voie réflexe. Dans ces cas, la sympathicectomie péri-artérielle de Leriche n'agit que sur la voie centrifuge et temporairement en raison des suppléances qui se font rapidement.

3°) Lésions vasculo-nerveuses. — Vous constaterez enfin souvent des troubles *consécutifs aux lésions simultanées des gros troncs nerveux et vasculaires* et produisant soit de la myosite scléreuse, type Wolkmann, soit de la nécrose des extrémités dùe à l'oblitération artérielle et aggravée par des lésions nerveuses (Mauclaire).

Dans ces cas, il paraît logique de faire suivre l'opération nerveuse d'une sympathicectomie péri-artérielle susceptible de modifier heureusement le régime circulatoire du membre.

CHRONIQUE

L'accouchement à heure fixe et sans douleur. — Maladies thyroïdiennes et caries dentaires. — Traitement de l'anémie par le foie de veau. — Les aliments irradiés.

L'accouchement à heure fixe et sans douleur. — Le professeur Boquel (d'Angers) vient de publier dans les *Archives médicales d'Angers* de juin 1928 un intéressant article qui a le mérite de fournir, aux médecins questionnés par leurs clientes, les éléments d'une réponse au sujet de la méthode récemment préconisée par le professeur Delmas (de Montpellier).

« Une retentissante communication du Prof. Delmas, de Montpellier, dit M. Boquel, est venue, il y a quelque temps, agiter le monde, moins peut-être d'ailleurs le monde des accoucheurs de profession que le public médical en général ou ce qu'on est convenu d'appeler le grand public. La grande presse faisait connaître, après avoir exalté cette communication, que, désormais, on pouvait fixer à volonté l'heure de l'accouchement, et qu'il fallait considérer comme acquis le fait de pouvoir déterminer l'accouchement non seulement à heure fixe, mais encore sans douleur et aussi sans peine, danger ou ennui.

Voyons quelles sont les principales idées que la méthode du prof. Delmas a inspirées au prof. Boquel.

1° Il ne faut pas transformer sans raisons nécessaires un acte physiologique en une intervention qui fait courir, de toute évidence, un risque à la mère et à l'enfant, si minime que semble ce risque : « Il y a eu un cas de mort, plusieurs peut-être. »

2° Si nous nous plaçons dans un cas où un accouchement rapide ou prématuré est reconnu nécessaire, il convient de discuter si la méthode du prof. DELMAS est la moins dangereuse.

3° La rachianesthésie est employée depuis longtemps en obstétrique, mais la plupart des auteurs considèrent qu'elle détermine une rétraction défavorable aux manœuvres intra-utérines. D'autre part, elle détermine de l'hypotension, ce qui est nuisible dans les cas hémorragiques.

4° En contradiction avec les accoucheurs auxquels nous venons de faire allusion, le prof. DELMAS affirme que l'ouverture du col et l'extraction du fœtus par version sont très faciles. Cependant il y a « parmi les élèves de M. DELMAS quelques observateurs qui ont cru devoir faire des réserves. » M. BOQUEL se demande s'il y a des questions d'espèces et il rappelle la distinction classique entre contracture utérine (ou tétanisation) et rétraction (ou hypertonie). « Serait-il vrai que, contre la contracture la rachianesthésie ferait merveille... mais que... elle ne pourrait rien contre la rétraction... La méthode DELMAS serait alors singulièrement limitée dans ses effets. »

Le professeur BOQUEL rapporte ensuite trois observations de sa pratique où il a employé la méthode de Delmas.

Un premier fait concernait le cas classique d'une primipare chez laquelle la tête était profondément engagée, la poche des eaux rompue, la dilatation, arrivée péniblement à la dimension d'une ancienne pièce de 5 francs, restant là indéfiniment stationnaire depuis de longues heures. Une injection de 10 cgr. de scurocaïne suivant la technique exacte préconisée par le Prof. Delmas, amena tout d'abord, et en quelques instants, la cessation des douleurs accusées depuis si longtemps par la malade. Et ensuite, au bout de 5 minutes, la main introduite suivant la manière indiquée, dilata le col au point qu'on le désirait, avec la plus grande facilité et la plus grande rapidité. Alors, une application de forceps devenue possible permit l'extraction de l'enfant sans incident aucun, ni immédiat, ni consécutif.

Dans un second fait, il s'agissait d'une femme tripare, ayant eu, par placenta prævia, vers huit mois de gestation, une hémorragie abondante sans être grave et sans retentissement sur la tension artérielle, accompagnée d'un début de travail : contractions fréquentes, col un peu dilaté, rigide, épais, ne se modifiant plus depuis plusieurs heures. L'intérêt de débarrasser l'utérus paraissant évident, on eut recours à la méthode Delmas, et une injection de scurocaïne fut faite suivant les règles données. Toutefois, il faut noter qu'une partie de l'injection fut perdue et que, par conséquent, la dose injectée fut certainement un peu inférieure à 10 cgr. Aucun résultat anesthésiant ne fut obtenu, et aucune possibilité de dilater le col. B. dut avoir recours à l'anesthésie générale au balsoforme, qui lui permit sans doute de pousser la dilatation à un certain degré, mais avec une certaine résistance qu'il ne crut pas devoir forcer, d'autant que l'enfant était vraiment petit. Une version fut faite, non sans quelque peine, l'utérus se rétractant vraiment beaucoup et le col rétracté au niveau de la tête dernière fit obstacle. Ne croyant pas devoir forcer, B. fit une petite incision du col sur la lèvre antérieure et sur la lèvre postérieure, et le tout fut terminé sans difficulté ni incident autre.

L'échec ici, réel, peut tenir uniquement à la dose insuffisante de scurocaïne, B. note cependant la rétraction marquée de l'organe.

Dans un troisième fait, il s'agissait d'une femme primipare, présentant un bassin à type légèrement oblique ovalaire, du fait d'une boiterie infantile ; le promontoire était accessible, mais les dimensions du bassin, l'enfant étant petit, paraissaient devoir permettre le passage de l'enfant.

Le travail se prolongeant, la dilatation restant à 5 francs, désirant faire une version, B. résolut de faire appel à la méthode Delmas. Une injection de 10 cgr. de scurocaïne lui permit, au bout de quelques minutes, non seulement d'obtenir avec rapidité une dilatation complète, mais encore de faire une version avec la plus grande facilité Toutefois les prévisions se trouvèrent en défaut, la tête retenue au détroit supérieur le força à faire une symphyseotomie à la Zarate qui lui permit d'ailleurs d extraire rapidement un enfant étonné, mais qui fut ranimé et les suites se passèrent sans incident.

De ces trois observations, le Prof. BOQUEL conclut que la méthode du Prof. DELMAS peut rendre des services quand les indications à son emploi se posent nettement :

a) dans les dilatations stationnaires traînantes avec tête engagée permettant un forceps ;

b) dans les cas bien peu nombreux où un accouchement provoqué peut être envisagé en principe ;

c) d'une façon indiscutable (à cause des dangers inhérents à la rachi) dans les cas où une éclampsie, un placenta prœvia, exigent une évacuation rapide de l'utérus.

« Ce n'est pas pour prendre position dans la question, termine le Prof. BOQUEL, mais bien plutôt pour mettre en garde contre la diffusion trop prématurée d'une méthode qui ne pourra être préconisée qu'après étude consciencieuse, que, voulant répondre à des questions qui m'ont été posées de divers côtés, j'ai cru devoir écrire cette note sans doute un peu hâtive. »

***

Maladies thyroïdiennes et caries dentaires. — Après avoir résumé dans sa thèse (Paris, 1928), les principales théories pathogéniques de la carie dentaire et les principaux éléments physiopathologiques des syndromes thyroïdiens, JEAN CHATELLIER rappelle les conclusions de LÉOPOLD-LÉVY et H. DE ROTHSCHILD.

a) l'*hypothyroïdie* provoquerait un retard et un arrêt dans l'évolution dentaire, caractérisée par la persistance de dents de lait ; les dents présenteraient, d'autre part, de très nombreuses caries et des malformations ; enfin, les hypothyroïdiens seraient porteurs d'une polyarthrite alvéolo-dentaire très marquée et accompagnée d'une stomatite plus ou moins intense ;

b) l'*hyperthyroïdie* entraînerait la « chute des dents » et la formation de nombreuses caries ; ces lésions pourraient être attribuées, suivant ces auteurs, à une hypothyroïdie passagère.

Il paraît à JEAN CHATELLIER que les observations citées et les opinions émises par M. LÉOPOLD-LÉVY sont souvent peu nettes du seul point de vue stomatologique et que leur terminologie est quelquefois d'une précision qui laisse à désirer. C'est ainsi que M. L. LÉVY signale des « chutes de dents » ; veut-il, demande M. J. CHATELLIER parler de dents pyorrhéiques expulsées ou dents cariées tombant par morceaux ?

D'autre part, certaines interprétations dentaires peuvent être discutées par un stomatologiste. C'est ainsi que, dans une des observations, citée pour montrer l'existence des stomatites dans le myxœdème, il semble évident qu'une hygiène buccale particulièrement défectueuse doit être envisagée.

M. JEAN CHATELLIER verse alors au début dix-huit observations de basedowiens, qui ont été *recueillies dans des cabinets dentaires* et qui montre un nombre effarant de caries chez des sujets encore jeunes (4—14—21—11—13—9—24—3—2—20 8—16—7—7—13- 13—28— les 12 dents restantes sont cariées — toutes les dents sont cariées). « Il y a, dit M. CHATELLIER, dans la maladie de Basedow une exagération marquée des échanges, une déficience calcaire nette, des troubles trophiques sympathiques indéniables et une moindre résistance aux agents pathogènes. Or, toutes ces causes sont invoquées comme pouvant provoquer la carie dentaire. Ces résultats ne sont donc pas faits pour nous surprendre. »

A cette statistique, pour intéressante qu'elle soit, on peut formuler la réserve qu'elle a été recueillie dans des cabinets dentaires et qu'elle appelle la contre-partie d'une statistique accueillie chez des Basedowiens du « tout-venant ».

Il serait utile également de voir quel est l'effet d'une *poussée* basedowienne bien caractérisée sur la dentition du sujet, examiné avant et après la poussée.

Dans le myxœdème, M. JEAN CHATELLIER a relevé très

peu de caries, mais un retard net ou un arrêt de l'évolution dentaire.

« En ce qui concerne l'absence de carie, ne peut-on, dit il, trouver une explication en disant que les échanges sont ralentis et qu'il y a peu de troubles sympathiques ? Quant au retard d'évolution dentaire caractérisé par la persistance de dents de lait et l'absence de certaines dents définitives, le fait est normal puisque tout l'organisme subit cet arrêt et ce retard. »

***

Traitement de l'anémie par le foie de veau. — J'ai lu avec intérêt divers travaux consacrés à l'emploi de l'opothérapie hépatique dans les cas d'anémie pernicieuse et, en particulier, dans les cas d'anémie pernicieuse gravidique. J'ai, d'autre part, observé deux cas où la poudre de foie préparée par BOUTY a été utile pour hâter la convalescence de femmes ayant eu des hémorragies de la délivrance.

Mais on doit se demander comment agit l'extrait hépatique. Y a-t-il effet opothérapique vrai, c'est-à-dire excitation ou suppléance d'une fonction endocrine défaillante par l'intermédiaire d'un édifice moléculaire spécifique ? Ou bien devons-nous considérer le foie comme une médication banale qui amène avec elle un aliment utile à l'hématopoièse et, dans l'espèce, le foie n'agit-il pas tout simplement par le fer dont son parenchyme est remarquablement riche ?

Je viens de lire l'analyse de deux travaux qui m'ont vivement intéresser à ce sujet. Le travail original est dû à WADDELL, ELVEHSEM STEENBOCK et HART. Des lapins adultes sont soumis à un régime carencé en fer, c'est à savoir le régime lacté. Il en résulte une anémie grave. Cette anémie, les sels de fer ne l'empêchent pas. Mais le foie cru la guérit et aussi la poudre de foie et encore les cendres de foie. Ces cendres agissent sous condition d'introduire un demi-milligramme de fer par jour dans la ration. Le fer dans les cendres est sans doute sous une forme particulièrement assimilable et utilisable. Mais nous sommes loin de l'opothérapie telle qu'elle se pratique habituellement.

La deuxième analyse est parue dans la *Presse Médicale* et se rapporte à un travail de VERZAR et ZIH (1). Ces auteurs se sont demandé si les extraits de rate et les extraits de foie ne combattent pas l'anémie par le moyen d'un produit de destruction de l'hémoglobine qui est la bilirubine. Un demi-milligramme, un milligramme, deux milligrammes de bilirubine administrés à des lapins augmentent le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine de façon appréciable.

Je ne considère pas ces deux expériences comme répondant à la question posée au début de cette note. Peut-être, cependant, permettront-elles de serrer le problème pharmacodynamique de plus près.

Si, d'autre part, les travaux de WADDELL sont confirmés, ils auraient, au point de vue pratique, un vif intérêt : car il serait plus facile d'absorber, en cachet, des cendres de foie qu'une importante quantité de foie de veau cru.

***

Les aliments irradiés ont été l'objet de travaux intéressants, dus à d'éminents physiologistes et médecins, et d'une publicité active due aux fabricants de produits spécialisés. Il est souvent difficile au médecin de se faire une opinion sur un médicament nouveau, dans ces conditions, d'autant mieux que les auteurs les plus respectables parmi ceux qui prônent une médication se laissent aller, par une sorte d' « amour paternel », à n'admettre aucun défaut, aucune contre indication. C'est pourquoi je lis toujours avec un vif intérêt, à propos des thérapeutiques nouvelles, les éditoriaux d'un journal qui fait honneur à la profession médicale, j'ai nommé le *Journal of the American Association*. Je viens d'y lire (n° du 30 juin, p. 2105), avec curiosité, un article sur les dangers des ergostérols irradiés, qui, par ailleurs, ont donné de si excellents résultats dans le rachitisme, la tétanie et l'ostéomalacie.

Certains auteurs se sont demandé si l'excès de vitamine D ne pouvait pas présenter d'inconvénients pour l'organisme.

KREITMAIR et MALL en sont persuadé et ils ont fixé la dose quotidienne de ces aliments qui déterminent la mort en quelques jours dans les diverses espèces animales. Dans ces cas, l'autopsie montre d'étonnants dépôts de calcium dans divers organes. Ces effets s'obtiennent avec le seul ergostérol ; mais ils s'obtiennent infiniment plus vite avec l'ergostérol irradié. Il faut noter d'ailleurs qu'il s'agit de doses considérable et qu'il en faudrait 100 milligr. par jour chez un homme au lieu des 5 milligr. qui suffisent pour un effet thérapeutique.

Henri VIGNES.

(1) Bilirubine, hormone hémapoiétique possible. *Klinische Wochenschrift*, t. LIV n° 22, 27 mai 1928.

NOUVELLES

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 15 novembre 1928. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général, salle des séances.

Pour être admis au concours, les étudiants en médecine doivent être âgés de vingt ans au moins et de vingt-huit ans au plus, être pourvus de huit inscriptions de doctorat ainsi que du titre d'externe décerné au concours et justifier de deux années de stage dans un hôpital.

Le règlement du concours est à la disposition des intéressés au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

Faculté de médecine de Lille. — MM. Curtis, Doumer et Lemoine, professeurs à la Faculté de médecine de Lille, sont nommés professeurs honoraires à ladite Faculté.

Guerre. — Par décret du 25 août 1928, sont promus dans le cadre de santé militaire :

Armée active : *Au grade de médecin commandant.* — MM. les médecins capitaine Bergé, Chanoine et Fromant.

Réserve : *Au grade de médecin sous-lieutenant.* — MM. les médecins sous-aides majors Celice, Schmite, Barbaro, Hernu, Corbin, Paulin, Pene, Pontier, Richard.

MM. les médecins auxiliaires Filliol, Blondin, Valence, Charles, Blondel, Delagenière, Frantz, François dit Jonchères, Baron, Duponois, Nativelle, Baugas, Besnard, Blaise, Cavalié, Coureau, Donati, Duballen, Friedmann, Guilbert, Guiraud Luiggi, Masquet, Minet, Monod, Paquier-Desvignes, Pelletier, Pecker, Petiot, Poinso, Puy, Raybaud, Salvan, Sanson, Sudaka, Trabuc, Cortès, Lereboullet, Achard, André, Blanc Champagnac, Bouchard, Boulanger, Bourdin, Brial, Denis Le Sève, Droux, Fillippi, Gaitier, Giraud, Jegat, Joanny, Lagese, Lebar, Leca, Martineau, Mas, Pannier, Pinault, Py, Richer, Sommeyre, Sonn, Tranchaut, Touillon.

= Par le même décret, sont promus :

Au grade de médecin lieutenant. — MM. les médecins sous-lieutenants Barbaro, Blondel, Blondin, Celice, Charles, Delagenière, Filiol, Schmite, Valence, François dit Jonchères.

— Par décret du 25 août 1928, sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du service de santé :

Au grade de médecin colonel. — M. le médecin colonel retraité Paris.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels retraités Mayer, Baurrier.

Au grade de médecin commandant. — MM. les médecins commandants retraités Rouyer, Regnault, Boulin, Etienne, Sébin, Médan.

Au grade de médecin capitaine. — MM. les médecins capitaines démissionnaires Lombard, Schmite.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1928, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1928 le concours sera ouvert le jeudi 6 décembre 1928.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 5 au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 15 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Concours pour la nomination à dix places au maximum d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le mardi 13 novembre 1928 à 16 h. 30 à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale 3, avenue Victoria, Bureau du service de sante, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 15 au samedi 27 octobre 1928 inclusivement.

Laboratoire de bactériologie. (Professeur : M. A. Lemière). — Sous la direction de M. A. Philibert, agrégé, chef des travaux, auront lieu pendant l'année scolaire 1928-1929, deux séries de démonstrations de bactériologie avec travaux pratiques. Elles se suivront sans interruption, commenceront le mardi 8 janvier 1929 à 14 heures, au laboratoire de bactériologie et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Cet enseignement complet sera sanctionné par un certificat valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Programme des démonstrations. — *Première série* : Technique de microbiologie clinique. (14 leçons). — Généralités. Maniement du microscope. Examen des microbes à l'état frais. Colorations. Stérilisation de la verrerie. — Analyse bactériologique du pus. Préparation des milieux de culture liquides. — Technique de la séparation des germes aérobies et anaérobies. — Inoculations aux animaux. Préparation des milieux de culture solides. — Examen bactériologique des exsudats buccopharyngés. Diagnostic de la diphtérie. — Examen bactériologique des crachats. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Diagnostic de la syphilis. Recherche du tréponème. — Examen bactériologique du sang. Examen direct. Hémoculture. Inoculation. — Les séro-diagnostics. — Réactions de fixation. Technique de la réaction de Wassermann. Réactions de floculation. — Examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et des sérosités. — Examen bactériologique des matières fécales. — Examen bactériologique des urines.

Deuxième série : Etude pratique des microbes pathogènes. — 1re leçon. Physiologie et classification microbiennes. — 2e leçon. Staphylocoque. Préparation des vaccins. — 3e leçon. Streptocoque. Pneumocoque. — 4e leçon. Gonocoque. Méningocoque. — 5e leçon. Peste. Pasteurelloses. — 6e leçon. Bactéries hémoglobinophiles. Coccobacille de Pfeiffer. Bacille de Ducrey. Bacille de Bordet et Gengou. — 7e leçon. Groupe colibacille-Eberth. — 8e leçon. Pneumobacille. Proteus. Micrococcus melitensis. — 9e leçon. Bacilles dysentériques. Vibrion cholérique. — 10e leçon. Examen bactériologique des eaux potables. — 11e leçon. Bactéridie charbonneuse. — 12e leçon. Microbes anaérobies. Bactériologie de la gangrène. — 13e leçon. Bacilles du tétanos et du botulisme. — 14e leçon. Bacille diphtérique. — 15e leçon. Bacille tuberculeux. — 16e leçon. Bacille tuberculeux. — 17e leçon. Bacille tuberculeux. — 18e leçon. Lèpre et morve. — 19e leçon. Les spirochètes. — 20e leçon. Le tréponème de la syphilis. — 21e leçon. Réaction de Wassermann. — 22e leçon. Les virus invisibles. — 23e leçon. Les virus invisibles. — 24e leçon. Le bactériophage de d'Hérelle.

Les droits d'inscription sont de 200 fr. pour chacune des séries. Le nombre des places étant limité, les élèves sont priés de s'inscrire au Laboratoire de bactériologie avant de retirer leurs bulletins de versement. Ces bulletins sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année. (Année 1928-1929). — *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 17 janvier 1929, à 9 heures, à la salle des Concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. — Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration tous les jours, de quatorze heures à dix-sept heures, du 14 au 26 novembre 1928 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé au plus tard le lundi 26 novembre 1928, à dix-sept heures, dernier délai.

Concours pour les prix à décerner à MM. les internes en médecine de quatrième année. (Année 1928-1929). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 21 janvier 1929, à 9 heures, à la Salle des Concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration tous les jours, de quatorze heures à dix-sept heures, du 14 au 26 novembre 1928 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé au plus tard le lundi 26 novembre, à dix-sept heures, dernier délai.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. Paul Carnot.) — *Cours de vacances de* 1928 (septembre et octobre), sous la direction des professeurs P. Carnot et M. Villaret, du professeur agrégé Chabrol et du docteur H. Bénard, médecin des hôpitaux.

1º *Cours de septembre* (10-22 septembre.) — Notions récentes sur le diabète et les maladies du foie.

2º *Voyage d'études à Vichy.* — Dans la semaine intercalaire, entre les deux cours, aura lieu un voyage d'études à Vichy, avec conférence sur les traitements hydrominéraux dans le diabète, les maladies du foie et les maladies digestives.

Ce voyage est réservé aux auditeurs des cours.

3º *Cours d'octobre* (1er-13 octobre.) Notions récentes sur les maladies digestives.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 fr. pour un cours et de 450 fr. pour les deux cours. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Journées médicales de Bordeaux (4-8 novembre 1928.) — *Clinique universitaire de chirurgie infantile et d'orthopédie.* — A l'occasion des Journées médicales de Bordeaux, le professeur Rocher fera chaque matin, dès 8 heures, dans son service à l'hôpital des Enfants, Cours de l'Argonne, une série de conférences, de démonstrations cliniques et opératoires, consacrées :

Le lundi 5 novembre à la Chirurgie infantile : Technique personnelle de l'ectopie testiculaire ; Opération de bec-de-lièvre, de fissure palatine ; Hypospadias ; Hernie du nourrisson.

Le mardi 6 novembre, au traitement de la tuberculose osseuse et articulaire (mal de Pott et tumeur blanche) : Lecture de radiographies ; présentation de malades guéris ou en traitement ; application d'appareils plâtrés ; le lavage à l'eau chaude à 60 degrés dans les collections tuberculeuses (technique personnelle).

Le mercredi 7 novembre à la Chirurgie orthopédique et au traitement de la luxation congénitale de la hanche : Technique personnelle de réduction ; présentation d'enfants guéris ou en traitement ; ostéoplastie cotyloïdienne de contention ; le traitement de la paralysie infantile et du rachitisme ; présentation des difformités des membres.

Les médecins qui désirent suivre les démonstrations cliniques et opératoires sont priés de s'inscrire (inscription gratuite) auprès de M. Malaplate, interne du service, Hôpital des Enfants, Cours de l'Argonne, Bordeaux.

Hommage au professeur G. Lemoine. — Les élèves du professeur Lemoine, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa mise à la retraite et de sa nomination au titre de professeur honoraire.

Un comité s'est constitué sous la présidence du professeur Carrière pour rendre publiquement hommage au maître dont l'enseignement a illustré pendant de longues années la Faculté de médecine de Lille.

Prière d'adresser les souscriptions (minimum 50 fr.) au Dr Auguste, 5, boulevard Papin, à Lille, Compte postal Lille 12.460.

Un avis ultérieur fera connaître aux intéressés la date de la cérémonie qui sera organisée pour la remise du souvenir au professeur Lemoine.

NOUVELLES

Service de santé (Armée active). — *Liste de classement par ordre de mérite, des médecins capitaines et lieutenants et des pharmaciens lieutenants ayant effectué un stage à l'école d'application du service de santé en* 1927-1928. — Médecins : 1 Andrieu, 2 Henri, 3 Ehrhart, 4 D'Audibert Caille du Bourguet, 5 Beck, 6 Trial, 7 Billiet, 8 Joly, 9 Morel, 10 Coumel, 11 Iversenc, 12 Lemaistre, 13 Bailby, 14 Rolin, 15 Berty, 16 Coudane, 17 Sauvaget, 18 Crosnier, 19 Bourgeot, 20 Duthu, 21 Juchum, 22 Jacquot, 23 Rouzaud (Gaston), 24 De Molette de Moranges, 25 Retat, 26 Jaulmes, 27 Rocquet, 28 Icard, 29 Jaubert, 30 Gallouin, 31 Augrand, 32 Poublan, 33 Palaska, 34 Agostini, 35 Sadler, 36 Demontes, 37 Labarthe, 38 Lombard, 39 Rouquet, 40 Cosserat, 41 Brissy, 42 Veyssi, 43 Rellinger, 44 Garnier, 45 Muffang, 46 Bossard, 47 Guillamet, 48 Goas, 49 Rouzaud (Pierre), 50 Belot, 51 Créancier, 52 Tardiu, 53 Contal, 54 Andrea, 55 Villequez, 56 Canel, 57 Castan, 58 Lenoble, 59 Janand, 60 Gatineau, 61 Fuchs, 62 Bizien, 63 Lambert, 64 Vadella, 65 Ducoureau, 66 Dinichert, 67 Dupouy, 68 Dayries.

Pharmaciens : 1 Girard, 2 Martin, 3 Dutard, 4 Queguiner, 5 Breton, 6 Tuarze, 7 Le Guillou.

Faculté de médecine de Lyon. — *Concours du prosectorat.* — Le concours ouvert pour la nomination d'un prosecteur à la Faculté de médecine s'est terminé par la nomination de M. le Dr Cibert, interne des hôpitaux.

Faculté libre de médecine de Lille. — M. le Dr Langeron, médecin des hôpitaux de Lyon, professeur suppléant de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, a été nommé professeur titulaire.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeurs Paul Carnot et M. Villaret, Professeur agrégé Et. Chabrol, Dr H. Bénard, médecin des hôpitaux). — *Cours d'octobre* (1er-13 *octobre*) : *Notions récentes sur les maladies digestives.* — Lundi 1er octobre : 9 h. 30, M. Deval, chef de laboratoire de la clinique. Technique d'examen des sucs gastriques et duodénaux. — 2 h. 30, Mlle Tissier. Coprologie clinique (examens chimiques, microscopiques, parasitaires, bactériologiques.

Mardi 2 octobre : 9 h. 30, Dr Lagarenne, chef de laboratoire de radiologie. Techniques radiologiques des examens digestifs. — 2 h. 30, Dr Rachet, chef de clinique. Endoscopie. Œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie.

Mercredi 3 octobre : 9 h. 30, Dr Bouttier, ancien chef de clinique. Les syndromes gastriques sécrétoires (hyperchlorhydrie, achylie) et moteurs (atonie, hypersthénie, etc.) — 2 h. 30, Professeur agrégé Chabrol, médecin de l'hospice d'Ivry. Les syndromes hémorragiques (hématémèse, méléna, hémorragies occultes). Traitement. Les syndromes anémiques. Traitement.

Jeudi 4 octobre : 9. h. 30, Professeur agrégé Chabrol. Les syndromes douloureux (gastralgies, entéralgies, crises solaires, crises tabétiques. — 2 h. 30, Professeur P. Carnot. Les syndromes de sténose et d'occlusion.

Vendredi 5 octobre : 9 h. 30, Dr Jacquet, médecin des hôpitaux. Les ptoses digestives. — 2 h. 30, Dr Jacquet. Les dolicho et mégaviscères.

Samedi 6 octobre : 9 h. 30, Dr Fatou, ancien chef de clinique. Les éventrations et hernies diaphragmatiques. — 2 h. 30. Dr Libert, chef de clinique. Les stases intestinales chroniques : leur thérapeutique.

Lundi 8 octobre : 9 h. 30, Dr Libert. Les diarrhées chroniques ; leur thérapeutique. — 2 h. 30. Professeur Villaret, médecin de l'Hôtel-Dieu. Les ulcères de la petite courbure.

Mardi 9 octobre : 9 h. 30. Professeur Villaret. Les ulcères juxtapyloriques. — 2 h. 30, Dr Boltanski, interne, médaille d'or. Les périviscérites digestives.

Mercredi 10 octobre : 9 h. 30, Dr Froment, chef de clinique. Les ulcéro-cancers. Les linites. — 2 h. 30, Dr Bariéty, chef de clinique. Les cancers de l'estomac.

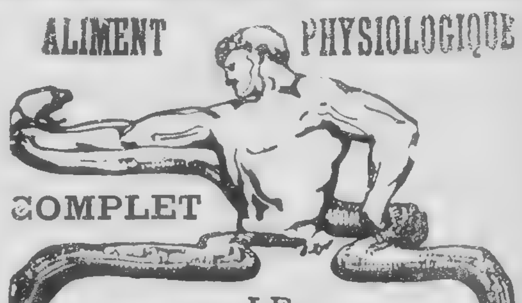
Jeudi 11 octobre : 9 h. 30, Professeur Carnot. Les cancers de l'intestin (ampullomes, cancer iléo-cæcal, cancer de l'appendice, cancer du côlon). — 2 h. 30. Dr Friedel. Les cancers recto-sigmoïdiens.

Vendredi 12 octobre : 9 h 30, Dr Dumont, ancien chef du laboratoire. Les entéro-colites tuberculeuses. — 2 h. 30, Dr H. Bénard, médecin des hôpitaux. Les colites amibiennes et lambliennes.

Samedi 13 octobre : 9 h. 30, Dr Terris, chef de clinique. Les appendicites chroniques. — 2 h. 30, Dr Friedel. Les rectites infectieuses (blennorragiques, syphilitiques, tuberculeuses : rectocolite hémorragique. Traitements.

L'inscription au cours donne droit à un voyage d'études à Vichy du 28 au 30 septembre. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 250 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrées au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 40 LE NUMÉRO: 50 Centimes 6 OCTOBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 — R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies........... 40 fr.
Étudiants..................... 30 fr.
Belgique...................... 45 fr.
Étranger { 1re zone....... 70 fr.
Étranger { 2e zone........ 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Le nombre des médecins. — L'Allemagne comptait en 1924, 44.700 médecins, ce qui fait, pour un total de 63 millions d'habitants, un médecin pour 1.400 Allemands. Les Soviets comptent 55.200 médecins, et 75 % des étudiants en médecine sont des femmes. En Suisse, il y a 3.000 médecins, et la moyenne s'établit avec un médecin pour 1 290 habitants. Mais en Suisse, comme chez nous, le médecin se cantonne de préférence dans les grands centres. En 1923, il y avait à Genève, un médecin pour 590 habitants ; à Lausanne, un pour 578 ; Montreux, un pour 457. (*Bruxelles médical.*)

A Paris, pour une population de 2.871.429 habitants, il y a 4.705 médecins, soit 1 médecin pour 610 habitants. Pour les autres communes du département de la Seine la population est de 1.757.208 habitants et 825 médecins : moyenne par médecin, 2.130 habitants.

Pour l'ensemble du départemeut l'on a 5.530 médecins pour 4.624.637 habitants, soit un médecin pour 837 habitants.

L'épidémie de « dengue » en Grèce. — La section d'hygiène du secrétariat de la Société des Nations a reçu les renseignements suivants de son envoyé à Athènes, le Dr Mackenzie :

L'attaque de dengue qui s'est produite à Athènes et au Pirée pendant le mois d'août n'avait pas sévi en Grèce d'une manière grave depuis 1889. Elle semble avoir pénétré dans le pays au cours du mois de septembre de l'an passé, mais n'a pris l'ampleur d'une véritable épidémie qu'au début du mois d'août de cette année ; pendant ce mois, elle a pratiquement affecté la totalité de la population de ces deux villes.

Des mesures énergiques ont été prises par le gouvernement grec, qui a créé un nouveau sous-secrétariat de l'hygiène et institué la notification obligatoire de la maladie. Les mesures adoptées en vue de la lutte contre les moustiques et de l'isolement des malades dans les centres nouvellement infectés sont appliquées d'une manière satisfaisante.

C'est vers la fin du mois d'août que l'épidémie a commencé de s'abattre sur Athènes, mais il commence à se produire des cas dans plusieurs provinces et îles, notamment à Samos (700 cas signalés au 3 septembre), Mytilène (525), Syros (109), Kalamata (500), Patras (57), Corfou (34) et Janina (44).

La période d'incubation de la maladie est en général de cinq à huit jours, mais elle peut durer jusqu'à douze jours. L'affection est d'un type sensiblement plus grave que ce que l'on constate habituellement dans les épidémies de dengue, et la gravité croît avec l'âge. Il est survenu un certain nombre de décès parmi les cas anciens ou négligés, ou chez des personnes atteintes de maladie chronique.

Les services d'un membre de la section d'hygiène du secrétariat de la société ont été mis à la disposition du gouvernement grec.

La section d'hygiène tient de source officielle que la maladie n'était pas signalée en Egypte, en Italie, en Libye, à Rhodes, non plus que dans le Dodécanèse. (Section d'hygiène de la S. D. N.) (*Bruxelles médical.*)

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. — Le Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 20 octobre, sous la présidence du docteur Bourgeois (de Paris).

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

La paralysie faciale périphérique en otologie. — Rapporteurs : MM. Sargnon et Bertein

Physiologie de l'audition. — Rapporteur M. Bonain.

Pour renseignements, s'adresser au docteur Liébault 9, rue des Saussaies, Paris (8e).

Le XVe Congrès d'Hygiène. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, comme les années précédentes, un Congrès d'hygiène qui se tiendra à Paris dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les 23, 24 et 25 octobre prochain, sous la présidence de M. J. Brisac, préfet honoraire, directeur de l'Office national d'hygiène sociale, président de la Société pour 1928.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15e).

Faculté de médecine de Lille. — Sont nommés pour une période de trois ans :

M. le docteur L. Thilliez, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie ; M. Cyrille Carrez, assesseur pour la pharmacie.

— M. le docteur Archer, chargé de laboratoire d'analyses bactériologiques et de l'enseignement de la bactériologie, est nommé professeur suppléant.

Service de santé de la marine. — Par décision ministérielle en date du 21 septembre 1928, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1928 :

Candidats à quatre inscriptions : 1 Palinacci, Massal, Renon, Baquet, Gras, Bex, de Curton, Bellonne, Berthon, Filippi.

11. Merveille, Guilbert, Delanoue, Remy, Bugard, Michel, Allard, Magne, Pape, Lagardère.

21. Ollivier, Jouin, Quero, Rideau, Barbet, Veunac, Salou, Floch, Guillerm, Carre.

31. Riche, Le Gac, Couedic, Asselot, Arnault, Rouzaut, Laudet, David, Chiozza, Mavic.

41. Le Drezen, Tricottet, Escolle, Guionnet, Berre, Lemoine, Hervé, Gayrard, Devernoix, Gautron.

51. Cyssau, Helfft, Le Nistour, Bouillerce-Mirassou, Madilhac, Sigogneau, Fontalirant, Floch, Reynes, Mollaret.

61. Lartigau, Paravisini, Trinquier, Guiraud, Lahontan, Estrade, Seigneur, Hericord, Mistrot, Junien-Lavillauroy.

71. Bourdin, Challier, Cueff, Couzigou, Moran, Doll, Arelas, Dupin, Gilbin, Rioux.

81. Thiroux, Teitgen, Giraud, Gourmelen, Lavialle, Denaclara, Piclet, Loudoux, Ethes, Porte.

91. Seite, Cabibel, Nicol, Bonavita, Lemasson, Ubertino, Brault, Guérin, Decloquement, Daniaud.

101. Bonnefous, Bonne, Le Reste, Fauconnier, Christoff, Miossec, Morin, Machelidon, Galaup, Direr.

111. Esplan, Helary, Merle, Ouary, Lutz, Viguier, Mons, Saint-Cyr, Milox, Piriou.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le lundi 22 octobre 1928 et se présenter, avant 11 h., au médecin général, directeur de l'École, 145, cours de la Marne.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministère de la Marine (direction centrale du Service de santé) sa démission d'élève accompagnée, s'il est mineur du consentement de ses parents ou tuteurs.

Au cas où des élèves ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, la présente insertion leur en tiendra

lieu et leur servira pour l'établissement d'une feuille de route pour se rendre à Bordeaux.

Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-ouest. — A l'occasion des Journées médicales bordelaises auront lieu tous les matins, à partir de 8 h., 30, du 5 au 8 novembre 1928 inclus, au Centre régional contre le cancer de Bordeaux et de Sud-Ouest (annexe St-Raphaël, près de l'hôpital St-André), une série de leçons accompagnées de présentations de malades, sur le traitement des affections cancéreuses.

Programme. — Lundi 5 novembre : Tumeurs mélaniques, par M. le professeur Sabrazès. Cancers de la peau et divers cancers abdominaux, sarcome. Séance opératoire de diathermo-coagulations. — Mardi 6 novembre : Cancers de la langue, de la bouche et du larynx. Curage chirurgical des ganglions du cou : séance opératoire par M. le professeur agrégé Jeanneney. — Mercredi 7 novembre : Cancers de l'utérus et cancers génitaux par M. le professeur Rechou. — Jeudi 8 novembre : Cancers du sein, par M. le professeur Chavannaz.

Ces leçons et présentations seront complétées par ces démonstrations techniques et pratiques avec projections, faites par M. le Dr Mathey-Cornat, chef de clinique.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. — Le second cours annuel de perfectionnement de l'exploration radiologique sur l'appareil respiratoire sera donné du 3 au 8 décembre 1928 inclus.

Le programme complet sera publié ultérieurement.

Ecole de sérologie (fondée en 1912, 54 bis, rue Saussure, XVIIe). — M. Rubinstein fera dans son laboratoire durant l'année scolaire 1928-1929 une série de cours de sérologie appliquée à la clinique. Les leçons théoriques suivies de travaux pratiques auront lieu par petits groupes d'élèves.

Le premier cours aura lieu le 12 novembre et durera un mois. L'enseignement comporte l'étude de toutes les réactions appliquées au sérodiagnostic des maladies infectieuses, en particulier à la syphilis, à la tuberculose et à la gonococcie. Le but de ces cours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au laboratoire, 54 bis, rue Saussure, de 16 à 18 heures.

Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries. — L'Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries, organisme d'Etat, rattaché au Conservatoire national des Arts-et-Métiers, et destiné à la formation de techniciens de l'assainissement, ouvrira sa prochaine session le 12 novembre.

Les élèves régulièrement inscrits et qui satisfont à l'examen de fin d'études, reçoivent un diplôme d'Etat : brevet de technicien sanitaire.

Des auditeurs libres sont admis sans être astreints à une scolarité régulière ; il peut leur être délivré un certificat d'assiduité.

L'enseignement est gratuit. Il comprend la technique sanitaire urbaine, rurale, coloniale, des constructions, des usines et ateliers, etc. Les leçons à l'amphithéâtre sont complétées par des démonstrations pratiques, manipulations, visites d'installations sanitaires urbaines et industrielles, examens de dispositifs d'assainissement, rédactions de projets.

La durée des cours est limité à 3 mois, de façon à permettre aux élèves de province de les suivre, sans séjourner trop longtemps à Paris. La plupart des cours et conférences ont lieu le soir, de 20 à 22 heures. La scolarité peut être répartie sur deux années.

Pour inscription et tous renseignements, écrire au directeur de l'Institut, au Conservatoire national des Arts-et-Métiers, 292, rue St-Martin, Paris-3e.

Médaille du docteur Victor Pauchet. — Le Comité réuni pour l'offre de sa médaille au docteur Victor Pauchet (pour fêter son élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur) nous informe que la remise aura lieu à l'hôpital St-Michel), 33, rue Olivier-de-Serres, Paris-XVe, le dimanche 14 octobre à 10 h. 30.

L'exercice de la profession médicale au Maroc. — L'exercice des professions médicales est soumis au Maroc à une réglementation dont l'essentiel consiste en ceci ; Pour avoir le droit d'exercer, un praticien doit posséder un diplôme lui donnant ce droit dans le pays où ce diplôme a été conféré. Les praticiens étrangers peuvent donc s'installer au Maroc, en vertu du principe de la libre concurrence qui est à la base de l'organisation du protectorat.

La liste des praticiens autorisés à exercer au 1er janvier 1928 vient d'être publiée. Il existe — compte non tenu des médecins militaires et des médecins chargés de fonctions administratives — 143 médecins installés en zone française. Sur ce nombre, 121 sont français ou titulaires de diplômes français, 22 seulement se réclament de titres étrangers. (*Le Temps.*)

Les impôts des médecins aux Etats-Unis. — Le Sénat américain a rejeté une proposition de loi qui augmentait les impôts des médecins, dentistes et vétérinaires. Il a ensuite établi que dans le compte du revenu imposable des médecins, il y avait lieu de considérer comme dépenses professionnelles les frais nécessités par l'assistance à des cours de perfectionnement ou la participation aux Congrès. La Chambre des représentants a ratifié ces décisions dues, en grande partie, à la campagne menée par l'Association médicale américaine. (*Marseille Médical.*)

Nécrologie. — Pr Albert Robin, décédé à Dijon, à l'âge de 81 ans. — Dr W. Mestrezat, agrégé des Facultés de médecine, décédé à Cambo, à l'âge de 44 ans. — Dr Marcel Boraud, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Cognac dans sa 77e année. — Dr J. Sudaka, de Paris. — Dr Charrasse, ancien maire de Mazan, décédé à Mazan (Vaucluse).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de bactériologie médicale, par André PHILIBERT, professeur agrégé de bactériologie, chef des travaux pratiques de bactériologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 écu de 552 pages avec 21 planches hors texte en couleurs et 150 figures. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : broché 45 francs, cartonné 55 francs.

Les géniales découvertes de Pasteur et des savants qui l'ont suivi ont attiré l'attention de tous sur le rôle très important joué par les microbes en pathologie humaine ou animale. Aussi le médecin éprouve-t-il, dès le début de ses études, le désir de les connaître, d'autant plus que la bactériologie fait actuellement partie du programme d'enseignement des Facultés de médecine.

Pour satisfaire ce désir, les traités de bactériologie ne manquent pas ; quelques-uns même sont excellents. Ils ont cependant un défaut commun, du point de vue qui nous intéresse ; ils ne sont pas assez médicaux, quoique leurs auteurs soient pour la plupart des médecins de très grande valeur ; dans ces livres les microbes sont étudiés en eux-mêmes, isolément, comme ils l'auraient été par des naturalistes. Evidemment l'action des microbes sur l'organisme humain y est bien décrite, mais sans y insister suffisamment, sans montrer que la véritable physionomie des microbes — du moins la plus importante pour le médecin — est celle qu'ils présentent pendant leur vie dans l'organisme malade ; c'est au contraire à ce point de vue qu'ils sont étudiés dans le « Manuel de bactériologie médicale.

M. Philibert, en collaboration avec M. le professeur Bezançon, avait déjà indiqué cette façon de concevoir la bactériologie dans les volumes traitant des maladies infectieuses du « Précis de pathologie médicale » (Masson et Cie, éditeurs) ; aussi peut-on dire que ces deux ouvrages se complètent harmonieusement pour l'éducation bactériologique du médecin.

Ce livre est vraiment un manuel, dans lequel le médecin ou l'étudiant trouveront au moment voulu les renseignements dont ils auront besoin.

Veulent-ils faire du prélèvement de produits virulents qui seront ensuite analysés dans un laboratoire spécialisé ? Ils trouveront dans la première partie de l'ouvrage toutes les indications nécessaires pour que ces prélèvements soient corrects.

Ils y trouveront aussi des techniques simples, soigneusement choisies par l'auteur, à l'aide desquelles ils pourront examiner eux-mêmes ces produits virulents : de fort belles planches en couleurs, reproduisant exactement les images des microbes après coloration, leur permettront de faire leur diagnostic ou de comprendre la réponse donnée par le laboratoire.

Dans la seconde partie sont étudiés les microbes pathogènes de l'homme, c'est-à-dire tous ceux qui sont connus depuis plus ou moins longtemps (bactériacées, flagellés ou autre protozoaires, champignons), et les virus cytotropes, microbes tout différents des premiers et sur lesquels M. Philibert a attiré l'attention par ses travaux personnels. Les documents rassemblés ici permettront au lecteur d'identifier les germes après leur isolement des produits virulents et de comprendre les mécanismes d'action des microbes et de réaction de l'organisme, mécanismes étroitement liés l'un à l'autre et qui, en clinique, constituent la maladie infectieuse.

Enfin dans la troisième partie sont traitées des questions générales : les microbes dans la nature, origine des espèces pathogènes, mécanisme de l'action pathogène des microbes, l'immunité. Tout cela est exposé avec clarté ; les idées générales surgissent de la confrontation des faits, sans l'intervention d'hypothèses invérifiables qui faussent l'esprit ; formé par ces idées, l'expérimentateur ne sera pas entraîné dans des recherches stériles, et le clinicien ne comptera plus sur une thérapeutique bactériologique illusoire.

A. G.

Insuffisance respiratoire nasale, par les docteurs G. WORMS et M. BOLOTTE. Un volume in-16, 320 pages avec figures : 25 francs. Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Le polymorphisme de l'insuffisance nasale et son évolution insidieuse font qu'elle peut rester longtemps méconnue ou mal appréciée. Aussi les auteurs consacrent-ils l'un des principaux chapitres aux indications fournies par les divers moyens d'exploration physique et surtout fonctionnelle des premières voies respiratoires, qui doivent contribuer à établir sur des bases rationnelles et précises son existence et sa cause. Ils passent au crible d'une critique sévère et sûre la plupart des procédés employés pour la recherche de l'insuffisance respiratoire et tirent de leurs recherches personnelles une technique simple et pratique, qui permet, en face d'une insuffisance respiratoire donnée, de faire le départ entre les phénomènes d'origine thoraco-pulmonaire et ceux qui relèvent directement d'un vice de fonctionnement nasal.

La méthode originale de Beyne (rhinomanométrie postérieure) est, en particulier, décrite avec tous les développements qu'elle mérite.

Le dernier chapitre est consacré à l'exposé des grands principes directeurs qui doivent présider au traitement des diverses modalités de l'insuffisance nasale chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte, ainsi qu'à celui de la rééducation respiratoire qui doit en être le complément indispensable.

COURS DE THERAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement des affections salivaires, (1)

Par M. le Professeur **Maurice LOEPER.**

Les troubles de la sécrétion salivaire constituent un chapitre de pathologie buccale qu'on considère parfois comme négligeable. En attirant votre attention sur eux, je voudrais, dans cette leçon vous indiquer les différents moyens auxquels vous recourrez pour les combattre. La salive a un rôle physiologique considérable, puisqu'elle commence la digestion, et dilue les aliments. Elle est composée en majeure partie d'eau, d'une minime quantité de sels, et surtout de ferments. De ces derniers, le plus anciennement connu est la ptyaline ou amylase qui attaque les hydro-carbonés pour les transformer en dextrine et glucose, mais il n'est pas le seul : la salive éclaircit l'empois d'amidon, elle contient donc une amylopectinase. Roger en 1912 y découvrit encore d'autres substances fermentaires, dont l'une est analogue à l'invertine, et les autres sont des oxydases.

Les variations de la sécrétion salivaire sont à la fois d'ordre physiologique et pathologique. Elles sont avant tout sous la dépendance du système nerveux, que mettent en jeu différents facteurs, précisés par Malloizel. La seule vue des aliments, et particulièrement des aliments sapides, chez le chien par exemple, suffit à provoquer un afflux abondant de salive. C'est déjà le suc d'appétit de Pawloff, dont le langage courant traduit la réalité par l'expression imagée «Faire venir l'eau à la bouche ».

Les aliments secs excitent la salivation mais le foin sec est plus actif que le foin humide et ce dernier l'est plus que les herbages frais. La mastication est une des causes primordiales de la sécrétion salivaire. Celle-ci s'élève chez le cheval à 40 litres par jour, et fait curieux, elle est plus marquée du côté où l'animal mastique. Toutes ces remarques prouvent bien que la salive n'a pas qu'un rôle digestif, mais aussi un rôle mécanique de dilution.

Au point de vue pathologique, les variations de la sécrétion salivaire, ont été étudiées surtout par Salkowski. Cet auteur fait remarquer que la sécrétion est moins abondante lorsqu'il y a angine ou amygdalite, bien que son activité semble parfois augmentée. D'autres auteurs, tels que Simon, mettent en doute ces variations. Il semble qu'il s'agisse d'une augmentation relative.

La salive est sécrétée par de multiples glandes. On peut dire que des éléments glandulaires sont disséminés dans toute l'étendue des muqueuses, buccale, linguale et pharyngée, mais ils sont plus particulièrement rassemblés en quatre groupes microscopiquement différenciés qui sont : les parotides, les sublinguales, les sous-maxillaires et les palatinés.

Les parotides sécrètent avant tout une salive liquide et séreuse, c'est la salive de la mastication. Les sublinguales et la sous-maxillaire, donnent au contraire une salive à la fois muqueuse et liquide. Quant aux autres glandes, leur produit de sécrétion est épais et muqueux. Les filets nerveux qui régissent cette sécrétion n'ont pas une origine univoque. Le glosso-pharyngien est au premier chef le nerf salivaire sécréteur, par l'intermédiaire de la corde du tympan qui se rend à la sous-maxillaire. La parotide, au contraire, est sous la dépendance du facial par l'intermédiaire de l'auriculo-temporal. Le pneumo-gastrique apporte à ces différentes formations des fibres sensitives, il transmet des incitations réflexes, comme aussi le glosso-pharyngien, dont les fibres ne sont pas seulement sécrétoires. Les points de départ des réflexes salivaires siègent d'ailleurs en une zone très étendue, qui comprend avant tout la bouche, mais aussi l'œsophage et l'estomac. Ces faits rendent compte de la diversité des causes qui peuvent agir sur la quantité et la qualité de la sécrétion salivaire.

(1) Leçon recueillie par le Dr Lemaire.

* * *

S'il est vrai que l'ingestion d'amidon fait saliver, il est certain que les aliments riches en matières amylacées ne sont pas seuls doués de ce pouvoir. Toute substance alimentaire est par elle-même excito-sécrétoire, et agit véritablement comme un produit zymo ou ptyalogène, mais à des degrés divers et avec une électivité particulière.

Ainsi la viande provoque la sécrétion d'une salive surtout muqueuse ; les mets acides, au contraire, d'une salive surtout séreuse. Les fruits, le blanc d'œuf, augmentent considérablement le pouvoir amylolytique, et ce fait se produit non seulement *in vitro* mais aussi *in vivo*. Ils contiennent des substances véritablement zymosthéniques (Roger) ; Loeper et Mougeot ont retrouvé ces ferments auxiliaires aussi dans certaines eaux minérales, telles que Vichy, Royat, Châtel-Guyon. Ce sont vraisemblablement des cathions bivalents. On peut tirer de ces constatations physiologiques des indications qui peuvent servir à l'établissement d'un régime et d'une hygiène alimentaire rationnels. Il faut ingérer des mets *sapides*, donc, bien préparés ; il faut *mastiquer longuement*, pour provoquer une abondante sécrétion salivaire, mais aussi pour permettre à la salive d'agir sur les aliments, de les diluer, et de commencer leur digestion. Peut-être la salive est-elle, au moins, chez des animaux, antiseptique ? et y a-t-il du vrai dans cette vieille croyance d'Aristote. D'ailleurs Avicenne, en l'an 1000, prétendait même que la salive enlève les vers des oreilles, et qu'elle tue les vipères. Il fallut en arriver à Reddi pour que justice fût faite de ce préjugé qui n'a évidemment aucun fondement.

* * *

Au point de vue thérapeutique, je distinguerai trois variétés de troubles salivaires : l'asialie, la sialorrhée, les infections salivaires.

L'*asialie* se caractérise par la sécheresse de la bouche. La langue sèche des maladies infectieuses n'est qu'une conséquence de l'asialie, mais c'est un phénomène transitoire, et je ne m'occuperai ici que de l'asialie durable et rebelle. Celle-ci peut-être idiopathique (Hadden) et se rencontre surtout chez les gens âgés, ou symptomatique, et c'est plutôt alors une hyposialie. Elle s'observe fréquemment au cours des affections gastriques. D'origine nerveuse, elle est vraisemblablement sous la dépendance d'un trouble de l'innervation salivaire. La sanction thérapeutique qu'elle comporte est évidemment de suppléer à la sécrétion déficiente; mais ce remplacement ne peut s'effectuer que sous forme d'extrait salivaire. Deux procédés peuvent être alors employés. C'est de donner de la ptyaline et des médicaments sécréteurs.

L'amylase d'origine animale n'est pas employée. On s'adresse à des produits végétaux, en particulier à l'orge germé qui rappelle un peu la « polenta » d' Hippocrate. Ce produit a la propriété de transformer une quantité considérable d'amidon en sucre. On la trouve dans le Codex, sous forme de diastase (titre 100), c'est-à-dire d'une activité telle qu'elle est capable de transformer 100 fois son poids d'amidon, et on l'administre en cachets de 0,25 centigrammes à 1 gramme. Il est recom-

mandé d'y adjoindre du calcaire, qui renforce ses effets, comme il renforce ceux d'autres ferments digestifs. L'amylase n'agit qu'en milieu alcalin ou neutre ; dès qu'elle pénètre dans l'estomac où l'acidité se chiffre par 2,5 p. 1000 d'acide chlorhydrique, elle perd toute son activité. Il semble pourtant que les malades auxquels on l'administre en tirent quelque bénéfice, car ce sont très généralement des hypo ou des anachlorhydriques. En fait l'acide chlorhydrique suspend momentanément son activité, qu'elle récupère en milieu alcalin.

Un bon moyen d'augmenter une sécrétion insuffisante, consiste à faire mastiquer de la gomme. Certains pharmaciens associent d'ailleurs à cette gomme de l'amylase. Il ne s'agit jusqu'à présent que de médicaments supplémentaires, mais il peut être nécessaire de recourir aussi aux médicaments excito-sécrétoires, qui sont essentiellement représentés par le *jaborandi*. Il en existe plusieurs variétés En France on n'utilise que les feuilles sèches du Jaborandi vrai ou pennatifolium qui contiennent 0.50 p. 100 grammes de produit sec ou de pilocarpine. Il existe dans le Jaborandi plusieurs alcaloïdes, mais surtout de la pilocarpine. L'action de la pilocarpine se manifeste sur l'auriculo-temporal, et sur la corde du tympan, mais aussi sur le pneumogastrique. On ne l'emploie qu'à l'éta de chlorhydrate. Voici les formules les plus utilisées :

Jaborandi, dose de 1 à 4 gr.

Potion :

Feuilles de jaborandi	3 gr.
Eau bouillante	150 gr.

Ajouter :

Alcool	20 gr.
Sirop	40 gr.

à prendre en 3 fois.

Pilocarpine :

Potion :

Chlorhydrate de pilocarpine	0 gr. 02
Sirop / —	30 gr.
Eau	100 gr.

une cuiller à dessert.

Solution :

Chlorhydrate de pilocarpine	1/2 cgr.
Eau distillée	1 cmc.

une ampoule de 1 cc.

Il faut retenir qu'administrée par la bouche, la pilocarpine n'agit qu'au bout d'une heure, mais son effet dure 2 ou 3 heures. Injectée sous la peau, elle produit la salivation en 10 minutes, et chez l'homme jusque 3 à 400 grammes de salive en 2 heures.

La *sialorrhée* est psychiquement une maladie très contagieuse : elle s'observe particulièrement chez les névropathes, et peut atteindre 2 ou 3 litres par jour. Charcot la considérait comme un des symptômes de l'hystérie. Son mécanisme physio-pathologique est conditionné par l'innervation du système salivaire : la moindre excitation portant sur la zone réflexo-salivaire est suivie d'une sécrétion. Les recherches de Carnot, puis de Roger en ont précisé le mécanisme. L'introduction d'une boule olivaire dans l'œsophage du lapin provoque d'abord des mouvements de déglutition, puis une sécrétion salivaire abondante. Ainsi se trouve prouvée l'existence d'un réflexe œsophago-salivaire qui dépend du pneumogastrique, puisque la section de ce nerf supprime tout effet sécrétoire. J'emprunte à Roger le compte rendu de l'expérience suivante : un lapin sécrète normalement 1 cmc. de salive, on cathétérise son œsophage, la sécrétion salivaire passe à 10 cmc. et sitôt que l'excitation cesse, retombe à 1 cmc. on sectionne alors le pneumogastrique ; la sécrétion salivaire tombe à 1/2 cmc. , elle n'est pas modifiée par le cathétérisme de l'œsophage, mais si on excite alors le bout central du pneumogastrique, la salivation atteint à nouveau 10 cmc.. La conclusion de cette expérience est évidente : elle prouve le rôle du X dans la sialorrhée, et permet de comprendre les bons effets de l'*atropine*, médicament du pneumogastrique. Il y a aussi un réflexe gastro-salivaire. Les lésions gastriques surtout de la petite courbure peuvent aussi augmenter la sécrétion de la salive : l'excitation par l'acide chlorhydrique, ou par l'acide lactique de l'estomac d'un chien gastrostomisé, accroît la salivation de 1 à 30 cmc. La section du pneumogastrique supprime ce phénomène. L'excitation du bout central le reproduit. Ce fait est d'autant plus important à considérer, que beaucoup d'hyperchlorhydriques sont en même temps des sialorrheiques.

De tous ces faits physiologiques dépend la modalité du traitement anti-sialorrhéique. La *belladone* trouve là une de ces médications majeures. Cette plante fut de tout temps employée. A l'époque, romaine les élégantes patriciennes l'utilisaient seulement pour leurs fards d'où le nom de Belladona. Elle fut introduite en thérapeutique par Léonard Fuchs en 1560. C'est une solanée qui contient deux alcaloïdes ; l'atropine et l'hyoscyamine et qui ont tous deux la même formule. C 17 H 23 N° 3. Ce sont donc deux produits isomériques, mais l'atropine est dextogyre, l'hyoscyanine est l'évogyre, et cette distinction est utilisée pour la purification du produit. Au point de vue physiologique la belladone paralyse les nerfs salivaires, dilate la pupille, et accélère le cœur, car elle agit sur le système vago-sympathique. Voici la posologie :

Poudre de feuilles	0 gr. 05
Extrait alcoolique	0 gr. 01
Teinture	0 gr. 50
Sirop	15 gr.

Le sulfate d'atropine s'emploie *per os* à la dose de 1/2 à 1 mmg ; en injection à la dose de 1/4 à 1/2 mmg.

La *jusquiame* a des propriétés très analogues ; introduite par Stoerk en Europe au XVIII° siècle, elle se donne aux mêmes doses que la belladone, tout au moins assez voisines.

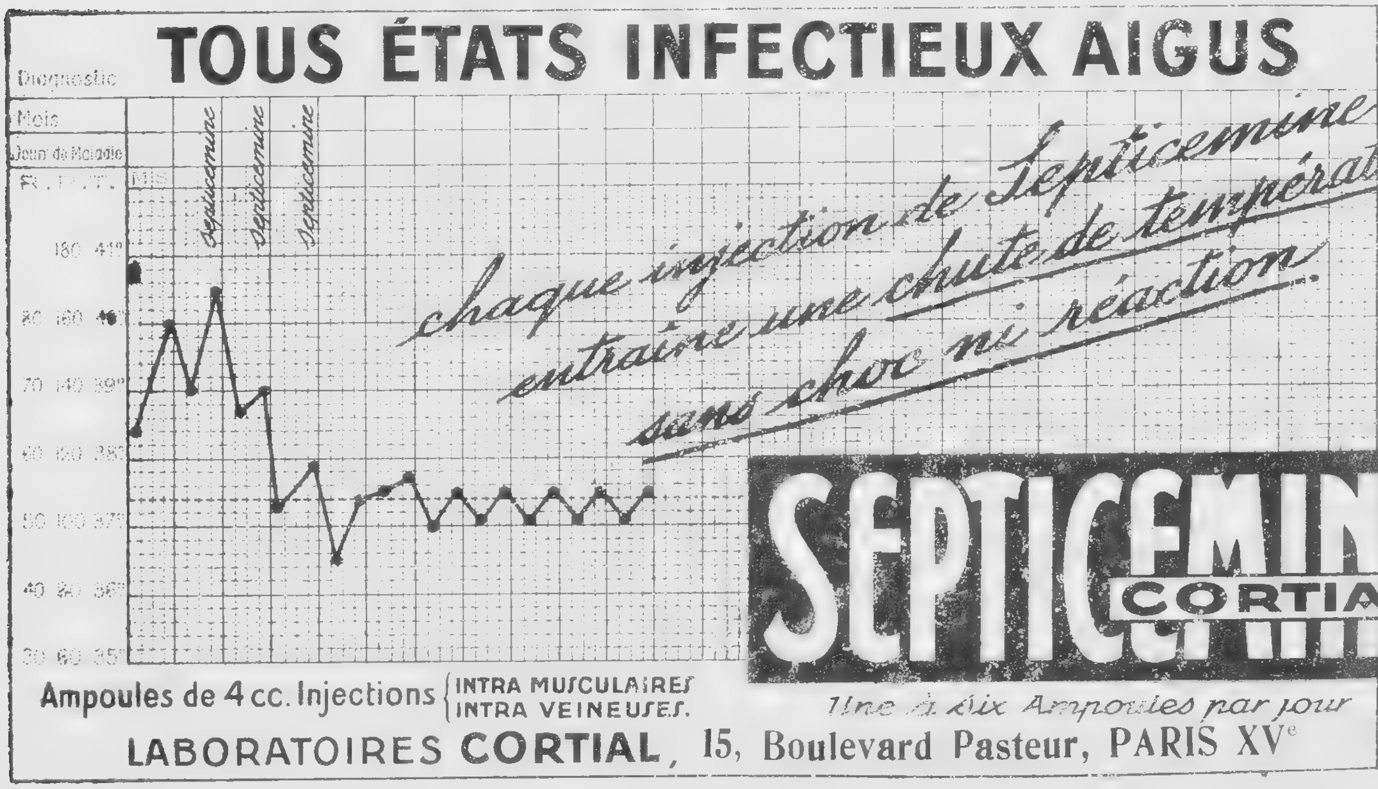
Poudre de jusquiame	0 gr. 05
Extrait alcoolique	0 gr. 05
Hyoscyamine	1/4 milligramme
Hyoscine *per os*	1/4 milligr.
Hyoscine injection	1/10 milligr.

Je dirai peu de chose du *datura* qui contient de l'hyoscyamine et de la daturine et dont voici les différentes préparations :

Poudre de feuilles	0 gr. 05
Ext. alcool semences	0 gr. 01
Alcool de feuilles	XX gouttes
Teinture de feuilles	XX gttes
Sirop	5 à 10 gr.

Mais la sialorrhée comporte toujours un élément psychique qu'il faut combattre aussi. Le traitement comprend donc encore un *sédatif général* non électif dont le plus couramment employé est la *valériane* qu'on prescrit sous les formes suivantes :

Poudre de racine de Valériane	1 à 3 gr.
Extrait	0.25 à 1 gr.
Teint. alcool	2 à 5 gr.
— éthérée	1 à 2 gr.
Suc frais	4 cuill. à café
Valérianate d'ammoniaque	0 gr. 05 à 0 gr. 20
ou formule Pierlot	2 à 3 cuill. à caf.
Valarianate de quinine	0 gr. 10 à 0 gr. 50


TOUS ÉTATS INFECTIEUX AIGUS
chaque injection de Septicemine
entraîne une chute de température
sans choc ni réaction
SEPTICEMINE
CORTIAL
Ampoules de 4 cc. Injections { INTRA MUSCULAIRES INTRA VEINEUSES.
Une à six Ampoules par jour
LABORATOIRES CORTIAL, 15, Boulevard Pasteur, PARIS XVe

Je vous signale en passant les pilules de Meglin formées de :

Valériane
Jusquiame } àâ 5 centigrammes.
Oxyde de zinc

où l'oxyde de zinc combat l'action dépressive des deux autres médicaments. Et la psychothérapie est souvent indispensable pour la guérir. Chez les névropathes le bleu de méthylène donnera parfoisde bons effets, de même que la préparation au nom barbare, mais anodine, que réalise le *taraxacum dens leonis* ou pissenlit.

***

Les *parotidites* constituent une affection salivaire plus redoutable ; elles ne sont pas rares : vous vous rappelez qu'elles succèdent souvent à une infection buccale. La voie qu'empruntent les microbes pour gagner le tissu glandulaire sont, ou bien la voie canaliculaire, ou bien la sanguine. C'est cette dernière qui est la seule en cause lorsque la parotidite survient au cours d'une septicémie. Il s'agit souvent alors de bacilles d'Eberth ou de pneumocoques, parfois de streptocoques. La thérapeutique est une thérapeutique vaccinale, mais il faudra y associer la révulsion sous forme de compresses chaudes ou froides, dont Priestnitz a vanté le premier les bons effets. J'insisterai peu sur la *lithiase salivaire* qui presque toujours (75 cas sur 86) affecte la sous-maxillaire et qui peut n'être décelée qu'à la Radiographie ; cette affection comporte une thérapeutique antiseptique, car elle est conditionnée bien souvent par une atteinte infectieuse de la glande, et une thérapeutique mécanique sous forme de massages, qui visera à l'expression du calcul. Le traitement général ne doit pas être négligé, car il semble que dans certains cas, la particulière richesse en calcaire de la salive est la raison de la précipitation lithiasique ; il faut donc recommander à ces malades un régime peu minéralisé, et surtout pauvre en calcaire. La lithiase salivaire se rattache donc quelque peu aux maladies de la nutrition.

Telles sont les considérations que je désirais développer sur les affections salivaires. Leur intérêt vient surtout de la physiologie des glandes et de leur rôle dans la digestion. Bien souvent un état dyspeptique relève de leur insuffisance ou de leur altération. Connatre l'origine c'est instituer un traitement efficace.

La prostitution au Japon. — Nous relevons dans une communication du Dr Mitsuzo Tsurumi au Comité de l'Office international d'Hygiène publique, dans sa session de novembre 1927, quelques chiffres intéressants concernant la prostitution au Japon. Les femmes désirant se livrer à ce commerce » doivent être âgées de 18 ans au moins et se faire délivrer une autorisation par les autorités compétentes qui ne les inscrivent sur la liste officielle des prostituées qu'après visite sanitaire. En fin 1923, il y avait 50.326 filles inscrites réparties entre 548 quartiers dits « de plaisirs » ; à la même époque, il existait 162 hôpitaux, plus 75 institutions de moindre importance, réservés aux personnes souffrant de maladies vénériennes ; ces établissements comportaient 5.000 lits ; 494 dispensaires à l'usage des filles soumises ont procédé, en 1923, à 3.068.130 examens sanitaires, dont 71.576 ont montré la nécessité des soins médicaux. Enfin, signalons l'existence, relevée en mai 1922, de 1.051 « clubs de préservation de la santé » composés de personnes faisant leur commerce individuellement et dont les 52.173 membres ont subi une ou deux fois par mois un examen médical (*Marseille Médical*).

Traitements de professeurs américains. — Les traitements du corps enseignant de la « Columbia University » de New-York ont été récemment améliorés : nos collègues touchent 3.600 dollars comme assistants, de 5.000 à 6.000 dollars comme professeurs adjoints, de 7.500 à 12.000 dollars comme professeurs titulaires, 90.000 francs pour commencer c'est bien, mais 300.000 pour finir c'est mieux. (*Marseille Médical*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie des nerfs [1]

II. Principes généraux du traitement des lésions traumatiques des nerfs.

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

1) Rappel des indications opératoires.
2) Nécessités des examens préliminaires répétés.
3) Moment propice pour intervenir chirurgicalement.
4) Technique opératoire.
- A) Découverte des nerfs ;
- B) Exploration chirurgicale des nerfs et décision opératoire ;
- C) Neurolyse ;
- D) Suture nerveuse ;
- E) Greffes nerveuses.

5) Soins post-opératoires.
6) Résultats.
7) Causes d'échecs.
8) Marche de la guérison dans les sutures nerveuses.
9) Syndrome de restauration.

***

1° Rappel des indications opératoires.

Dans une leçon précédente nous avons, à propos de chacun des syndromes observés, donné des indications thérapeutiques générales relatives au traitement médical ou chirurgical à leur appliquer et qui peuvent se résumer ainsi :

Syndrome d'interruption : suture avec ou sans greffe.

Syndrome de compression, neurolyse, désenclavement, libération ; en cas d'insuccès ou d'aggravation, résection nerveuse et suture.

Syndrome d'irritation, traitement médical et de patience ; en cas de troubles surtout vaso-moteurs, sympathicectomie péri-artérielle et, en dernière analyse, résection et suture avec ou sans greffe.

Syndromes dissociés. — Application partielle à la partie malade du nerf des traitements indiqués ci-dessus.

Mais quelle que soit l'opération qu'on sera amené à pratiquer, il y aura lieu de suivre un certain nombre de règles générales sans l'observation desquelles on pourra faire des fautes graves qui seront de nature à compromettre les résultats.

2° Nécessité des examens préliminaires répétés.

Une intervention ne doit jamais être tentée sans avoir *été précédée d'une étude neurologique* très fouillée, faite de concert entre le chirurgien et le médecin neurologue si le chirurgien lui-même n'a pas de compétence spéciale en neurologie.

L'*examen électrique des nerfs* et des muscles aura dû être pratiqué, et les résultats soigneusement notés à plusieurs reprises. C'est seulement *si les résultats des examens successifs restent identiques, ou s'ils indiquent une aggravation progressive qu'il y aura lieu d'intervenir.* Si, au contraire, ils font constater une amélioration sensible, il faut attendre.

Les syndromes d'interruption et de compression peu-

(1) Voir l'article précédent paru dans *Le Progrès Médical* n° 39 du 29 septembre) relatif aux *Syndromes cliniques et aux notions générales applicables à la chirurgie des nerfs.*

vent se produire immédiatement après un traumatisme ou être seulement observés un plus ou moins long laps de temps après ce traumatisme, soit que le malade se présente tardivement au chirurgien, soit que les lésions n'aient apparu qu'un certain temps après la blessure.

Au contraire, et en pratique courante, les syndromes d'irritation sont presque toujours secondaires ; ils apparaissent plus tardivement et sont souvent la conséquence de lésions ayant suppuré.

3° Moment propice pour intervenir chirurgicalement.

L'expérience clinique et l'expérimentation montrent que la suture nerveuse réussit d'autant mieux qu'elle est faite plus précocement après la section du nerf. Tavernier, Tuffier, Gosset ont constaté que les sutures précoces primitives des nerfs donnent des résultats bien supérieurs aux sutures éloignées, tardives, secondaires.

Ils recommandent en conséquence de pratiquer la suture immédiate le plus souvent possible.

Dans quelles conditions cette suture est-elle réalisable ?

a) Vous pratiquerez la *suture primitive* toutes les fois qu'ayant reconnu une section nerveuse vous pourrez réaliser votre opération d'une *façon aseptique*.

Donc, dans les plaies chirurgicales des nerfs faites au cours d'opérations (interventions pour tumeurs des nerfs, accidents opératoires au cours d'une ligature d'un gros vaisseau, du redressement d'une ankylose, du traitement sanglant d'une fracture), dans les déchirures des nerfs en milieu fermé (section nerveuse compliquant une fracture esquilleuse par exemple), etc... il faut immédiatement suturer le nerf lésé.

Dans les plaies récentes par un instrument tranchant par balle de revolver, etc... si vous opérez le malade quelque temps seulement après son accident, et si la plaie vous apparaît suffisamment aseptique après nettoyage chirurgical pour être refermée, vous devez aussi suturer les nerfs s'ils sont lésés.

b) Au contraire, si une plaie vous paraît devoir suppurer, si elle suppure déjà, n'entreprenez jamais de chirurgie nereveuse à son niveau ; attendez que la plaie se soit désinfectée et cicatrisée.

c) De même s'il s'agit d'une plaie ancienne et restée fistuleuse et en particulier d'une lésion ayant lésé à la fois les nerfs et les os, ne touchez pas au tronc nerveux avant d'avoir éteint tous les foyers de suppuration profonde, tari les fistules, enlevé les séquestres, etc. . . .

En *résumé, ne faites de chirurgie nerveuse qu'en milieu aseptique*.

D'autre part, il n'est pas douteux que plus vous attendrez pour intervenir, plus les lésions musculaires, les rétractions aponévritiques, les raideurs articulaires s'aggraveront.

d) Donc, dès que vous verrez un blessé atteint de lésions nerveuses ayant besoin d'une intervention, faites diligence pour *le préparer à l'intervention*, hâtez la cicatrisation des ses plaies fermez ses fistules et *pendant tout ce temps, appliquez un traitement physiothérapique au membre* pour entretenir la vitalité musculaire (électrisation par courant continu, massages légers, sauf contre-indications données par le neurologue ou le physiothérapeute) ; évitez ou redressez les attitudes vicieuses ; faites jouer les articulations, entretenez le régime circulatoire du membre, etc...) Tout traitement physiothérapique actif est de beaucoup simplifié par le port d'appareils de prothèse fonctionnels appropriés. Vous verrez souvent encore des anciens blessés bien plus impotents du fait des lésions secondaires acquises (attitudes vicieuses, raideurs, rétraction) que du fait de leur paralysie.

Comme corollaire des notions précédentes, il sera *absolument inutile de pratiquer une intervention de restauration fonctionnelle nerveuse* si les lésions acquises ne permettent plus la récupération ultérieure du jeu des muscles et des articulations. Ces impotents définitifs n'auront souvent d'autres ressources à leur impotence ou à leurs douleurs que l'amputation dont vous devrez bien peser les indications au membre supérieur, mais qu'on ne pratique peut être pas assez souvent au membre inférieur en raison d'une fausse conception de la conservation qui ne doit jamais être poussée à outrance et ne doit pas être uniquement anatomique mais surtout fonctionnelle.

4° Technique opératoire.

Avant d'intervenir sur un nerf pour y pratiquer des manœuvres chirurgicales, il faut tout d'abord que vous soyez rompus à la *découverte des nerfs*.

A) Découverte des nerfs.

a) L'étude et l'exposition de la découverte d'un nerf est exactement calquée sur celle d'une artère.

Dans la définition du nerf à étudier, vous tiendrez compte de sa position anatomique (origine, trajet, terminaison) mais surtout de *ses fonctions physiologiques* basées sur la nature du nerf et son mode de distribution (sensitive, motrice, mixte, fonctions trophiques, etc.).

Ce procédé vous amènera à une transition toute naturelle pour étudier les *branches collatérales des nerfs* dont la distribution doit être exactement connue ainsi *que leur point d'émergence sur le tronc principal* ; car c'est de l'étude comparée des réactions cliniques et électriques des muscles et des territoires sensitifs qui sont sous la dépendance de ces branches que vous déduirez la hauteur exacte de la lésion nerveuse et son importance et que vous déciderez du point où vous pratiquerez votre intervention et de sa nature.

L'*étude des rapports* sera exactement calquée sur celle que vous avez appliquée à une artère: *rapports médiats* nécessaires à la découverte d'un nerf ou du paquet vasculo-nerveux, avec le lit, la couverture ou les interstices musculaires ; *rapports immédiats* pour reconnaître et isoler le nerf au milieu du paquet vasculo-nerveux.

Dans la libération du nerf, vous appliquerez les mêmes principes que pour les artères, c'est-à-dire que vous ne traumatiserez jamais cet organe en le pinçant avec vos instruments, en l'écartant ou en le comprimant brutalement.

La *mise à découvert d'un nerf lésé sur le vivant est autrement difficile à réaliser que la recherche d'un nerf sain sur le cadavre*.

b) Rappelez que les lésions sont toujours plus étendues sur la longueur du nerf qu'on pourrait le croire *à priori*. Les lésions s'étagent sur trois zones : *zone centrale de nécro-fibrome*, *zone adhérente de chaque côté*, se poursuivant progressivement avec une troisième *zone libre* correspondant au nerf sain (Dujarier).

Le nerf est le plus souvent à peine reconnaissable, noyé dans un véritable bloc fibreux ; souvent les interstices musculaires sont comblés ou adhérents, les rapports déplacés par les lésions antérieures. La peau sectionnée, le chirurgien ne trouve devant son bistouri qu'un bloc dur, fibreux, où il ne reconnaît plus aucun organe.

c) Il faut donc pour opérer sans risque et trouver facilement le nerf malade, le *découvrir en partie saine* par une longue incision qui se prolonge très loin *en dessus* et *en dessous* de la lésion.

Ces deux fils d'Ariane trouvés, l'opération de libération sera facile de proche en proche, du connu vers l'inconnu, en sculptant pour ainsi dire le nerf qu'on dégage quelquefois assez facilement, car il existe souvent entre lui et les plans fibreux qui l'enserrent une sorte de plan de clivage qu'on peut suivre.

d) Si la dissection devient absolument impossible malgré ces précautions, et que les deux bouts semblent se perdre dans le bloc fibreux, il faut les sectionner et enlever en masse le bloc intermédiaire.

B) Exploration chirurgicale du nerf et décision opératoire à prendre.

Quoi qu'il en soit, quand le nerf a été reconnu et isolé le chirurgien, *qui a présents à l'esprit les symptômes cliniques et les résultats de l'examen électrique*, explore le nerf de l'œil et du doigt pour essayer de compléter son diagnostic clinique par un *diagnostic anatomo pathologique macroscopique* qui sera de la plus grande importance dans sa détermination opératoire.

a) Quand un nerf se présente avec ses deux bouts séparés dans la plaie, la conduite n'est pas douteuse ; c'est d'une suture ou d'une greffe qu'il s'agit.

Quand, au contraire, on trouve malgré *les signes cliniques et électriques d'une interruption physiologique complète, une apparence de continuité anatomique*, que faire ? Chevrier pense qu'on doit, qu'on peut quelquefois se rendre compte de la continuité anatomique du nerf par l'inspection et la palpation. Cette dernière permettra en particulier de découvrir des névromes, des corps fibreux intranerveux. On pourra aussi, à la manière de Gosset, essayer d'exciter directement le nerf par des moyens mécaniques et électriques et noter les réactions.

Si l'examen électrique donne un examen positif, c'est-à-dire s'il provoque des réactions musculaires, il est prudent de ne pas aller plus loin ? Malheureusement s'il est négatif, il n'a qu'une valeur très relative, car l'influx nerveux passe dans les nerfs en voie de régénération bien avant le courant électrique.

En réalité, l'examen clinique, électrique et chirurgical concordent le plus souvent, et de l'ensemble des observations vous tirerez une conclusion opératoire (neurolyse, désenclavement, libération, extirpations, de petits névromes, interfasciculaires dans la simple lésion de compression ; résection, suture avec ou sans greffe, dans les cas d'interruption complète.

C) Neurolyse.

Je vous ai montré plus haut, pourquoi la libération d'un nerf devait être faite en recherchant les deux bouts en partie saine. Quand le nerf n'est que comprimé, on peut généralement l'isoler avec un peu de patience et d'habileté ; mais la partie enclavée devenue libre se présente rarement avec un aspect normal.

Si les symptômes cliniques et l'examen électrique vous ont fait porter le diagnostic ferme de *compression sans solution de continuité anatomique du nerf*, quel que soit l'aspect de celui-ci, vous devez *vous en tenir là* et terminer votre opération en mettant *le nerf à l'abri de nouvelles adhérences ou de nouvelles compressions* (isolement du nerf d'un certain foyer de fracture par une interposition musculaire, enveloppement du nerf dans une gaine faite d'un morceau d'aponévrose, d'un lambeau graisseux, d'une membrane d'amnios, etc.).

b) Si le nerf présente de petits névromes interfasciculaires, perceptibles au toucher, il convient d'inciser le périnèvre dans le sens de la longueur du nerf, d'écarter les fascicules nerveux et d'extraire les noyaux fibreux sans léser les fibres nerveuses.

Si, au contraire, l'examen clinique avait montré soit des symptômes de section physiologique complète, soit un syndrome de compression très accentuée et que la continuité apparente du nerf existe, mais sans que vous puissiez savoir si elle est formée par un simple tissu fibreux ou par des fibres nerveuses restantes, vous vous trouverez dans une situation assez délicate.

Dans ces cas, quelques auteurs restent partisans de la non résection (Quénu) car, disent-ils, nous ne possédons aucun moyen d'affirmer la section anatomique du nerf.

La plupart, au contraire, Delorme, Chevrier, Gosset, etc. pensent que, même si cette continuité anatomique existe en fait, en réalité elle ne saurait jamais permettre qu'une restauration fonctionnelle ultérieure des plus médiocres et des plus aléatoires et qui ne vaudra pas celle qu'on sera en mesure d'espérer d'une résection suivie d'une bonne suture.

La conduite vraiment raisonnable et prudente, et que je conseille en pareil cas, paraît être celle de Walther approuvée par Babinsky : s'il existe une continuité anatomique du nerf malgré les symptômes d'interruption physiologique, il se contente dans un premier temps de la libération nerveuse. Si cette opération ne donne rien, il pratique dans un second temps la résection suivie de suture.

D. Suture nerveuse.

a) Avant de commencer toute suture nerveuse, suivant le conseil de Mme Déjerine, on résèquera, en les dépassant largement, le névrome du bout supérieur et le gliome du bout inférieur.

Vous serez en tissu sain quand l'aspect de la tranche sera nettement d'aspect fasciculé et granité (Dujarier).

J'ai cru remarquer d'autre part que lorsqu'on coupe en travers un nerf sclérosé, les fascicules nerveux étranglés restent exactement sur la tranche de section qui a l'apparence d'une tranche de nougat. Au contraire, dès que l'on arrive en tissu sain, les faisceaux nerveux font hernie tandis que le périnèvre se rétracte très légèrement grâce à l'élasticité normale des fibres conjonctives saines qui entrent dans sa composition.

Il faut aller quelquefois très loin pour trouver les parties saines du nerf. On passe souvent par plusieurs recoupes dans une zone intermédiaire avec cercles hyalins représentant un envahissement périsfasciculaire et groupant plusieurs fascicules nerveux ensemble (Dujarier).

b) Dans les manœuvres de suture nerveuse, il est indispensable de ne pas traumatiser les deux bouts à suturer ; vous ne devez pas les toucher avec vos instruments mais manier très légèrement le nerf en l'accrochant seulement par sa gaine conjonctive.

c) La suture doit être faite avec des fils résorbables à points séparés nombreux, après avoir placé des points d'appui à distance.

Les fils ne doivent jamais pénétrer dans la substance nerveuse ; la suture *doit rester périnerveuse* ; les fils sont simplement passés dans la gaine adventice du nerf.

d) Nageotte a montré que l'application des tranches de section du nerf l'une contre l'autre n'avance en rien la

◆◆

guérison. Il faut, d'après cet auteur, laisser entre les deux bouts la place pour la production du névrome du bout central et du gliome du bout périphérique, ces formations exubérantes étant nécessaires à la construction des produits de régénération du nerf.

C'est pourquoi Walther a proposé d'évider en cupule les deux extrémités nerveuses avant de les suturer.

Nageotte va plus loin et recommande d'interposer entre les deux bouts nerveux un greffon mort hétérogène.

Mais la plupart des chirurgiens font à ce sujet des réserves les plus expresses en ce qui concerne les nerfs qu'on peut suturer bout à bout, et seul Sencert a adopté et pratiqué les idées de Nageotte sur ce point de technique.

e) En raison de la topographie régionale des gros troncs nerveux, il ne suffit pas de mettre les deux segments sectionnés bout à bout, il faut encore les replacer dans leur position primitive *sans décalage*, faute de quoi les faisceaux sensitifs iraient se perdre inutilement dans les filets moteurs et *vice-versa*, compromettant ainsi le résultat définitif.

f) La suture ne *doit pas tirer*. Quand il s'agit d'une section récente, dans laquelle il a suffit de parer les deux bouts nerveux sans en retrancher une portion notable, l'élasticité des tissus permet un rapprochement facile, et il suffit de placer le membre dans une position de lâchement pour s'assurer que la suture ne sera pas tiraillée. Au contraire, quand on aura réséqué les deux extrémités nerveuses (névrome et gliome) et à plus forte raison, quand on aura dû sacrifier une portion importante de la continuité du nerf, le problème sera plus délicat à résoudre. Un écart de 2 ou 3 cm. peut être facilement réduit si l'on a soin de disséquer et de libérer assez loin les deux bouts nerveux en tissu sain.

Les positions de relâchement des membres permettent aussi de gagner beaucoup de longueur. Cette méthode, appliquée dès 1915 par Delorme, a été très critiquée, mais si elle est appliquée avec prudence, si l'on ne fait pas d'immobilisation absolue du membre, si la remise en rectitude est faite très progressivement, elle peut donner des résultats.

En cas d'écartement, Harry Platt et Rowley Bristow (Congrès international de chirurgie 1923) conseillent, pour éviter l'emploi des greffes, d'ajouter aux positions de flexion des membres les artifices de technique suivants : libération très étendue des deux bouts du nerf ; déplacement du nerf pour rendre son trajet plus court ; intervention en deux temps consistant à découvrir dans un premier temps les deux bouts nerveux, à les réunir grossièrement après flexion du membre et dans un deuxième temps, pratiqué le lendemain, à parfaire la suture en suivant les technique habituelles.

g) Il est évident qu'après la suture on devra mettre le nerf autant que possible à l'abri des chocs, éviter son irritation possible et faire en sorte qu'il ne soit pas enrobé de nouveau dans un tissu de cicatrice.

E. *Greffes nerveuses.*

Si les idées de Nageotte et de Sencert sont exactes (et les résultats expérimentaux basés sur des examens cliniques et histologiques apportés par ces auteurs semblent le démontrer), il est parfaitement inutile d'employer ces moyens un peu précaires pour réunir les deux bouts nerveux écartés, il vaut mieux les réunir par une greffe.

a) Avant d'exposer la façon dont on doit comprendre une greffe nerveuse, il convient d'abord de dire que toutes les tentatives faites en vue de réunir les extrémités nerveuses par des dédoublements pratiqués par section longitudinale du bout supérieur ou inférieur et suivis de retournement sont absolument à rejeter, car elles ne peuvent donner aucun résultat du fait même que l'architecture nerveuse ainsi constituée est en opposition formelle avec les lois de la régénération nerveuse exposées plus haut.

Le procédé de suture par greffe de dédoublement n'est pas à retenir non plus, car si l'on admet la topographie de systématisation nerveuse, on suture sciemment bout à bout les fibres d'une nature (motrice par exemple) avec les fibres d'une autre nature (sensitive). Jamais de la sorte les plaques motrices des filets nerveux intéressés ne pourront recevoir d'influx nerveux, tout au plus le résultat pourra-t-il être partiel (Chevrier).

Il ne saurait être question non plus d'employer pour *guider la reconstitution nerveuse* les différents moyens jadis proposés (fils tendus entre les deux bouts, tubes creux résorbables ou non, etc.)

Si vous voulez réussir, il y a des choses qu'il faut faire, et aussi des choses qu'il ne faut pas faire. Ce *qu'il ne faut pas faire, ce sont des manœuvres opératoires qui se mettent en opposition avec ce que nous savons des procédés de reconstitution des nerfs* ; ce qu'il faut faire, ce sont les opérations qui permettent à la nature, en la guidant, de faire cette reconstitution, *et toute opération qui ne permet pas de guider sans interruption la prolifération des cylindraxes du bout supérieur dans les tubes de Schwann déshabités du bout inférieur est voué à un échec fatal.*

Or, il semble que l'expérience actuelle de cette chirurgie ne nous ait donné que deux moyens ; la suture directe et la greffe faite dans certaines conditions.

On peut interposer entre les deux extrémités nerveuses séparées un *greffon frais* prélevé à distance sur un nerf sensitif (*autogreffe de voisinage*) en lui conservant un *pédicule vasculaire* à la manière de Sicard et Dambrin.

Cette méthode ne peut avoir que des applications très restreintes, car les circonstances ne se prêtent que très difficilement à son emploi, en raison principalement de la faible dimension habituelle des nerfs purement sensitifs chez l'homme.

Au contraire on peut utiliser :

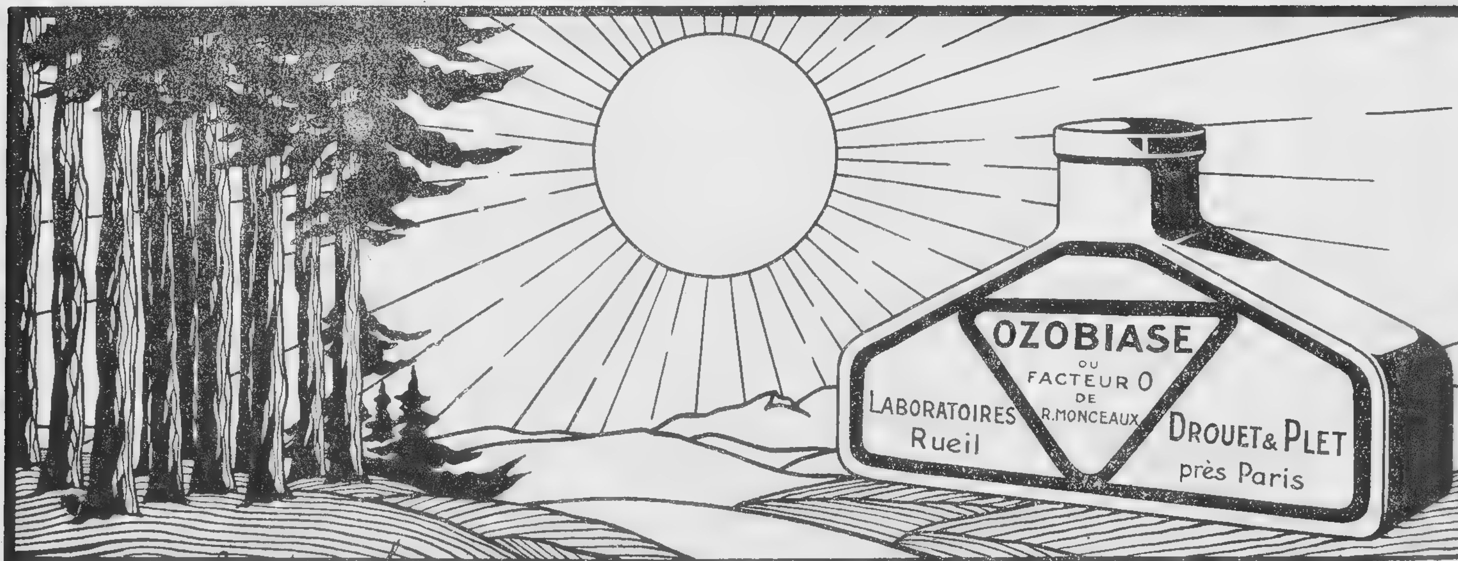
Des *homogreffes fraîches* prélevées extemporanément sur un membre fraîchement amputé, ou conservées dans des liquides spéciaux, ou bien des *hétérogreffes* également *fraîches* ou *conservées*, prélevées sur les animaux (en particulier le veau mort-né). En pratique, les hétérogreffes conservées sont à peu près seules utilisées.

La valeur relative de ces différents greffons est très discutée. Gosset, au dernier Congrès international de chirurgie de Londres, en 1923, a conclu dans son rapport qu'il semble qu'à de rares exceptions près, l'autogreffe s'est montrée très supérieure dans ses résultats à l'hétérogreffe de Nageotte qui a donné bien des désillusions.

c) La technique opératoire utilisée pour placer les greffons est identiquement la même que celle utilisée pour la suture. Il est nécessaire d'éviter le dessèchement du greffon et des deux bouts nerveux. Pour parer à cet inconvénient, on peut imbiber le champ opératoire de sérum physiologique tiède.

5. *Soins post-opératoires.*

Les soins post-opératoires, d'ordre physiothérapique, sont très importants. Il faut entretenir la souplesse des articulations, surveiller les membres afin qu'ils ne prennent pas des attitudes vicieuses déjà en partie corrigées


OZOBIASE
OU
FACTEUR O
DE
R. MONCEAUX
LABORATOIRES
Rueil
DROUET & PLET
près Paris

avant l'intervention, appliquer des appareils de prothèse fonctionnelle, traiter électriquement les muscles pendant un très long temps, donner des soins aux téguments, masser et mobiliser, activer la circulation par le travail, lutter contre les rétractions des muscles antagonistes, etc.

Il faut enfin activer la régénération nerveuse par la radiothérapie à doses réfractées et faibles, au besoin par des injections de substance reconstituante (lécithine) pratiquer l'opothérapie, etc.).

Le traitement post-opératoire sera d'autant plus long que la suture aura été plus tardive.

6° Résultats.

a) La *neurolyse* donne généralement de bons résultats dans les accidents de compression simple.

b) Les résultats de la *suture avec ou sans greffes* sont beaucoup plus aléatoires. Delagenière a publié une statistique globale d'interventions nerveuses (libération et suture) avec 88 % de succès. C'est un chiffre élevé sur lequel on ne peut guère compter.

Chevrier pense qu'il n'y a pas de bons ou mauvais nerfs pour la suture. Pour ce chirurgien, les résultats sont proportionnels à la longueur du tronc sectionné et à la distance des branches collatérales motrices.

Les résultats paraissent plus souvent mauvais au médian, au cubital par exemple, qu'en cas de section haute, la régénération a un très long chemin à parcourir pour arriver aux petits muscles des mains. Au radial, les résultats seraient meilleurs parce que le chemin à parcourir par les cylindraxes est plus court. Et la notion du temps n'est pas indifférente car plus la régénération tarde, et plus les lésions secondaires susceptibles d'entraver la restauration physiologique s'exagèrent (réfractions fibreuses, atrophie musculaire, etc...).

Gosset résume ainsi son impression générale (Congrès international de Chirurgie, 1923) : On peut espérer lorsque la suture secondaire est faite un résultat utile sur deux opérations ; une guérison sur quatre cas opérés, et, malgré qu'en dise Chevrier, la statistique publiée pas Gosset montre que certains nerfs, comme le radial, le sciatique poplité externe sont favorables à la restauration alors que le *cubital* ne donne que *des résultats* incomplets le médian, des résultats peu encourageants.

Le sciatique poplité interne et le tronc sciatique commun ne sont pas non plus favorables à une bonne régénération.

D'après Gosset, en ce qui concerne ces deux derniers nerfs, la guérison parfaite n'est jamais réalisée et souvent les douleurs, les déformations, les maux perforants amènent le chirurgien à proposer des amputations ou le malade à les réclamer si la sympathicectomie péri-artérielle de Leriche n'a pas auparavant agi à titre palliatif.

7° Causes d'échecs.

Ainsi, les résultats de la chirurgie nerveuse et en particulier ceux de la suture et de la greffe sont encourageants quoique encore bien loin d'être constants,

Mais, dans l'appréciation de ces résultats, il faut d'abord éliminer les cas dans lesquels on retrouve une cause d'échec imputable aux circonstances ou à la méthode.

a) Souvent, l'échec sera dû à une *opération non adéquate à la lésion* (simple libération, alors qu'il aurait fallu faire une résection et une suture, etc.). D'autres fois, la *lésion sera si étendue* que la suture avec greffe n'aura guère de chance de succès : ou bien l'insuccès sera dû à *la difficulté de réaliser une opération complète* (plexus brachial) trop souvent encore, il faudra mettre certains échecs sur le compte d'une *faute de technique*.

b) Il ne faut pas négliger comme cause d'échec la *possibilité de section des branches collatérales ayant accompagné la lésion du tronc principal* et dont la réparation est très difficile (branche motrice du radial à son émergence).

c) Enfin, il faudra tenir compte dans le résultat à obtenir des soins *post-opératoires* très importants qu'il ne faut pas négliger.

Une commission composée de Mouchet, Mauclaire, Delbet, a résumé les conclusions de la Société de chirurgie en 1918 en disant :

1° On ne peut se prononcer sur l'incurabilité avant deux ans s'il n'y a aucun signe de régénérescence ;

2° Quand les signes de régénérescence apparaissent, il est impossible de fixer d'avance la période d'attente nécessaire à la régénération complète ;

3° On ne peut faire d'une façon générale la classification de l'aptitude des différents nerfs à la régénérescence et déterminer le temps demandé par chacun d'eux pour sa préparation.

8° Marche de la guérison dans les sutures nerveuses. Syndrome de restauration.

Quand la restauration nerveuse doit se faire, les cyndraxes prolifèrent à la vitesse moyenne de un millimètre environ par jour. Un des facteurs de la gravité des sections hautes est donc dans la longueur du temps qu'il faut à la réparation, temps pendant lequel les lésions d'atrophie et de dégénérescence musculaires s'accentuent.

Les fibres musculaires courtes sont plus sensibles que les fibres longues à la dégénérescence, ce qui explique encore la gravité des lésions des fibres nerveuses qui meuvent les muscles de la main (médian et cubital) surtout si elles sont haut situées.

Mais, si l'abolition de toute excitabilité galvanique et faradique du muscle est un signe de dégénérescence, cela ne veut pas dire que le muscle ne pourra plus reprendre vie dès qu'il recevra l'influx nerveux. Le pouvoir de reconstitution de la fonction physiologique des muscles est lié à la conservation de la fibre musculaire. Tant qu'elle n'est pas totalement remplacée par des tissus fibreux, on peut espérer obtenir de nouveau des contractions sous l'influx nerveux.

Les signes cliniques de la restauration nerveuse constituent ce qn'on désigne sous le nom de syndrome de restauration.

Les premiers symptômes qui apparaîtront sont d'ordre *sensitif* (douleurs spontanées modérées, douleur à la pression du tronc nerveux, rétrécissement progressif des zones dysesthésiques (1) apparition des phénomènes de paresthésie (retards, diffusion, persistance, modification, caractère désagréable des sensations, etc..).

Vous rechercherez aussi le signe Tinel (fourmillements sur le nerf par percussion au-dessous de la lésion et progressant au fur et à mesure que le nerf se régénère).

---

(1) On donne le nom de phénomène dysesthésique aux faits suivants : Il y a des sensibilités différentes : osseuse, articulaire, musculaire, cutanée : à cette dernière se rattachent la sensibilité au tact, à la douleur et au froid, la discrimination tactile, etc...

Quand un nerf a été sectionné, on peut étudier chacune de ces sensibilités et marquer sur la peau des zones correspondant à chacune d'elles. L'ensemble de ces zones qui ne se superposent pas et où la sensibilité est anormale constitue le territoire dysesthésique du nerf sectionné.

Quand un nerf ne doit pas se réparer, ces zones gardent par rapport les unes aux autres une grande fixité. Quand au contraire il se régénère apparaissent des modifications qui rétrécissent progressivement et de façon variable le champ de chacune d'elles.

Les *signes musculaires* sont le retour du tonus, la réapparition de la contractilité musculaire volontaire qui précède toujours celle de la contractilité électrique. La contraction musculaire volontaire réapparaît la première dans les muscles innervés par les branches les plus courtes et qui naissent le plus près du point de section du tronc du nerf. Enfin viennent la disparition de la réaction de dégénérescence, le retour des réflexes et la modification des troubles trophiques.

Ces deux symptômes sont en général beaucoup plus tardifs dans leur apparition.

VARIÉTÉS

Souvenirs des années d'apprentissage (1).

I. Les soirées littéraires chez Mario Proth ou Bière et poésie.

II. Les dîners de la Rive gauche au café Procope.

Les grands souvenirs d'une petite rue. — Un homme de lettres hospitalier. — Bière gratuite et poésie. — Lyres joyeuses et lyres mélancoliques. — La poésie des grenouilles.

Connaissez-vous la rue Visconti ? Elle va de la rue Bonaparte à la rue de Seine et fut longtemps une des plus étroites de la rive gauche. Depuis quelques années on l'a élargie en son milieu où se sont édifiés quelques immeubles neufs. Mais jadis un seul coup de balai suffisait pour faire semblant de la nettoyer d'un côté à l'autre et une seule voiture l'obstruait.

Jusqu'en 1864 elle s'appela rue des Marais-St-Germain ; c'était une partie du Pré aux Clercs, où tant d'escholiers s'ébattaient et se battaient tour à tour, où tant de gentilshommes se sont coupé la gorge. Elle a été habitée par des personnages célèbres. Au n° 19 se trouvait l'hôtel de Ranes où sont morts Racine en 1699 et Adrienne Lecouvreur en 1730, où ont vécu ces autres illustres actrices Champmeslé et Clairon. Aux n°s 17 et 19 était l'imprimerie qu'avait fondée notre cher Balzac (Honoré *de*) et « qu'il dut liquider en 1828, abandonnant le matériel à ses créanciers, souscrivant en outre 40.000 fr. de billets qu'il lui fallut acquitter (capital et intérêts) avec le produit de ses livres, et ce fut le boulet qu'il traîna presque toute sa vie. » Là se voyait aussi un atelier où peignirent successivement Paul Delaroche, Eugène Lami et Eugène Delacroix (2).

Voilà bien des souvenirs illustres qui pouvaient hanter les nombreux hôtes que recevait, un soir ou plutôt une nuit par quinzaine, un homme de lettres entre deux âges, *Mario Proth*, époux — séparé depuis longtemps — de la belle Madeleine Brohan. Je ne connais de lui que deux ouvrages, un drame « La Fiammetta » et une étude historique, « Napoleone commediante tragediante », exclamation qu'on prête à Pie VII à l'issue de la bourrasque impériale de Fontenaibleau, si brillamment contée par A. de Vigny dans « Grandeur et servitude militaires. »

Proth était un bon type de bohême, aimant le tabac, la bière... et l'encens verbal, mais indolent et besogneux. Il habitait au n° 21 une très vieille maison. Un portail massif, toujours ouvert la nuit pour qu'on ne réveillât pas portier, donnait accès dans une cour, où s'abouchaient plusieurs escaliers, peu reluisants, sinon de graisse, les rampes en ayant été frottées par des milliers de mains. A l'un des étages se trouvait un appartement, que je n'ai jamais vu de jour, mais qui le soir était d'aspect assez confortable, quoique vétuste.

L'amphitryon, craignant qu'on ne lui donnât congé, recommandait instamment qu'on fît le moins de bruit possible en entrant et en sortant. Si on observait relativement la consigne en franchissant l'huis de la rue, on se rattrapait, si j'ose dire en arrivant dans l'appartement, du bas de l'escalier s'entendaient de grands éclats de voix, de rire ou de chant, la porte du palier restant toujours ouverte. Entrait qui voulait à la condition d'être amené par quelqu'un qui fût déjà venu une fois ; l'affluence était telle certains soirs que quelques visiteurs devaient attendre dans l'escalier la sortie de quelques autres.

Dès l'antichambre c'était une vraie tabagie. L'hospitalier Mario Proth, n'ayant pas les moyens d'offrir à ses trop nombreux amis autre chose que « le feu et la chandelle », chacun était tenu d'apporter du tabac, voire même d'en offrir à ses voisins.

Quant à la bière, elle était contenue en un baril placé dans un coin, et chacun venait la tirer au robinet, tant qu'il y en avait. Elle était due, à l'époque où je fréquentais l'amusante demeure de Proth, chez qui j'avais été présenté par Guébhard, agrégé de la Faculté, à la munificence intéressée de la brasserie autrichienne de Pilsen : Proth avait démontré au représentant de celle-ci que ses visiteurs, appartenant au gratin des lettres, des arts et de la politique, lui feraient la meilleure des publicités.

Un jour que ledit représentant s'était glissé discrètement parmi les assistants, écoutant les réflexions sur sa bière, l'amphitryon s'était exclamé d'une voix de Stentor : « Citoyens, Pilsen est dans nos murs ! » et aussitôt quelques complaisants faisaient comme par hasard l'éloge de la blonde boisson. Mais, au cours de la soirée, voici qu'un jeune poète, ayant l'improvisation facile, mais faible en géographie, ignorant que Pilsen fût un nom de ville et prenant le Pirée pour un homme, apparut au milieu de la pièce principale et réclama le silence : saluant à la Romaine, en élevant son bock à bout de bras, il déclama :

> Messieurs, Pilsen est là, Pilsen est dans nos murs.
> L'habile fondateur de cette brasserie,
> La plus grande qui soit en Autriche-Hongrie,
> Nous en offre aujourd'hui les produits les plus purs,
> La bière de Pilsen est savoureuse et saine,
> Et pour nous gratuite ! Hurrah donc pour Pilsen !

Cependant Raoul Pugno s'était glissé au piano et accompagnait en sourdine avec des arpèges éoliens.

Des applaudissements chaleureux étouffèrent les commentaires railleurs et les remerciements du délégué de la brasserie.

A ces soirées j'ai rencontré *Paul Arène*, le charmant romancier poète, l'auteur de *La Gueuse parfumée* (ainsi désignait-il sa chère Provence), où se lisent des Nouvelles d'un style aussi exquis que les Contes du lundi d'Alphonse Daudet, et aussi *Emmanuel Arène*, brillant journaliste, futur député.

Se carrant dans un fauteuil, *Charles Monselet*, le poète gastronome, ayant vaguement l'air ecclésiastique de Renan, les mains croisées sur son ventre bedonnant, débitait avec le plus grand sérieux quelques bouffonneries lyriques, comme cet « Eloge du Cochon » qui, après énumération de tout ce que l'art culinaire peut en tirer (boudin, saucisses, jambon, etc.) se terminait par cette exclamation :

> O mon cher cochon, que je t'aime !

Une fois il modula *sotto voce* une pièce de vers intitulée

(1) Voir le n° du 8 septembre 1928, p. 1480.
(2) Georges CAIN. — Promenades dans Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Notions d'hygiène, d'anatomie et de physiologie de soins aux malades et de soins aux aliénés. *Manuel des infirmiers et infirmières des hôpitaux et des asiles*, par le Dr A. RODIET. Un fort volume in-8e de 520 pages avec figures ; 35 fr. Editions médicales. N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe.

Dans tous les hôpitaux de Paris et des grandes villes, aussi bien que dans tous les asiles de France, les médecins et chirurgiens s'efforcent d'instruire les infirmiers et infirmières et de leur apprendre leur métier. L'Etat et les départements ont organisé des Ecoles dans tous les centres hospitaliers. Les infirmiers et infirmières doivent passer un examen pour obtenir le diplôme, qui leur permet ensuite la titularisation et l'avancement. D'excellents livres et manuels sont édités qui traitent les questions des cours et résument les notions d'anatomie, d'hygiène et de soins aux malades, nécessaires au personnel soignant. Mais, pour se conformer au programme, professer les cours ou les suivre, professeurs et élèves sont obligés de rechercher les réponses aux questions dans plusieurs livres ou manuels.

L'auteur a pensé que, pour épargner ce travail de recherches dans plusieurs ouvrages, il fallait grouper dans un seul livre, sous forme de leçons, et en suivant le programme des Ecoles, toutes les réponses aux questions posées. Ce manuel répond donc à un besoin, puisqu'il resume et expose, dans le cadre des leçons prescrites, sous une forme claire et concise, les notions médicales, que les candidats infirmiers et infirmières doivent apprendre, pour subir avec succès leur examen.

La patente, par F. IMBRECQ, licencié ès lettres et en droit, contrôleur des Contributions directes. La Librairie Fiscale, 7, rue Bertholet. Paris. Prix : 5 fr. franco.

Cette brochure, d'une soixantaine de pages de texte très serré, complète heureusement la série des ouvrages sur les impôts directs que M. Imbrecq a fait paraître au cours de ces deux dernières années. On y rencontre les mêmes qualités de méthode et de clarté, et la législation des patentes si touffue et quelque peu inextricable y apparaît agréablement dégagée dans ses traits essentiels. Le travail n'en est pas moins approfondi pour cela, comme le prouvent les nombreux exemples (plus de 500) que l'auteur a choisis dans la jurisprudence. Les références aux textes de lois et aux arrêts sont indiquées.

L'Amour de l'Art. Abonnement : un an : France : 95 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain. Paris.

Sommaire du numéro d'août 1928 : L'athlétisme et l'art monétaire dans la Grèce antique par J. Babelon. — André Mare, par Ch. Kunstler. — Sculpture et romantisme, par Luc Benoist. — Picasso et la décoration théâtrale, par R. Cogniat. — Lisa Duncan ou la sculpture vérifiée, par R. Liesse. — Chagall peintre juif, par R. Schwob. — Les travaux d'art de Freyssinet, par M. Dormoy.

Chroniques : Les expositions. — L'enseigne à la Bibliothèque nationale. — Bibliophilie. — Les Arts appliqués.



« le Hulan », où il racontait discrètement comment une amitié scabreuse s'était nouée dans une ambulance entre un zouave français et un cavalier allemand.

Cette historiette, encore qu'adroitement tournée, paraissait alors une facétie de mauvais goût. Elle ne choquerait plus guère peut-être que la directrice d'un pensionnat de jeunes demoiselles, maintenant que le plus vanté de nos romanciers, Marcel Proust, a si longuement analysé la propagande sodomiste de son grand seigneur de Charlus.

Le chansonnier *Alma Rouch* entonnait à pleine voix une sorte de Marseillaise paysanne :

> Moissonnons sous les cieux superbes.
> La cigale crie aux échos,
> Mais nous mêlerons à nos gerbes
> Quelques *rouges* coquelicots !

Allusion politique soulignée par des bravos et que Raoul Pugno, d'opinions très avancées, rythmait à tour de bras sur le piano.

Un acteur de la Comédie Française, *Villain*, que sa haute taille et sa maigreur avaient fait surnommer le Grand Vilain quoi qu'il eût un beau profil de médaille romaine, déclamait quelque tirade d'un drame d'Hugo.

Le poète *Léon Valade* disait quelques extraits d'un volume qui parut plus tard « A mi-côte », comme ce sonnet, « Nuit de Paris », dont certains vers sont encore dans ma mémoire :

> Le ciel des nuits d'été fait à Paris dormant
> Un dais de velour bleu piqué de blanches nues..,
> ... Les derniers Philistins, qui marchent pesamment,
> Ont fait trêve aux éclats de leurs voix saugrenues.
>
> C'est l'heure unique et douce, où vaguent, de fortune,
> Glissant d'un pas léger sur le pavé chanceux,
> Les poètes, les fous, les buveurs et tous ceux
> Dont le cerveau fêlé loge un rayon de lune.

Maurice Rollinat, filleul de G. Sand, physionomie étrange de tzigane plutôt que de berrichon, teint olivâtre, cheveux noirs crépus, yeux noirs tour à tour mélancoliques et furibonds, récitait quelque pièce de son volume de vers « Dans les brandes » ou des poésies à tendances socialistes. On a dit que ce pauvre Rollinat était mort dans les affres de la rage, ayant été mordu par un chien ou un chat enragé ; il aimait beaucoup les chats, comme Baudelaire et Théophile Gautier. D'autres m'ont affirmé qu'il avait succombé à des troubles cérébraux progressifs dans la maison de santé de Moreau (de Tours) à Ivry. Il n'aimait pas seulement, comme

> Les amoureux fervents et les savants austères,
> Les chats puissants et doux, orgueil de la maison,
> Qui comme eux sont frileux et comme eux sédentaires (Baudelaire).

il s'était pris de passion pour les grenouilles.

Ayant décrit une mare :

> ... Vert miroir, tout encadré de fleurs
> Et d'un fourmillement de plantes aquatiques,
> Que, riant à l'azur. — limpidité dormante, —
> On voit s'épanouir comme un lac enchanté.

Il déclare que ce qui l'y attire :

> C'est que la grande mare est pleine de grenouilles,
> Bon petit peuple vert qui réjouit nos yeux.
>
> Les unes : père, mère, enfant, mâle et femelle,
> Lasses de l'eau vaseuse à force de plongeons,
> Par sauts précipités, grouillantes, pêle-mêle,
> Friandes de soleil, s'élancent hors des joncs ;
>
> Elles s'en vont au loin s'accroupir sur les pierres,
> Sur les champignons plats, sur les bosses des troncs,
> Et clignotent bientôt leurs petites paupières
> Dans un nimbe endormeur et bleu de moucherons.
>
> ....
>
> Ces reptiles mignons, qui sont, malgré leur forme,
> Poissons dans les marais, et sur la terre oiseaux,
> Sautillent à mes pieds, que j'erre ou que je dorme,
> Sur le bord de l'étang troué par leurs museaux.
>
> Je suis le familier de ces bêtes peureuses
> A ce point que, sur l'herbe et dans l'eau, sans émoi,
> Dans la saison du frai qui les rend langoureuses,
> Elles viennent s'unir et s'aimer devant moi.
>
> Et, près d'elles, toujours, le mal qui me torture,
> L'ennui, — sombre veilleur — dans la mare s'endort ;
> Et, ravi, je savoure une ode à la nature
> Dans l'humble fixité de leurs yeux cerclés d'or.

Je trouve émouvante cette intime communion avec la nature, qui va jusqu'à la sympathie pour les animaux les plus humbles, pour ceux dont on a voulu faire le symbole de la poltronnerie, du ridicule et de la bêtise. « Aucun objet réel ne demeure sans poésie, aussitôt que le poète sait l'employer comme il convient », disait Gœthe à Eckermann. Hugo l'a bien prouvé à propos du crapaud ; ainsi fit Rollinat pour la grenouille.

***

Dîners de Jeunes dans un vieux café. — Invitations poétiques. — Quatz Arts, basoche et carabins. — Le Trappeur de la Butte Montmartre. — Un poète inconnu.

Le Café Procope, sis rue de l'Ancienne-Comédie, était déjà célèbre au XVIIIe siècle ; c'était avec celui de la Régence, voisin de la nouvelle Comédie-Française, un rendez-vous de nouvellistes et de désœuvrés, qui aimaient d'y « pousser le bois », comme le *Neveu de Rameau* au temps de Diderot.

Les « moins de quarante ans », s'il en est encore qui aient lu Musset, décrié par certains critiques d'aujourd'hui, se souviennent peut-être que dans l'amusante boutade rimée contre les exagérations romantiques, l'utilitarisme et l'humanitairerie en 1838, Dupont dit à Durand :

> Je joue au domino quelquefois chez Procope.

Moi, je n'ai ni poussé le bois, ni posé le double-six sur ses vénérables tables de marbre, mais j'y ai plusieurs fois dîné en joyeuse, artistique et littéraire compagnie en 1877. Car c'était à l'entresol du vieux café que se tenaient des agapes mensuelles sous la rubrique *Dîner de la Rive Gauche*.

J'y fus entraîné par mon camarade de collège *Olivier Sainsère* ; alors jeune avocat, il se préparait à la brillante carrière administrative qui fut la sienne, — le bel Olivier, disaient les femmes, — l'aimable Sainsère, répliquaient les hommes ; car il plaisait à tous, joli garçon, homme loyal, esprit conciliateur, que nous avons vu successivement préfet, chef du cabinet de M. Barthou, conseiller d'Etat, secrétaire de l'Elysée sous la présidence de M. Poincaré pendant la guerre, toujours à la hauteur de sa tâche ; ce qui ne l'empêcha pas d'être un des amateurs d'art les plus avisés.

Ce qui m'avait attiré aux Dîners de la Rive Gauche, c'était particulièrement la curiosité de voir l'homme qui les présidait, *Gustave Aymard*, l'infatigable imitateur de Fenimore Cooper, dont j'avais, à douze ans, dévoré les romans à base de Sioux et de Trappeurs. Qui m'aurait dit, quand j'avais cet âge, qu'il me serait donné de contempler face à face le père de « Cœur Loyal », de « la Main Ferme », « d'Œil de Faucon », et, après avoir partagé un repas à 5 francs, de fumer avec lui le calumet de paix ?

Car en ces temps légendaires on pouvait dîner pour une « roue de derrière », une pièce de cinq francs argent, sans risquer d'être empoisonné. La modicité de ce prix permettait à tous les représentants des « Quat'z'Arts », de la plus humble bazoche, aux jeunes bardes et carabins, riches seulement d'espérances, d'assister à ces réunions « essentiellement fraternelles », comme les définis-

taient les membres de la commission d'organisation en sête de la carte d'invitation.

Celle-ci énumérait d'un côté les noms des assistants du précédent dîner et s'ornait à l'avers d'un dessin chaque fois nouveau, dû au crayon d'un des participants, et de quelques strophes de saison. En mars on voyait une hirondelle apporter au cuisinier, qui se tenait, calotte à la main, sur le seuil du café, l'appel poétique de *Jules André* :

A nos banquets toujours fidèles,
Peintres, sculpteurs et troubadours
Venez, comme les hirondelles,
Au nid des premières amours.
Venez, amis des temps nouveaux ;
Quand reviennent les hirondelles,
On voit s'envoler des corbeaux.

Et comme heureux présage d'avenir se profilait sur le ciel, au milieu des noirs corbeaux en fuite, le Dôme de l'Institut.

En avril, c'était, sous un cartouche représentant un violon, une lyre, une palette et un volume de poèmes, cet autre appel, signé *Victor Garien* :

Ohé ! les poètes,
Les musiciens
Et les bohémiens,
Les chopes sont prêtes.

En mai, dans une haute futaie une jeune amoureuse se suspend au bras du bien-aimé ; sous une tonnelle Dumanet trinque en flirtant avec une nourrice, et dans un coin, accroupi au pied d'un hêtre, tout en lisant le « Constitutionnel »,

Le matin monsieur Prudhomme
Dans le bosquet parfumé
Va faire.... quel cochon d'homme !
C'est le joli mois de mai.

(Clément Privé.)

On rencontrait donc à ces banquets des poètes : *Raoul Gineste, Grandmougin, Albert Mérat, Camille Chaigneau* ; des peintres et sculpteurs : *Bastien Lepage, José Frappa, Carrier-Belleuse* ; des chanteurs et comédiens, *Melchissédec, Boudouresque*, de l'Opéra, *Sicard*, de l'Odéon ; même des militaires : le *général Robin* et le *capitaine Joffre* (oui, le futur Maréchal, qui ne songeait guère à la Marne).

Parmi les avocats j'ai bien souvenance de *Michel Pelletier*, si éloquent, et qui fut un jour prophète ; je l'ai entendu, alors qu'on venait d'annoncer seulement le départ du Prince Impérial pour l'armée anglaise du Zoulouland, boire à la sagaie qui nous délivrerait d'un des trois prétendants dont Marianne pouvait prendre ombrage.

Les médecins ne manquaient pas et c'était bien leur place. Le fils du vieux Procope, fondateur du café, avait été médecin avant de gagner réputation d'homme de lettres par des pièces composées pour la Foire.

Le *vieux père Dupré*, le Dr *G. Coupard*, laryngologiste, et son confrère en spécialité *Joal* (du Mont-Dore), qui parodiait avec tant de conviction et d'une voix tonnante le grand air de Méphisto dans le *Faust* de Gounod :

Le Mont Dore est toujours debout !
Nul n'ignore sa puissance :
Son eau thermale guérit tout.
Accourez-y, gens dans l'aisance
En ce lieu de cure enchanté
Joal exerce tout l'été ;
Venez faire sa connaissance.

Après le fromage, à l'heure du café, chacun disait « la sienne » et au premier dîner je fus tout oreilles quand le vénéré président, le peintre des Grandes Prairies et des Ranchos, des Savanes et des Haciendas, prié de fournir son écot littéraire, ayant secoué les cendres d'une superbe vieille pipe amoureusement culottée, commença à peu près en ces termes avec un sérieux comique : « Un soir, il y a longtemps, j'étais chez un vieil ami, l'Haciendero le plus riche de la province de Sonora, quand on annonça qu'un parti de Pieds-Noirs, commandés par le Cerf Agile, avait dérobé quelques chevaux de l'Hacienda... » et il continua paisiblement à improviser ; ou réciter de mémoire quelques pages dans le style de celles que je dévorais à douze ans, croyant que « c'était arrivé. » Cependant mon voisin de table, voyant que j'écoutais avec attention, me dit : « Vous savez que ce brave Aymard n'a jamais été en Amérique et n'a guère quitté Paris, où il habite une maisonnette avec jardin au flanc de Montmartre. C'est un trappeur non de l'Arckansas, mais de la Butte ; quelle imagination dans le pastiche ! »

Parmi les poètes du dîner de la Rive Gauche il en était un qui aurait mérité d'être connu du grand public et dont je veux évoquer le souvenir. Auguste Creissels, n'était plus un jeune et paraissait avoir une cinquantaine d'années quand, je lui fus présenté par le normalien Joseph Montet, calviniste comme lui. Son aspect était celui de l'Amiral Coligny, tel que nous le montre sa statue de l'Oratoire : physionomie sévère de vieux Huguenot. Cet homme modeste et pourtant d'allure imposante était un simple employé de bureau. Il vivait retiré, aimant de se rencontrer à l'occasion avec des jeunes gens s'ils s'intéressaient à la poésie. Il allait presque tous les soirs au café Voltaire passer une heure, lisant les journaux, puis rêvant, sans cesser de fumer des cigarettes. Puis il rentrait dans un petit logement et écrivait des vers.

Il fut presque exclusivement un « sonneur de sonnets » ; mais ceux-ci sont pour la plupart de vraies pièces d'anthologie, égaux presque tous, et quelques-uns supérieurs à celui d'Arvers et à ceux de J. M. de Heredia. Ils furent imprimés tardivement en une plaquette qui ne put paraître que par souscription et qu'on ne trouve probablement plus en librairie. Auguste Creissels m'avait permis de prendre copie de quelques-uns et je crois devoir en citer trois pour le plaisir des amateurs de graves pensées, noblement exprimées dans une forme lapidaire.

Vœu de chasteté.

Sur le Missel gothique aux agrafes de cuivre
Qu'enveloppe un poudreux et grave parchemin,
Un moine en sa cellule, un pinceau dans la main,
Illustre l'Evangile où son amour s'enivre.

Les plus vives couleurs, décorant le Saint Livre,
Or, argent, violet, vert, azur et carmin,
Montrent l'Ange et Satan, la colombe et la guivre,
Mêlés et confondus dans un mystique hymen.

Dans le texte sacré l'humble et naïf artiste
S'abreuve, et cependant son regard est bien triste....
Aurait-il des désirs que la Règle proscrit ?

Soupirant et distrait, sur l'œuvre inachevée
Il dessine un rameau portant une couvée
Qu'une douce fauvette abrite au fond d'un nid.

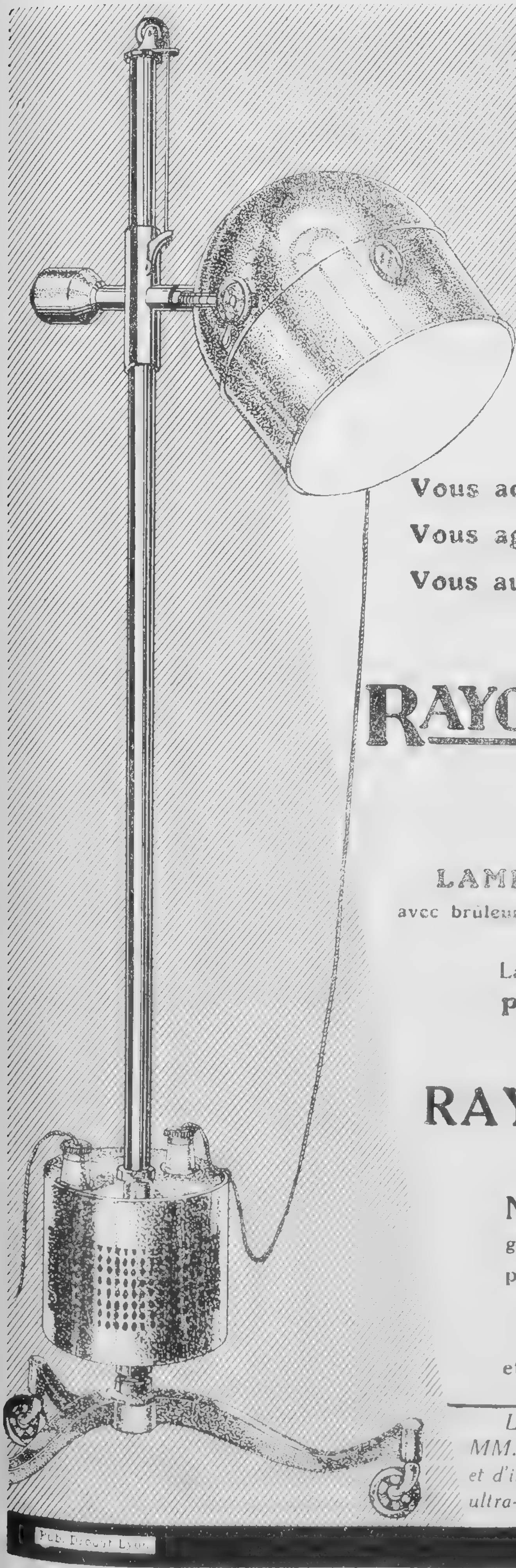
Tristesse en Avril

Quand l'hirondelle familière
Venait en la douce saison
Nicher au toit de la maison
Où grimpent la pampre et le lierre,

Une fillette hospitalière
Battait des mains à sa chanson.
L'enfant n'est plus, Sous le gazon
Elle dort, la fraîche écolière,

L'oiseau, revenu ce matin,
Au lieu du salut enfantin,
Entend nne femme qui pleure.

Berceau désert, nid dévasté,
C'est le lot de l'Humanité.
Le bonheur ne dure qu'une heure.



Les scieurs de long.

Ils sont groupés étrangement :
Deux accouplés les pieds à terre ;
Le troisième, en haut, solitaire,
Leur imprime le mouvement,

La scie au triste grincement
Qu'aucun bruit au loin ne fait taire
Trace sa ligne égalitaire
Dans le bois fendu lentement.

Toujours vers la fin de l'automne
Je vois, ce trio monotone
Profilé sur un ciel de plomb.

Adieu, beaux jours ? La feuille tombe.
Il va faire froid dans la tombe.
Bon courage, scieurs de long,

N'est-ce pas là du meilleur symbolisme et du plus délicat impressionnisme ?

Il n'y avait pas que des rieurs au Diner de la Rive Gauche. Paul LE GENDRE.

37e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Paris. 8-13 octobre 1928.

Voici les conclusions des rapports sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie qui s'ouvrira à Paris lundi 8 octobre.

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

Rapport par M. Xavier DELORE, de Lyon

Il serait dangereux de conclure en faveur d'une méthode générale de traitement de l'ulcère du duodénum, en se basant uniquement sur l'étude des résultats éloignés obtenus par les diverses interventions ; on ne saurait ainsi trancher la question des indications opératoires. Que dirait-on d'une méthode qui, avec des résultats éloignés parfaits, serait grevée d'une mortalité considérable ? Les résultats immédiats importent donc dans cette appréciation. Pour l'ulcère du duodéuum, plus que pour toute autre affection chirurgicale de l'intestin, les faits se présentent à l'opérateur de façon très variée : il devra tenir compte de la localisation anatomique de l'ulcère, des troubles qu'il entraine, des réactions inflammatoires qu'il produit. En principe, il serait téméraire de schématiser la conduite à tenir, et la décision ne peut être prise qu'après laparatomie, lorsqu'on est en face des lésions. Pour tout dire, le chirurgien doit être éclectique, ne pas se contenter d'une méthode à l'exclusion des autres, mais savoir employer les unes ou les autres suivant les cas. L'étude consciencieuse des résultats éloignés pourra souvent le guider dans ce choix.

A ce point de vue, certaines méthodes passent au second plan, telles la gastro-duodénoplastie, l'excision simple au bistouri ou la thermocautérisation de l'ulcère ; insuffisantes lors qu'elles sont pratiquées seules, elles constituent cependant un complément parfois très utile de la gastro-entérostomie, dont elles améliorent les résultats éloignés. Quant à l'exclusion pylorique, condamnée par la majorité des chirurgiens, comme favorisant l'évolution des ulcères pyloriques, nous ne la conseillons pas, parce qu'elle aggrave le pronostic de l'opération principale la gastro-entérostomie, et d'autre part elle n'offre même pas l'avantage certain de mieux modifier l'évolution de l'ulcère qu'elle laisse en place. Il reste donc à mettre en parallèle la gastro-entérostomie et la resection segmentaire.

La gastro-entérostomie a fait aujourd'hui ses preuves : correctement exécutée, elle est susceptible de donner de 70 à 80 p. 100 de guérisons définitives. En outre, elle est d'une exécution facile, même pour ceux qui ne sont pas spécialement entraînés à la chirurgie gastro-intestinale, et sa bénignité en fait souvent l'opération de choix. Dans la plupart des cas, elle a une action vraiment merveilleuse sur de vastes ulcères qu'elle arrive à faire cicatriser. C'est ainsi que lors de laparotomies itératives, pratiquées dans le but d'enlever secondairement un ulcère calleux traité dans une première séance par la simple gastro-entérostomie, nous avons observé, avec d'autres collègues, la régression et même la cicatrisation parfaite de cet ulcère.

La gastro-entérostomie a cependant été fort attaquée dans ces dernières années et ces critiques sont assez justifiées pour qu'elle ait perdu un notable terrain. Il faut bien reconnaître qu'elle est parfois inefficace et qu'elle n'a pas une influence certaine sur l'évolution de l'ulcère, quoique ses échecs ne soient pas fréquents (25 p. 100 environ). On a tout d'abord reproché à la gastro-entérostomie de ne pas mettre complètement au repos le duodénum ulcéré, lorsque le pylore reste perméable, fait qui s'observe surtout dans les ulcères duodénaux vrais : dans ces conditions, l'ulcère persiste avec toutes ses conséquences possibles, perforations et hémorragies. Nos maîtres recouraient alors à l'exclusion pylorique qui n'a pas tenu ses promesses : si la derivation est imparfaite, mieux vaut s'adresser à la gastrectomie pour exclusion, opération susceptible de rendre des services, puisqu'elle n'a pas les inconvénients de l'exclusion simple et qu'elle n'est pas sensiblement plus grave et plus difficile à faire que cette exclusion. Toutefois, en présence d'un antre pylorique sain, les avantages de la gastrectomie pour exclusion restent problématiques comme ceux de l'exclusion, alors que ce complément opératoire de la gastro-entérostomie en augmente un peu le danger. Par contre, les résultats de la gastro-entérostomie sont améliorés par la gastrectomie pour exclusion, ou mieux l'antrectomie sans pylorectomie, lorsque l'ulcère duodénal vrai est inextirpable et lorsque l'antre présente d'autre part ces lésions qui font soupçonner une inflammation rebelle ou des ulcérations localisés à son niveau. En pareil cas, qui est loin d'être exceptionnel, la gastrectomie, dite pour exclusion, possède en réalité tous les avantages des résections. Elle laisse cependant l'ulcère en place et ne s'adresse vraiment qu'aux lésions gastriques à distance.

Des travaux récents ont encore attiré l'attention sur « la maladie de la gastro-entérostomie », celle-ci étant accusée de créer, à côté des troubles provoqués par l'ulcère d'autres accidents imputables à l'anastomose elle-même. Pibram (1925) aurait constaté de tels faits à la suite de gastro-entérostomie pour ulcère, alors que la nouvelle bouche était devenue inutile, en raison de la cicatrisation de l'ulcère. Gosset et Talheimer admettent l'existence d'accidents pouvant survenir dans ces conditions et proposent de les traiter par la dégastro-entérostomisation. Mais ces faits sont très rares et ne constituent pas un argument contre la gastro-entérostomie : c'est en effet surtout après les anastomoses pour syndromes douloureux gastriques d'origine imprécise, sans ulcère décelable à la laparotomie que l'on rencontre cette maladie, dite de la gastro-entérostomie. Cette dernière a été pendant un certain temps considérée comme une méthode de traitement applicable à toutes les affections gastriques, qu'elles fussent ou non ulcéreuses. Les rapports de Montprofit et Jonnesco (Bruxelles 1905) reflètent cette tendance ; « les affections de l'estomac sont presque toujours justiciables d'un traitement chirurgical. L'opération qui s'applique à la grande majorité de ces affections est la gastro-entérostomie « (Montprofit). Et Jonnesco ajoute « qu'elle est bénigne et efficace ». Aussi a-t-on pratiqué sans indication nette beaucoup d'anastomoses qui n'étaient sans doute guère justifiées. Quoique cette conduite soit abandonnée aujourd'hui, il en est cependant résulté, dans l'esprit des médecins, un certain discrédit à l'égard d'une opération qui donne de brillants résultats lorsqu'elle s'adresse à une lésion dûment constatée.

Mais tous ces reproches adressés à la gastro-entérostomie, et qui relèvent d'indications mal comprises, s'effacent devant le véritable échec que constitue l'apparition de nouveaux ulcères, qu'ils soient des ulcères récidivants ou des ulcères peptiques gastro jéjunaux. Avec la persistance de l'ulcère, ces récidives représentent bien les véritables complications éloignées du traitement chirurgical des ulcères, et de l'ulcère duodénal en particulier. Il est vrai que ces accidents ne sont pas l'apanage exclusif de la gastro entérostomie, et qu'on peut aussi bien les observer à la suite d'une autre intervention, telle que la gastro-duodénectomie : ces récidives ne sont en effet que les témoins, chez certains sujets prédisposés, de cette maladie ulcéreuse contre laquelle les interventions les mieux dirigées peuvent rester impuissantes. Toutefois, il faut admettre, avec la majorité des chirurgiens qui ont une grande pratique de la gastropylorectomie, que cette opération donne dans l'ensemble de meilleurs résultats éloignés que la gastro-entérostomie : les ulcères gastro-jéjunaux et les ulcères récidivants sont plus rares après la résection qui, avec l'ulcère principal du duodénum, supprime encore bien souvent d'autres ulcères associés parfois méconnus, ulcères dont la fréquence croît de jour en jour à mesure que s'élargit l'expérience des chirurgiens. Au contraire, la gastro-entérostomie, n'a pas toujours une action efficace sur chacun de ces ulcères multiples ; si elle amène en général la rétrocession de celui qui est situé au

voisinage du pylore ou sur le duodénum, elle laisse trop souvent évoluer celui de la petite courbure. Nous devons poser en principe que la gastro-duodénectomie possède une valeur plus puissante que toute autre intervention, et qu'elle est cette intervention de choix qui permet d'éviter au maximum les échecs vrais, en particulier les ulcères récidivants.

Malgré cette appréciation, bon nombre de chirurgiens considèrent que la gastro-entérostomie est, et doit rester une des meilleures méthodes du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. Hartmann, Gosset s'en déclarent les partisans convaincus et ses 70 à 80 p. 100 de succès sont les gages de son efficacité. Il est certain que cette opération donne la plupart du temps des résultats parfaits dans la sténose pylorique. Dès lors, puisque la gastro-entérostomie possède une efficacité indiscutable chez les sténosés pyloriques, ne faudrait-il pas toujours commencer par elle, quitte à intervenir plus tard par résection si la guérison ne survient pas ! Nous avons suivi cette conduite dans 22 cas sans aucun décès et restons partisan de cette pratique chez les grands cachectiques et sténosés. Il faut bien avouer cependant que ces résections secondaires ne sont pas toujours dépourvues de difficultés : l'estomac ne « vient » plus aussi aisément au cours de la seconde laparatomie. Mais la vraie difficulté de ces résections secondaires provient de la situation de l'anastomose établie dans le premier temps, de façon classique, sur l'antre et au point déclive de l'estomac ; on est alors entraîné, pendant la gastro duodénectomie secondaire à réséquer cette anastomose, manœuvre qui complique singulièrement l'acte opératoire. Si l'on a fait, au contraire, une gastro-entérostomie loin du pylore et des lésions, tout devient simple et bénin. Cette conduite n'est pas approuvée par tous, en particulier par le prof. Hartmann qui nous enseigne que les gastro haut situées nuisent au bon fonctionnement de l'anastomose. Nous avons cependant examiné à la radioscopie, avec MM. Comte et Beaupère, plus de 50 gastro-entérostomies dont les résultats étaient parfaits, bien que la bouche fut placée à 15 ou 20 centimètres du pylore et même davantage.

Malgré les bons résultats que nous a donnés la gastro-pylorectomie en deux temps, nous reconnaissons volontiers qu'elle a des inconvénients et que la résection d'emblée est préférable chez tout ulcéreux non sténosé et assez résistant pour supporter cet acte opératoire. Il faut donc prendre souvent une décision d'emblée, après avoir exploré les lésions, et la base de cette décision repose non seulement sur les résultats éloignés, mais aussi sur les résultats immédiats et la gravité opératoire. On doit, en effet, tenir le plus grand compte de l'état anatomique et penser toujours, avant d'entreprendre la résection, aux difficultés à rencontrer dans le temps de la réparation, en particulier à la fermeture correcte du moignon duodénal. A ce point de vue, il est nécessaire de se rappeler la distinction entre les ulcères duodéno-pyloriques et les ulcères duodénaux vrais. Les premiers seront traités plus souvent que les seconds par la résection, non parce qu'ils réagissent moins bien à l'anastomose, (l'étude des résultats éloignés montre plutôt le contraire), mais parce que leur ablation est plus aisée et fait courir moins de risques que celle d'un ulcère situé au voisinage des voies biliaires. Le chirurgien mieux armé contre les ulcères duodéno-pyloriques ne doit pas oublier qu'une résection donne des résultats éloignés supérieurs à ceux d'une simple gastro-entérostomie ; il ne doit pas oublier non plus, que dans les ulcères duodénaux vrais, la gastro duodénectomie sera parfois grave, et qu'une gastro-entérostomie bénigne peut lui fournir à peu de frais des guérisons durables.

Les avantages de la résection sont nombreux et justifient la tendance actuelle de nombreux chirurgiens à la considérer comme l'opération de choix. Elle supprime l'ulcère et par là évite les complications post-opératoires immédiates et lointaines ; elle enlève aussi une partie altérée de l'estomac et particulièrement l'antre qui est si fréquemment le siège d'ulcérations associées et de ces lésions de gastrite lentes à s'atténuer après la gastro ; ainsi disparaissent des facteurs importants de récidives ulcéreuses, et par cela même on observe une modification heureuse du chimisme gastrique.

Et cependant la gastro-duodénectomie ne met pas toujours à l'abri de l'ulcère gastro-jéjunal. Faut-il alors recourir à la gastrectomie subtotale, ou en d'autres termes enlever à peu près tout l'organe pour guérir la lésion ! L'avenir répondra. Actuellement, la question reste ouverte en raison de la gravité opératoire et des troubles secondaires qu'entraîne une pareille conduite. En dehors de ces cas, la résection large représente la meilleure méthode qui ait fait ses preuves dans la thérapeutique prophylactique et curative de ces formes rebelles de maladies nerveuses qui récidivent indéfiniment avec des localisations diverses. Les chirurgiens, qui en ont une pratique étendue, arrivent à peu près à en étendre les indications et ont la satisfaction de voir augmenter leurs succès éloignés qui atteignent 90 p. 100. Les suites immédiates sont aussi plus simples qu'après la gastro, et la qualité de la guérison est supérieure. Bref, la résection gastro-duodénale apparait comme l'opération idéale, si l'on n'envisage que les résultats éloignés.

Elle ne doit pas cependant supplanter désormais toutes les autres méthodes ; trop de conditions interviennent en pratique pour que l'on soit autorisé à ramener le problème à une formule aussi simple. La G. E. conserve des indications étayées sur un passé déjà ancien qui manque un peu aux diverses résections. Ainsi la gastro-duodenectomie ne saurait être systématique : aux sujets affaiblis, aux ulcères duodenaux vrais adhérents, bref à tous les cas difficiles convient la gastro-entérostomie, complétée ou non par la gastrectomie par exclusion. Aux sujets résistants, surtout aux ulcères duodéno-pyloriques non adhérents, lorsqu'on prévoit que l'exérèse sera facile et correcte, convient la gastro-duodénectomie.

Le chirurgien sera donc éclectique dans le choix de son opération en se souvenant que la résection est la méthode qui donne les meilleurs resultats éloignés et que ses indications opératoires s'élargissent chaque jour. Pour traduire en pratique notre opinion actuelle, qu'on nous permette de citer notre statistique d'interventions dans les quatorze derniers mois, soit de février 1927 à avril 1928, interventions pratiquées depuis la publication de la thèse de notre élève Laine ; bien différente de notre pratique ancienne, elle montrera combien se sont élargies les indications de la gastro-duodénectomie et quelle est la part réservée aujourd'hui à la G. E., à la gastrectomie pour exclusion et à la gastro-duodénectomie Sur 62 ulcères, tant duodénaux vrais que duodéno-pyloriques, 28 ont été traités par la gastro-duodénectomie, dont 23 Bilroth II et 5 Polya-Finsterer avec une mort après opération pour ulcère duodénal vrai : 29 ont subi la gastro-entérostomie, dont 4 avec thermo-cautérisation à la Balfour, avec deux décès chez des cachectiques. Enfin 5 ulcères duodénaux vrais ont été traités par la gastrectomie pour exclusion de Finsterer, avec 5 guérisons opératoires. En somme, dans 55 p. 100 des cas, l'exérèse a été pratiquée. Pauchet, donne une proportion encore plus élevée, soit 70 p. 100.

Il ressort de ces chiffres que nous avons modifié sensiblement les indications opératoires dans ces derniers temps au profit de la résection, sans que la mortalité opératoire soit différente ; mais il reste cependant à la gastro-entérostomie un vaste champ d'action.

En résumé, la gastro-duodénectomie est l'operation de choix parce qu'elle donne les meilleurs résultats éloignés.

La gastro-entérostomie, dont les indications restent fréquentes, est une excellente opération, fournissant des résultats brillants, mais inferieurs dans leur ensemble à ceux de la gastro-pylorectomie ; les résultats éloignés seront meilleurs lorsqu'on complètera l'anastomose par la résection localisée de l'ulcère soit au bistouri, soit au thermocautère.

La gastrectomie pour exclusion rendra des services lorsque l'antre pylorique est atteint de lésions manifestes et que d'autre part l'ulcère duodénal ne peut pas être enlevé sans danger.

Les interventions nerveuses, destinées à supprimer les récidives ne peuvent être appréciées exactement à l'heure actuelle ; de nombreux travaux sont nécessaires pour permettre de juger leur efficacité.

Enfin, l'on ne doit pas hésiter à faire une laparotomie chez tout opéré ancien qui est atteint de nouveaux troubles gastriques ; l'ablation des ulcères peptiques ou la cure chirurgicale d'une sténose de la bouche sont susceptibles de procurer des guérisons définitives.

Les résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

Rapport de M. J. Okinczyc, de Paris.

Dans l'ignorance où nous sommes encore des causes de la maladie ulcéreuse, le traitement chirurgical ne peut avoir d'autre prétention que de *pallier* aux manifestations locales de cette maladie.

Si la maladie ulcéreuse est vraiment, comme il semble, une maladie générale, il faut bien reconnaître que le traitement *radical* de la maladie reste encore à trouver. Toutes les méthodes chirurgicales, tous les procédés qui tendent à les réaliser, ne sont que des *palliatifs*, aucun ne peut prétendre, ni par son intention, ni par ses résultats, à s'ériger en traitement de choix, à l'exclusion de tous les autres. Tous ont à

leur actif des succès, à leur passif, des échecs : les conditions de ces succès et de ces échecs n'apparaissent pas toujours clairement. On peut se demander si ces résultats ne sont pas, dans une certaine mesure, sous la dépendance du moment de l'intervention, dans le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse. Plus nous nous rapprocherions de la fin de ce cycle évolutif, plus les succès seraient nombreux, plus nous interviendrions au début, et plus les échecs seraient habituels.

Or nous n'avons pas toujours de critère pour apprécier le stade de cette évolution ; le temps écoulé est un facteur, mais non absolu. De plus, le cycle évolutif de la maladie ulcéreuse ne suit pas toujours une courbe parfaite ; il prend souvent la forme d'une ligne ondulée, qui figure les rémissions et les réveils successifs.

De plus, la maladie ulcéreuse est sujette à des complications redoutables, perforations, hémorragies ; et nous n'avons pas le droit d'attendre ces complications pour intervenir, les conditions de l'opération étant moins bonnes et le risque plus grand.

L'échec du traitement médical, poursuivi régulièrement pendant un temps raisonnable, apparaît donc comme l'indication actuelle la plus nette du traitement chirurgical.

Mais encore dans l'histoire de la maladie ulcéreuse, l'ulcère du duodénum se présente avec des modalités particulières, qui s'apparentent à ce que nous appelons ordinairement l'ulcère peptique, et que nous observons quelquefois sur le jéjunum après certaines interventions.

Les choses se passent comme si la maladie ulcéreuse ayant un centre de prédilection dans l'estomac, au niveau de l'antre pylorique, la fonction, troublée à ce niveau, irradiait vers le duodénum *avant* toute intervention, ou vers le jéjunum *après* certaines interventions ; les conditions de la sécrétion étant déviées, l'organisme n'est plus localement défendu contre les effets d'une *auto-digestion*, dont la manifestation est un ulcère peptique duodénal ou jéjunal.

Si cet aspect de la maladie est bien observé, les conclusions qu'on en peut tirer ont leur importance. En effet l'ulcère du duodénum n'est plus, comme l'ulcère gastrique, une manifestation primitive de la maladie, mais plutôt une *complication* d'un trouble qui a son centre dans l'estomac ; s'attaquer à l'estomac, pour guérir l'ulcère du duodénum, apparaît alors comme une conclusion rationnelle, et que certains résultats positifs semblent sortir du domaine de la pure hypothèse.

Mais toutes les méthodes, qu'il s'agisse de *dérivation, d'exclusion*, de *résection* ou d'*énervation*, ne peuvent prétendre qu'à modifier les conditions locales d'une maladie probablement générale, c'est-à-dire à restreindre les méfaits de l'auto-digestion.

Dans l'ulcère *gastrique*, la fréquence est encore trop grande de la cancérisation est une indication plus nette de la résection de l'ulcère, toutes les fois qu'elle est possible. Dans l'ulcère du *duodénum*, la cancérisation de l'ulcère est si rare, si exceptionnelle même, que nous n'avons pas les mêmes raisons de préférer la résection de l'ulcère lui-même. Nous pouvons, sans avoir cette crainte d'une transformation possible, agir *indirectement*, avec les mêmes chances de succès durable. Indirectement, cela veut dire, dériver, exclure, réséquer l'antre et le pylore, tout en laissant l'ulcère en place.

Pourtant, dans ces méthodes, l'exclusion *simple* sans résection s'est montrée moins bonne dans ses résultats : elle a multiplié les cas d'ulcère peptique du jéjunum, comme si l'auto-digestion qui s'était jusque-là manifestée sur le duodénum, transposait son action sur le jéjunum, les nouvelles conditions du transit et de l'évacuation gastrique, devenant aussi nocives pour le jéjunum qu'elles l'étaient jusque là pour le duodénum. On ne parvient à empêcher cette action nocive qu'en réséquant l'antre pylorique, ce qui constitue une exclusion *complexe*, meilleure dans ses résultats éloignés que l'exclusion simple, mais aussi importante et grave qu'une résection régulière. Par contre, elle a l'avantage d'être indiquée, même dans les cas où l'ulcère est inextirpable, puisque laissant l'ulcère duodénal en place elle n'attaque que le centre gastrique de la maladie ulcéreuse.

Ni de l'énervation, ni de l'*antrectomie comme méthode indirecte*, nous n'avons pas d'expérience personnelle. Nous rappellerons seulement les résultats de notre statistique, recueillie de 1907 à 1927, dans les Archives du service de notre maître H. Hartmann, et qui comprend 197 observations. Sur ces 197 malades, nous avons eu connaissance des résultats éloignés chez 141.

Sur les 197 cas d'ulcères du duodénum opérés, nous comptons une mortalité globale de 7,61 p. 100.

Sur les 141 malades guéris opératoirement et que nous avons pu suivre ou retrouver nous comptons :

61 guérisons complètes.....	soit	43,25 p. 100	
32 améliorations...........	—	22,70	—
48 échecs.................	—	34,04	—

ensemble 65,95 p. 100

Sur 131 ulcères *non compliqués*, la gastro-jéjunostomie simple a été pratiquée 101 fois et nous a donné :

47 guérisons complètes.....	soit	46,53 p. 100	
24 améliorations...........	—	23,76	—
30 échecs.................	—	29,70	—

L'exclusion simple avec gastro-jéjunostomie a été pratiquée 16 fois et nous a donné :

2 guérisons complètes....	soit	12,50 p. 100	
2 améliorations...........	—	12,50	—
12 échecs.................	—	75	—

C'est la condamnation formelle de cette variété d'exclusion.

La résection, méthode directe s'attaquant à l'ulcère, a été pratiquée 14 fois et nous a donné :

8 guérisons complètes....	soit	57,14 p. 100	
3 améliorations...........	—	21,42	—
3 échecs.................	—	21,42	—

En résumé, la résection, méthode directe, supporte la comparaison avec la gastro-jéjunostomie, méthode indirecte. En réunissant les guérisons complètes et les améliorations nous avons, pour les résections, 78,56 p. 100 de bons résultats contre 21,42 p. 100 d'échecs ; et pour les gastro-jéjunostomies 65,95 p. 100 de bons résultats contre 34,04 p. 100 d'échecs. Malheureusement, ces résultats éloignés se payent par une mortalité immédiate, plus élevée dans les résections.

Dans d'autres statistiques, nous trouvons dans les deux méthodes une mortalité sensiblement égale ; la comparaison pourrait donc se faire au profit de la résection.

Sur 19 observations d'ulcères *compliqués* (perforations, hémorragies graves, ulcères peptiques) nous avons trouvé une mortalité immédiate de 21,05 p. 100.

11 malades ont été retrouvés et nous ont donné :

4 guérisons complètes....	soit	36,36 p. 100	
3 améliorations...........	—	27,27	—
4 échecs.................	—	36,36	—

La mortalité immédiate montre bien qu'il vaut mieux ne pas attendre les complications pour intervenir. Cette mortalité est surtout fréquente dans les hémorragies graves. Faut-il en conclure que dans cette dernière éventualité, l'abstention est préférable ? On le pensait. Mais la mortalité dans l'abstention paraît encore assez élevée. Si bien qu'une réaction se fait contre l'abandon de ces malades au traitement médical inefficace. Certains chirurgiens pensent qu'il vaut mieux intervenir, mais non plus avec un certain retard et l'essai préalable d'un traitement médical, mais au contraire d'urgence, comme dans la perforation, aux premières manifestations de l'hémorragie. Cette intervention précoce, chez un malade encore peu affaibli, permet une intervention directe, une excision ou une résection très supérieure dans le cas particulier aux méthodes indirectes qui n'arrêtent pas toujours l'hemorragie.

Sous les réserves, maintes fois répétées dans ce travail, que l'étiologie de la maladie ulcéreuse restant inconnue, son traitement chirurgical n'est qu'un palliatif, nous devons reconnaître qu'il donne souvent des résultats favorables, là où a échoué le traitement médical. Il est donc légitime de l'entreprendre. Peut-être même, pour l'*ulcère du duodénum*, ne faut-il pas s'en tenir à la gastro-jéjunostomie ; et il semble bien que nous pouvons trouver, soit dans la résection large de l'ulcère (méthode directe) soit dans l'antrectomie (méthode indirecte) un traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

La rachianesthésie. Etat actuel de la question.

Rapport de MM. Emile Forgue (de Montpellier) et Antoine Basset (de Paris).

De ce que nous avons vu et lu, de la documentation que nous nous sommes efforcés de réunir intégrale, de l'expérience que donne à l'un de nous une pratique de vingt-trois ans de la rachi-anesthésie, du référendum auquel ont bien voulu répondre plus de 100 chirurgiens de toutes nations, nous déduisons les conclusions suivantes que nous soumettons à votre examen et à vos débats. Elles en recevront une particulière autorité ; car les opinions qui sont formulées à cette tribune se traduisent *en directives techniques*, dont la portée pratique est d'autant plus grande qu'il s'agit d'*une règle d'application journalière*, comme l'anesthésie.

1° Nous estimons que *la cause de la rachianesthésie ne peut qu'être desservie par les applications dangereuses extensives.* Bien que nous ayons eu quelques satisfaisantes analgésies hautes pour la tête, le cou et la poitrine, nous inclinons, actuellement, en règle prudente, *à rejeter absolument la rachianesthésie générale* de Jonnesco, et à réserver la rachi pour les *interventions sous diaphragmatiques.* L'accord est unanime, dans toutes les réponses qui nous ont été faites : *jamais au dessus du diaphragme*, hormis quelques indications de thoracectomie et de chirurgie pulmonaire. Pour ruiner une méthode, il n'y a rien de mieux que de lui donner une valeur et des applications excessives.

2° Pour l'étage *sous-diaphragmatique et sus-ombilical*, c'est-à-dire dans le *haut abdomen* (estomac, voies biliaires, reins, rate), les avis restent partagés. *En principe, cette zone semble relever de la rachianesthésie, qui a l'avantage indiscutable de diminuer, ici, la morbidité post-anesthésique, en réduisant, chez les opérés gastriques, les complications pulmonaires et en ménageant, plus qu'aucune autre anesthésie, les fonctions du foie et des reins. En pratique*, à côté d'adhésions de premier rang (celles de Gosset, de Bérard, Leriche, Donati, Abadie, Gaudier, Mériel, Hamant, Bonnet, Violet, Cotte, Marquis) il y a des opposants, de grande compétence : Villard, Gayet, Desgouttes, Patel, Santy, Brun, Revel, Lapeyre, Mayer, Verhoogen (indication exceptionnelle), Danis, qui objectent à la rachi, à cette hauteur, l'inconstance de son niveau supérieur, l'accroissement de la dose nécessaire, l'aggravation de l'anesthésie. *Nous nous rangeons parmi les partisans de la rachianesthésie, dans les résections gastriques, dans la cholécystectomie et les opérations sur le cholédoque, dans la chirurgie rénale.* Mais nous avons eu soin d'indiquer que *c'est ici la situation clinique du sujet qui, supérieure à toute formule technique, règle le choix de l'anesthésie.*

3° Au-dessus de la ceinture, *dans la zone sous-ombilicale*, s'étend le domaine de la rachianesthésie ; ou, plus cliniquement, c'est dans cette zone que, pour la chirurgie des membres inférieurs de la région ano-périnéale, pour les interventions abdomino-pelviennes, elle peut remplacer — et souvent avec supériorité — les méthodes d'anesthésie générale. Sans doute, *elle ne doit pas être appliquée aux courtes interventions réalisables avec une très brève éthérisation*, ni surtout *aux cas où convient et suffit l'anesthésie régionale, bien et patiemment maniée.* Cette restriction faite, la rachi l'emporte nettement par la *qualité de son anesthésie. Pendant l'intervention*, elle simplifie et accélère les manœuvres opératoires, en relâchant la contracture de la paroi, en supprimant la poussée intestinale, en nous assurant le vide stable du bassin, le plein silence abdominal, la résolution de toutes les résistances musculaires. *Après l'opération*, elle diminue les complications post-anesthésiques, en évitant la congestion et l'irritation des voies aériennes, en supprimant le shock par le blocage de l'influx nerveux, en troublant au minimum le fonctionnement du foie et des reins.

4° La principale contre-indication est fournie par *les états gravement hypotensifs.* Et, plus que la tension maxima, il faut considérer la minima, la pression diastolique, qui représente les résistances périphériques, et mesure plus exactement le fléchissement de l'équilibre cardio-vasculaire.

5° *Si*, comme l'ont formulé quelques-uns de nos collègues, *on n'accepte, comme indications de la rachianalgésie, que les contre-indications de l'anesthésie générale*, c'est vraiment faire une « sélection à rebours », c'est condamner la rachi aux pires résultats, et forcément au discrédit. Les grands intoxiqués, les stercorémiques en occlusion, les hypotendus, les shockés hypothermiques, les vieux oliguriques et hyperazotémiques, les cancéreux cachectiques, voilà ceux que la rachi ne doit pas toucher, en raison de son action hypotensive. Mais n'en mourront-ils pas moins avec l'anesthésie générale ?

6° *Les échecs, incidents et accidents de la R. A. se raréfient d'autant plus qu'on se familiarise davantage avec* sa technique. Il faut donc que *l'anesthésie rachidienne soit faite par le chirurgien lui même ou ne soit confiée qu'à un aide très entraîné.*

En l'état actuel des choses, il résulte des statistiques que nous avons réunies que leur proportion moyenne et approximative est exprimée, pour les *échecs*, par les chiffres suivants : *échecs absolus* : 5 *p.* 100 ; *échecs relatifs* : 10 *p.* 100.

7° *Les accidents graves par atteinte bulbaire sont rares.* En se reportant au chapitre des accidents *pendant* l'anesthésie, on trouvera, tels qu'ils ressortent des statistiques réunies par nous, les chiffres répondant aux conditions de fréquence de ces accidents. Mais nous avons, en ce point, marqué les réserves qu'il y a lieu de faire sur l'apparente rigueur des statistiques.

Ajoutons que l'un de nous n'a jamais vu d'accidents mortels, dans une pratique qui atteint actuellement plus de 4.000 R.A. (en se bornant à relever des R. A. à la novocaïne ou à ses dérivés). Il a observé certains cas d'apnée prolongée qui ont cédé à la respiration artificielle. Il n'a jamais vu de syncope grave, ayant résisté aux moyens classiques et nécessité l'injection intra-cardiaque d'adrénaline. Nous pensons, avec Leriche, qu'un opérateur peu habitué aux hypotensions de la R. A. a pu parfois prendre trop vivement l'alerte.

8° Le grief des *accidents tardifs* est celui qui a le plus nui à la R. A. Cette question doit être envisagée avec sincérité mais aussi avec esprit critique. Nous ne pouvons fournir de précisions que pour 2 de ces complications tardives, à savoir la céphalée *persistante*, dont la fréquence est de 3 à 4 p. 100 des cas, et les *paralysies du VI*, dont on observe de 1 à 5 cas pour 1.000 R. A.

Quant aux séquelles plus graves, et surtout quant aux paraplégies persistantes, avec troubles sphinctériens et escarres, il est surprenant de constater que l'affirmation de leur fréquence relative n'a pas pu être vérifiée objectivement par nous, et surtout chiffrée, malgré tous les soins de notre enquête. Cela tient peut-être à ce que certains de ces faits n'ont pas été publiés.

Nous avons, d'autre part, pour tenter de trancher ce point important, consulté nos collègues neurologues. Ils ne nous ont pas fourni de précisions chiffrées.

Il est donc permis de croire que ce grief a été exagéré. Nous n'en voulons pour preuve que le fait que, jusqu'à présent, hormis 3 cas de douleurs qui ont été attribuées à des radiculites, d'ailleurs passagères, 2 cas de paralysie temporaire du VI et quelques céphalées prolongées, l'un de nous n'a pas observé l'évolution tardive de complications.

Si, par malheur il advenait à un chirurgien que son opéré, syphilitique, tuberculeux ou pré-tabétique, présentât à la suite de la R. A. des accidents méningés ou médullaires, il ne serait pas exact, il ne serait pas juste d'en inculper la R. A.

La jurisprudence est faite en matière d'accidents dus à l'anesthésie générale. En ce qui concerne la R. A. elle n'est point établie, et il faut nous garder de fournir à l'inculpation des arguments injustifiés.

9° En ce qui concerne la *mortalité*, point dominant de ce débat nous avons le droit de déclarer que pour être valable en la matière, une statistique devrait réaliser une distinction très exacte des techniques, des substances et des doses employées, de la gravité clinique des cas traités.

Malheureusement, la presque totalité des statistiques que nous avons groupées ne remplit pas ces conditions.

Nous répétons donc que les chiffres de mortalité globale et de mortalité comparée par anesthésie de narcose que nous avons donnés (voir le chapitre mortalité) n'ont qu'une valeur relative.

En limitant la question à la R. A. par la novocaïne ou ses dérivés, toutes conditions de technique irréprochable et de respect des contre-indications étant remplies, il est impossible de soutenir actuellement et de prouver que la rachianalgésie est frappée d'une léthalité plus grande que celle de l'anesthésie par narcose.

10° En réalité, *il n'y a pas d'anesthésie sans mortalité*, il n'y a pas d'anesthésique sûrement inoffensif. Evidemment, avec la rachianalgésie, la sécurité n'est pas absolue ; mais pourquoi l'exiger de la rachi seule, et continuer à admettre le risque des narcoses d'inhalation ?

11° Il ne s'agit pas d'imposer « l'anesthésie rachidienne, comme une méthode de choix et d'en élargir le champ d'une façon redoutable », comme le craignait Vulliet, dont l'observation et les commentaires ont suscité l'article, — bref, mais grave et presque prohibitif — de la *Presse médicale* du 14 mai 1927. *Il s'agit* — et nous nous y sommes efforcés — *de préciser ses indications et contre indications : c'est une affaire de discernement clinique. Bien loin d'élargir exagérément son domaine*, nous devons à la vérité de reconnaître que, sous la pression et la leçon des faits, *il s'est opéré, dans notre esprit, un travail de restriction*, de choix plus sévère des indications, d'extension donnée à la locale et à la régionale, de retour à l'éthérisation pour les interventions brèves et simples, qui, dans ces dernières années, a diminué la proportion de nos rachianalgésies : ce sont nos collaborateurs, qui, chiffres en mains, nous ont démontré cette évolution et cette limitation relative. Et notre cas n'est pas isolé : dans de nombreuses réponses de nos collègues, nous trouvons formulée cette *tendance plutôt modératrice.*

Or, dans cette limitation, *il n'entre pas un doute scientifique* à l'endroit de l'anesthésie rachidienne. Il y a simplement *la connaissance approfondie de l'importance physiologique de l'introduction d'une solution anesthésique dans les espaces arachnoïdiens, la notion des troubles éphémères de l'équilibre tensionnel et des phénomènes réactionnels possibles* que nous ont appris les médecins, *la conscience de la responsabilité directe* que nous

crée cette méthode, toutes considérations qui nous conduisent à être éclectiques, à peser rigoureusement les indications et à choisir l'anesthésie la plus conforme à l'état clinique du sujet et à la gravité des lésions. Ces conditions étant remplies, nous n'hésitons pas à affirmer que l'analgésie rachidienne lombaire est une méthode qui se classe au même rang que l'anesthésie générale, que *ses risques sont réduits au minimum par le soin de la technique, qu'elle diminue la gravité de certaines opérations*, et que grâce à elle, nous avons pu sauver des opérés qui n'eussent point supporté un autre mode d'anesthésie.

Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lésions traumatiques.

Rapport de MM. Alajouanine, Maisonnet et Petit-Dutaillis (de Paris).

On peut dire que 5 notions dominent cette question éminemment complexe des suites éloignées des traumatismes du crâne après trépanation.

1° *La notion capitale des lésions commotionnelles surajoutées à la blessure*, qu'il s'agisse de plaies de guerre ou de traumatismes de la pratique civile. L'étude de l'état commotionnel devrait être faite systématiquement chez tout blessé du crâne, dès les premiers jours, avec toute la précision qu'y ont apportée Lecène et Bouttier ; cette étude doit être basée non seulement sur l'examen clinique du blessé, mais aussi sur la recherche des réactions normales du sujet au vertige voltaïque, dès que son état le permet et sur l'examen cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien dont ces auteurs ont si nettement précisé les modifications caractéristiques. La constatation d'un pareil syndrome doit toujours faire escompter, et cela quelle que soit l'apparente bénignité de la blessure, qu'elle soit superficielle ou profonde, pénétrante ou non pénétrante, l'apparition de séquelles plus ou moins sérieuses dans l'avenir, qu'il s'agisse de simples troubles subjectifs, qu'il s'agisse d'épilepsie.

2° *Les caractères de la plaie.* — D'une manière générale les séquelles graves et surtout l'épilepsie sont plus à craindre dans l'avenir des plaies cranio-cérébrales, que dans celles qui n'atteignent que l'enveloppe osseuse en respectant la dure-mère. Le pronostic des plaies pénétrantes est d'autant plus grave que l'attrition et que la contusion du cerveau ont été plus marquées et plus étendues, et aussi que les lésions commotionnelles ont chance d'être plus accusées. A cet égard, le pronostic lointain est plus sévère pour les plaies tangentielles et pour les plaies en séton que pour les plaies produites par un projectile pénétrant le crâne perpendiculairement et même que pour les plaies transfixiantes qui survivent.

3° *La présence d'un projectile inclus*, une fois passée la période secondaire, ne modifie guère le pronostic éloigné, contrairement à ce qu'on a dit pendant longtemps. Les chances de suppuration tardive sont cependant un peu plus grandes chez ces blessés que chez les autres. Pour ce qui est de l'épilepsie, seuls les projectiles superficiels semblent entrer en ligne de compte pour le pronostic éloigné.

4° *La notion d'infection* dans les suites immédiates secondaires de la blessure est de grande importance pour la prévision des suites éloignées. L'avenir doit être d'autant plus réservé que la plaie a longtemps suppuré, qu'elle s'est compliquée de hernie cérébrale, qu'elle a laissé à sa suite une fistule persistante ou que le blessé a ultérieurement présenté un abcès du cerveau. La possibilité de nouvelles suppurations tardives à échéances parfois très éloignées, assombrit beaucoup le pronostic de ces blessés. Chez de pareils patients l'épilepsie est particulièrement à redouter.

5° Quelle que soit la valeur des notions précédentes, celles-ci ne sauraient jamais présenter qu'une valeur relative. Car une autre notion domine aussi l'apparition des séquelles chez les anciens blessés du crâne, c'est la *lenteur d'évolution des processus organiques du cerveau*, qu'il s'agisse des réactions de la névroglie au pourtour des cicatrices ou des foyers de contusion ou de ramollissement traumatique, qu'il s'agisse des réactions infectieuses. Aussi ne peut-on jamais dire à l'avance si tel blessé en apparence guéri depuis des années ne deviendra pas un jour épileptique ou ne fera pas très tardivement un abcès du cerveau.

Dans quelles mesures peut-on prévenir les séquelles tardives ?

Il est indiscutable que les perfectionnements successifs apportés pendant la guerre au traitement immédiat des plaies cranio-cérébrales ont amélioré considérablement le pronostic éloigné de ces blessures. Mais il est de toute évidence que le traitement initial de la région traumatisée ne saurait influencer l'apparition de toutes les séquelles.

De toutes les complications tardives, ce sont les complications infectieuses qui ont le plus bénéficié de ces progrès. Le fait d'opérer le blessé le plus précocement possible, dès les premières heures, le soin que l'on a apporté à la désinfection de la plaie, à l'ablation immédiate des esquilles et des projectiles intra-cérébraux, *la suture primitive de la plaie cutanée*, ont permis de constater par la suite une proportion minime d'abcès cérébraux tardifs. Presque tous les cas d'abcès publiés, comme nous l'avons vu, concernent des sujets blessés durant les deux premières années de la guerre. Les abcès du cerveau sont devenus des raretés exceptionnelles chez les blessés des deux dernières années. **L'abcès du cerveau, complication redoutable s'il s'en fût, doit presque disparaître dans l'avenir, car il dépend avant tout, ou d'un traitement trop tardif ou d'un traitement imparfait de la plaie initiale.**

Pouvons-nous espérer par la thérapeutique rationnelle de la plaie initiale modifier l'apparition des autres séquelles ? Pour ce qui est des *troubles subjectifs*, nous n'avons rien a espérer ; sans doute, ceux-ci semblent-ils dépendre dans une certaine mesure de l'importance et de l'étendue des adhérences cérébro-méningées et des troubles de la circulation sanguine du cerveau ainsi que de la gêne apportée à la circulation et à l'élimination du liquide céphalo-rachidien qui peuvent en résulter ; sans doute chez certains sujets, l'étendue de la brèche de trépanation semble exposer plus particulièrement le blessé à l'action directe de certains agents extérieurs, tels que les rayons solaires et favoriser ainsi chez eux les troubles vaso-moteurs et par suite les crises d'hypertension passagère (Lecène et Bouttier). Nous ne croyons pas qu'on les influence beaucoup en s'astreignant à réduire au strict minimum les brèches de trépanation. Car nous savons par ailleurs que les troubles subjectifs semblent d'autant moins fréquents et d'autant moins accusés que la brèche de trépanation est plus large (Claude) et nous avons vu que la cranioplastie est sans action sur ce syndrome. Au surplus nous partageons la conviction que la plupart de ces troubles relèvent surtout, comme l'ont dit Lecène et Bouttier, d'un état commotionnel surajouté, état sur les lésions organiques duquel nous sommes sans action.

En est-il de même de l'*épilepsie* ? Nous ne le croyons pas. Nous croyons au contraire que bien des épilepsies traumatiques pourront être évitées dans l'avenir si on respecte certains principes fondamentaux dans le traitement de la plaie initiale. Il n'y a pas que le nettoyage complet de la plaie cranio-cérébrale qui soit à envisager, nettoyage qui, en prévenant l'infection, diminue par cela même les chances d'épilepsie tardive ; il y a aussi et *c'est fondamental*, la manière dont ce nettoyage est compris et effectué. Nous attachons une importance extrême au respect que l'on doit avoir pour ces cerveaux traumatisés, à la grande délicatesse que l'on doit apporter à l'ablation des parties cérébrales détruites et des corps étrangers inclus, afin d'éviter à tout prix d'exagérer la dilacération du cerveau ; à cet égard la méthode du nettoyage de la plaie par un simple courant de sérum chaud (De Martel) sous très faible pression suivie d'aspiration est une technique éminemment recommandable. Ce que nous savons de la tolérance remarquable des corps étrangers profonds du cerveau doit nous inciter à les respecter toutes les fois que leur abord sera malaisé et leur extraction trop pénible.

Le respect de pareils principes ne peut que diminuer sûrement les chances d'épilepsie tardive, bien que les documents soient trop pauvres pour nous fixer sur ce point. Cependant dans les observations d'épileptiques de guerre que nous avons pu consulter, nous sommes frappés par le nombre considérable d'épileptiques dont la blessure remonte aux deux premières années de la guerre, par le petit nombre de ceux qui ont été blessés dans les années 1917 et 1918. (Sur 70 cas de M. Wallon, nous en trouvons 56 dont la blessure remonte à 1914, 1915 ou 1916 et 14 cas seulement répondant à des blessés des années 1917 et 1918). La statistique de Lecène et Bouttier qui porte sur une vingtaine de blessés suivis depuis leur blessure, et pour la plupart depuis deux ans, ne fournit que 2 cas d'épilepsie et encore l'un de ces blessés seulement présentait-il des crises fréquentes.

Enfin un dernier point : *l'étude des séquelles, en particulier l'étude de l'épilepsie tardive et des troubles subjectifs, doit elle modifier nos conceptions thérapeutiques des plaies récentes du crâne quand la dure mère est intacte mais apparaît, violacée ou non, tendue et sans battements ?* Doit-on, dans le but de prévenir l'épilepsie tardive ou les troubles subjectifs, revenir sur le dogme du respect de la dure-mère dans ces cas ? C'est une question qu'il est encore, à notre avis, difficile de trancher,

étant donné le petit nombre d'observations suivies que l'on possède actuellement. Les faits rapportés par Villaret et Bailby donnent cependant à penser que les hématomes sous-duraux accroissent pour le blessé les chances d'aggravation tardive, qu'il s'agisse d'épilepsie ou surtout de troubles subjectifs. Leriche de même en 1921 a rapporté des faits qui montrent l'importance des hématomes intra-duraux et des foyers de contusion du cerveau sur l'apparition ultérieure de l'épilepsie.

Le principal argument qu'invoquent les partisans de la non ouverture de la dure-mère dans ces cas de blessure de la voûte avec intégrité des méninges c'est le danger d'infection. D'autre part les faits ont montré qu'au point de vue des résultats immédiats, les ponctions lombaires répétées semblaient donner d'aussi bons résultats que l'évacuation directe de l'hématome et cela avec une mortalité moindre. Il semble pourtant qu'on ait exagéré le danger d'infection. Tous les cas ne sont pas comparables à cet égard. Ce danger est nul dans les traumatismes fermés, et réduit au minimum dans les plaies récentes, vues dans les premières heures. D'autre part, comme l'a dit Leriche, ce n'est pas d'infection que mouraient la plupart de ces blessés dont on avait ouvert la dure-mère, mais bien du fait de l'importance des lésions de contusion cérébrale qui se cachaient souvent sous la dure-mère intacte. Il n'est pas douteux que la persistance d'un hématome sous la dure-mère favorise la production d'adhérences et de kystes méningés ainsi que la sclérose des circonvolutions sous-jacentes. Leriche, au cours d'opérations itératives, a pu constater que l'ouverture de la dure-mère et des méninges molles en milieu aseptique n'avait aucune gravité et ne laissait pour ainsi dire aucunes traces.

Aussi croyons-nous, comme Leriche, qu'il y a lieu d'en appeler de ce dogme du respect systématique de la dure-mère ; l'on doit être plus éclectique en présence d'un hématome intradural probable chez un blessé récent avec méninges intactes qu'on ne l'était jusqu'ici. Cette indication d'ouvrir la dure-mère ne se discute guère dans les traumatismes fermés. La seule réserve qui s'impose, c'est que des signes neurologiques précis soient décelables, qui commandent par eux-mêmes l'ouverture de la méninge. Il en est de même dans les traumatismes ouverts. Mais pour ceux-ci on devra tenir compte en même temps des caractères et de l'ancienneté de la blessure. Si la plaie cranienne est récente, datant de quelques heures, cette exploration intradurale nous semble légitime ; si la plaie est vue après la douzième heure, l'abstention systématique à l'égard de la dure-mère nous semble par contre s'imposer. Enfin le caractère même de la plaie cranienne doit sans doute intervenir dans la décision. Cette exploration intra-durale ne devra être pratiquée que si les lésions du cuir chevelu ne sont pas trop étendues et si la suture primitive de la plaie est rendue possible. *Avec les réserves susdite, nous croyons pouvoir conclure de l'étude des suites éloignées des traumatismes craniens, que dans les plaies récentes du crâne avec méninges intactes, l'incision de la dure-mère, pratiquée dans le but d'évacuer un hématome, peut trouver des indications dans certains cas déterminés.*

CONGRÈS D'UROLOGIE

Les rétrécissements de l'uretère.

Rapport de M. le professeur Joseph DUVERGEY, de Bordeaux.

Les rétrécissements urétéraux, peu étudiés le siècle dernier, sont maintenant à l'ordre du jour dans tous les pays.

Ils reconnaissent plusieurs origines :

a) *Le traumatisme, les sections chirurgicales; les opérations* portant sur le conduit urétéral, créant des cicatrices aboutissant à la sclérose rétractile.

b) *Les urétérites, les périurétérites* de nature si diverse tendant à la transformation scléreuse des parois enflammées et à la dégénérescence conjonctive du muscle. L'urétérite tuberculeuse est l'une des plus importantes.

c) La lithiase urétérale déterminant des éraillures et même des ulcérations profondes qui, en se cicatrisant, constituent autant de point de sténose.

d) Des dispositions *d'ordre congénital*, les unes qui ne sont que l'accentuation pathologique des rétrécissements physiologiques connus, les autres qui sont représentées par des plis, des valvules.

Il n'est pas rare que les sténoses urétérales soient d'origine *mixte* et relèvent de la combinaison de plusieurs facteurs. En tout cas, le facteur infectieux se surajoute le plus souvent aux lésions aseptiques à leur début.

Le rétrécissement urétéral peut être *étroit*, présentant une portion très nettement sténosée par une virole plus ou moins haute de tissu fibreux, et parfois difficilement franchissable par une sonde même filiforme ; il peut être *large*, caractérisé, dans ce cas, à la suite d'infections prolongées, par une sclérose des parois urétérales et la substitution à l'élément musculaire de tissu conjonctif, sans une diminution de la lumière du conduit.

Le rétrécissement large peut, comme pour l'urètre, devenir étroit à un moment de son évolution.

Les notions de physiologie pathologique sont indispensables pour comprendre les troubles profonds apportés à l'uretère par une sténose. Toute cicatrice, siégeant sur le trajet de l'uretère, tend à arrêter le rythme normal des ondes contractiles. Toute infection prolongée tend d'abord à paralyser le muscle urétéral, ensuite à déterminer sa dégénérescence.

Ces deux facteurs auxquels s'ajoute le plus important, la sténose, entraînent de la stase urinaire jusque dans les cavités des reins, pour aboutir après leur dilatation à l'infection du rein et à sa mort.

La symptomatologie des sténoses urétérales se confond habituellement avec celle des lésions rénales qui sont commandées par elles. Hydronéphrose, pyonéphrose, telle est la conséquence habituelle des sténoses urétérales. Cependant quelques signes fonctionnels leur sont particuliers : *la colique néphrétique sans résultat* survenant après absorption de liquides abondants et diurétiques mettant sous tension les cavités rénales et urétérales et comme corollaire de ce premier signe, l'épreuve de la *polyurie provoquée douloureuse.*

Au point de vue clinique, on peut décrire les cinq types suivants ;

a) *La latence* est la caractéristique des *sténoses qui tendent assez* rapidement à l'oblitération de l'uretère. Elles évoluent presque toujours vers l'atrophie du rein sans déterminer aucun symptôme. Les rétrécissements traumatiques et chirurgicaux entrent dans ce type clinique.

b) Les accidents de *suppuration rénale et de pyonéphrose* accompagnent les *sténoses consécutives à l'urétéro-pyélo-néphrite* se traduisant par de la fièvre, des troubles généraux et par des phénomènes douloureux du côté du rein. Ce sont les suppurations urinaires, en particulier chez les prostatiques, les rétrécis urétraux, les infectés chroniques de la vessie. Le rein tuméfié est particulièrement douloureux à certaines périodes de rétention avec poussées fébriles.

c) *Le type de l'hydronéphrose douloureuse intermittente* accompagne les rétrécissements congénitaux, les sténoses à évolution très lente.

d) *Le type de la sténose urétérale calculeuse* caractérisée par la combinaison des signes de lithiase et de ceux du rétrécissement.

e) *Le type de la sténose urétérale fistulisée* observée surtout à la suite de blessures operatoires de l'uretère, rarement dans la lithiase urétérale opérée. La fistule est presque toujours vaginale ou cervico-utérine et se traduit par l'écoulement constant d'urine le plus souvent infectée au travers de l'orifice fistuleux, par des poussées douloureuses successives accompagnées de fièvre, avec rétention septique dans le rein correspondant et suppression de l'écoulement urinaire par la fistule. Ces accès successifs de pyélo-néphrite avec rétention déterminent progressivement et assez rapidement la mort du rein atteint.

Le diagnostic se basera surtout sur les résultats du *cathétérisme urétéral bien fait* notamment avec la bougie exploratrice à boule de Pasteau et sur ceux fondamentaux de la *radiographie et de la radioscopie* qui seront pratiquées suivant certaines règles, dont la principale sera de ne pas troubler les conditions physiologiques du fonctionnement rénal.

Les complications des sténoses urétérales sont surtout rénales par les accidents de stase et d'infection qu'elles produisent ; *tout rétrécissement de l'uretère constitue un grave danger pour le rein.*

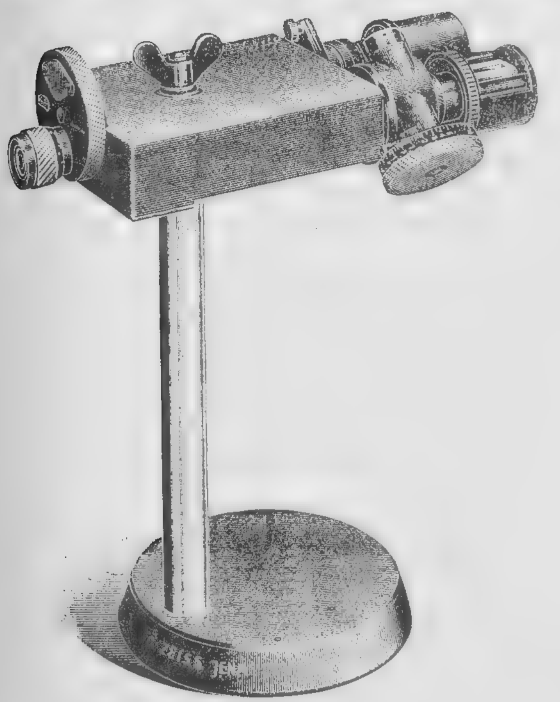
En présence d'un rétrécissement urétéral, l'indication est formelle : il faut agir aussitôt, car le rein est menacé gravement.

Le traitement des rétrécissements urétéraux sera *préventif, curatif ou palliatif.*

a) *préventif*, le chirurgien évitera les sténoses en cas de blessures du conduit par le souci qu'il apportera à l'exécution correcte de *l'urétérorraphie termino-terminale* qui doit être aussi minutieusement faite que les sutures vasculaires. Si l'uretère

CARL ZEISS JENA

PHOTOMÈTRE GRADUEL
ZEISS



Le Photomètre du Professeur PULFRICH, application pratique d'un principe récent de spectrophotométrie, permet la comparaison rapide et le dosage exact de l'Urobiline ou de tous pigments par colorimétrie. Un seul instrument réunissant trois usages : celui de photomètre graduel, de colorimètre et de néphélomètre. Maniement simple, construction robuste, mesures précises et rapides.

Photomètre graduel, avec support simple à employer dans la position horizontale et comprenant :
2 appareils pour l'examen de liquides, sans dispositif de chauffage — en étui,
2 cuves en verre de 30 mm.

L'instrument complet : ***Frs 4.600.***

MICROSCOPES,
SPECTROSCOPES,
POLARIMÈTRES, etc.

Imprimé " STUPHO " n° 259 et renseignements complémentaires sur demande adressée à la

SOCIÉTÉ OPTICA

18-20, Faubourg du Temple, 18-20

PARIS (XI)

Représentant de

CARL ZEISS JENA

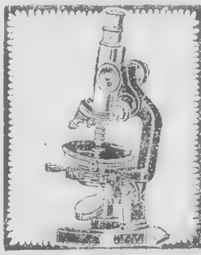
LAIT GALLIA



concentré sucré

Pur lait normand pour les enfants

CH. GERVAIS, 11, rue de Prony, **PARIS** (17e)



MICROSCOPES
ACCESSOIRES
MICROTOMES
NOUVEAUTÉS

Ets KRAUSS 18 RUE DE NAPLES PARIS

OUATAPLASME

du Docteur Ed. LANGLEBERT

Adopté par les ***Ministères*** *de la* ***Guerre,*** *de la* ***Marine*** *et des* ***Colonies.***

Pansement émollient, aseptique, instantané.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

Villa PENTHIÈVRE

SCEAUX (SEINE)
Téléphone 12

PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS

Directeur : Dr **H. REDDON** O. I.

Assistant : Dr **H. CODET**, ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

SPÉCIFIQUE
de l'Elément Douleur

CURATINE

CURATINE — Brunet & Cie — MARQUE DÉPOSÉE

Puissant Analgésique.
Innocuité absolue.
Action rapide.

Employée avec succès contre **Névralgies diverses, Douleurs menstruelles, Rhumatismes, Migraines.**

Echantillons sur demande.

Laboratoire BRUNET, 23, rue des Ecouffes - Paris (4e)

Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boite métal portant en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

est sectionné dans le voisinage de la vessie *l'implantation du bout rénal de la vessie* sera formellement indiquée.

b) *curatif.* L'urologiste aura à sa disposition surtout la méthode de la *dilatation progressive* avec lavages urétéraux au nitrate d'argent, méthode communément employée qui donne d'excellents résultats : *l'urétérotomie interne* dans les sténoses voisines du méat pratiquée avec une instrumentation analogue à celle en usage pour l'urétrotomie interne ; *l'urétérotomie externe* avec la libération des adhérences de péri-urétérite pour les rétrécissements infranchissables : les *néostomies*, en bas *l'urétéro-cystonéostomie* pour les sténoses basses, en haut la *pyélo-urétérostomie* pour les sténoses hautes ; la *néphrectomie* enfin quand le rein sera détruit et que son congénère sera sain.

c) *palliatif.* Si les deux uretères sont sténosés ou si les reins sont profondément altérés, il faudra le plus souvent, se contenter d'opérations de dérivation comme la *néphrostomie, l'urétérostomie* ou encore les *implantations du bout rénal de l'uretère dans la vessie et dans le rectum.*

Il faut espérer, dans l'avenir, qu'avec les progrès de la technique chirurgicale, les rétrécissements de l'uretère pourront être évités et traités en tout cas plus efficacement qu'ils ne le sont encore à l'époque actuelle.

CHRONIQUE

A propos de la méthode du Professeur Delmas. — Action thérapeutique de la lécithine. — Les douleurs lombaires. — Les aliments irradiés.

A propos de la méthode du Prof. Delmas. — Nous avons rapporté dans une précédente chronique les réserves formulées par le prof. Boquel à la méthode préconisée par le professeur Delmas. Voici une observation sur le même sujet qui intéressera, sans doute, nos lecteurs.

Une primipare de 20 ans, entre le 7 mars 1927, à l'hôpital Sadiki de Tunis pour une procidence du cordon datant de deux jours (1).

A l'entrée, on constate qu'il s'agit d'une grossesse d'environ huit mois et demi, avec hauteur utérine de 29 c/m et présentation céphalique et qu'il y a contracture utérine de par les signes suivants : rétraction de l'utérus sur le fœtus, contractions rares et brèves, pas de relâchement complet de la paroi entre les douleurs, pas d'engagement malgré un bassin normal. L'enfant est mort. Le col est déhiscent, mais a toute sa longueur.

L'état général est excellent et Scemla décide d'attendre parce que, dit-il, l'état de la femme n'inspire aucune inquiétude. Il envisage, quand la dilatation sera plus avancée, de pratiquer une basiotripsie et, pour venir à bout de la contracture, il fait une injection de morphine, qui améliore un peu l'état de contracture.

Mais, le lendemain, l'examen lui fait craindre la possibilité d'une présentation transversale : la tête tend à filer dans la fosse iliaque. La dilatation est un peu plus avancée : entre cinq francs et petite paume. Il décide d'intervenir et choisit l'anesthésie rachidienne.

Très rapidement, la douleur cesse et l'utérus se contracte énergiquement et reste en contracture entre les contractions, cependant que col et vagin sont absolument flasques.

Il essaye de pénétrer dans l'utérus : impossibilité absolue.

« Après plusieurs vaines tentatives, la rétraction généralisée du corps de l'utérus nous a paru un obstacle tellement sérieux à l'embryotomie, que nous jugeons plus prudent de renoncer momentanément à intervenir, malgré notre désir d'évacuer rapidement l'utérus de son œuf en voie d'infection. La malade est remise dans son lit et reçoit à une heure d'intervalle deux injections de 1 centig. de morphine, puis 4 gr. de chloral, en lavement.

C'est seulement dans la nuit que l'action de rachi-anesthésie, se dissipant et les hypnotiques aidant, la contracture si inquiétante diminue, et finit par céder. Entre temps, la malade accuse plusieurs frissons ; la fièvre monte à 39°8.

Le lendemain, 9 avril, nouvelle intervention. Anesthésie générale à l'éther cette fois. La dilatation du col est presque complète ; l'anneau de contraction a cédé, et ne gêne plus guère. Le fœtus est plus facilement accessible. On a atteint le cou sans difficulté. On passe le crochet de Braun, et l'on fait une décollation aux ciseaux. Extraction rapide et facile du tronc puis de la tête dernière qui baignent dans un liquide purulent d'odeur repoussante. Délivrance artificielle suivie d'injection intra-utérine au Dakin.

L'examen de l'arrière-faix montre qu'il s'agissait d'une insertion basse du placenta, ce qui explique la procidence du cordon et le défaut d'engagement de la tête chez cette primipare à bassin normal.

Les suites de couches furent fébriles. »

En résumé, avant la rachianesthésie dans ce cas, il y avait légère contracture : la rachianesthésie l'a transformé en grande contracture.

(1) Jules Scemla. — A propos d'un cas de rétraction utérine provoqué par la rachianesthésie au cours du travail. (*Revue Tunisienne des Sciences médicales*, juin 1928, p. 184.)

***

Action thérapeutique de la lécithine. — Magat a montré que les injections de lécithine provoquaient une augmentation notable du nombre des globules rouges. Albert Gronberg et Ake Lundberg, dans le service du professeur Holmgren, à Stockholm, viennent de préciser ce point. Pour cela, ils ont employé une émulsion injectable ainsi établie :

Lécithine	10
Glycérine	17
$CaCl^2 + KCl + NaCl + NA\,H\,CO^3$	0.6
Eau q. s. pour	100

Solution dont on injecte 5 gr. dans les veines (ou 1.5 gr. dans les muscles avec 1 % de novocaïne).

In vitro, cette solution augmente la résistance des globules à l'action d'une solution hypotonique ou d'une substance hémolysante (saponine, toxine du bothriocephalus latus).

In vivo, il y a augmentation nette du nombre des globules rouges. (Action de la lécithine sur le sang. *Acta medica Scandinavica*, 1928, t. LXIX, f. 1, p. 99).

***

Les douleurs lombaires. — Lorsqu'une femme se plaint de douleurs lombaires ou sacrées, la première idée du médecin est d'incriminer une maladie des organes génitaux internes, inflammation, congestion, vice de position. Et si, à la fois, la femme accuse ce symptôme et d'autres symptômes d'ordre gynécologique, le diagnostic ne lui semble plus faire aucun doute. Pour Rulle (de Leningrad), il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'appareil génital et les douleurs lombaires et sacrées : tout au plus, une maladie utérine ou annexielle et une douleur lombaire qui coexistent reconnaissent-elles, pour origine commune, une maladie générale dont elles constituent deux localisations (1).

Rulle cite quelques opinions à propos de ces douleurs : pour A. Muller, elles sont due à une contracture musculaire permanente ; pour Schroder, les maladies intrapelviennes et abdominales antérieures affaiblissent la tonicité de la paroi abdominale antérieure, d'où lordose, d'où contracture ; pour Niedermeyer, il faut voir là l'effet d'un pied plat coïncidant : Wagner pense qu'il y a paramétrite et inflammation consécutive des ligaments utérosacrés : d'après Michel, il faut, très souvent, penser à une affection urinaire concomitante, etc.

L'opinion de Rulle est la suivante : la cause directe la plus fréquente de ces douleurs est une altération pathologique locale de la musculature dorsale et du tissu cellulaire sous-cutané. Ces lésions locales sont aisément constatées à la palpation de la région lombaire.

Si d'autres affections (celles que nous venons d'indiquer) déterminent des douleurs lombaires, parfois ces douleurs dépendent, dans 60 à 75 p. 100 de cas, des phénomènes locaux auxquels il fait allusion.

Très souvent, on constate la présence de tophus, d'acide urique. Ce sont eux qu'il faut incriminer.

(1) Rulle. — Des douleurs lombaires et de leur traitement. (*Gyn. et Obst.*, 1928, t. XVIII)

Ces concrétions sont faciles à remarquer en décubitus ventral, quand les muscles dorsaux se détendent ou bien quand la malade se tient debout. On constates des boules dures, quelquefois très douloureuses, ayant leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les points de fixation des muscles dorsaux au bassin. Elles sont plus ou moins mobiles, situées superficiellement ou à une certaine profondeur. Il y a des cas où la palpation les décèle, et d'autres où elles sont difficiles à sentir au palper. Leur nombre ne peut pas être précisé. La localisation en est uni ou bilatérale. Les douleurs correspondent toujours au côté où elles sont situées. Parfois elles suivent parallèlement comme « un collier de perles » l'articulation sacro-iliaque.

Quelle est l'origine des tophus uriques ?

D'après Rulle, 92 p. 100 en sont d'origine goutteuse et 8 p. 100 d'origine thyréogène.

Rulle se fonde sur l'examen de 50 femmes. Le quart de ces femmes avait de la stérilité primaire (1) et un cinquième de la stérilité secondaire (2). Une si grande proportion de femmes stériles, avec des affections locales souvent légères lui semble permettre de conclure qu'il faut incriminer une maladie générale.

Au total 34 femmes n'avaient aucune lésion génitale (une avait une néphroptose), et 20 avaient :

annexite, 5 fois ;
kyste de l'ovaire, 1 fois ;
métro-endométritre, 1 fois ;
rétroflexion utérine avec annexite, 3 fois ;
rétroversion utérine, 2 fois ;
rétroversion utérine avec kyste de l'ovaire, 1 fois ;
rétroversion utérine et prolapsus du vagin, 1 fois ;
inflammation du ligament sacro-utérin, 1 fois ;
utérus infantile et kyste de l'ovaire du volume d'un œuf de poule, 1 fois ;
utérus infantile avec appendicite chronique, 1 fois ;
antéflexion utérine exagérée, 1 fois ;
absence du corps utérin consécutive à une amputation sus-vaginale, 1 fois.

Mais, même chez ces malades, on a constaté des tophi.

Dans 48 cas, un traitement dirigé contre la goutte a permis la guérison des troubles douloureux.

Deux malades seulement avaient eu des accès de goutte.

(1) Chez les 12 malades à stérilité primaire, on a constaté : 2 fois une dysthyroïdie, 1 fois une dysfonction ovarienne, 3 fois un utérus infantile, 1 fois un kyste de l'ovaire, 2 fois une rétro-flexion utérine, et 2 fois des processus inflammatoires à cause indéterminée.

(2) Chez ces 9 malades, on trouve : 1 fois, rétroversion utérine avec annexité ; 1 fois, antiflexion utérine exagérée ; 1 fois une métro-endométrite ; 6 fois les organes génitaux ne présentaient rien d'anormal.

∴

Les aliments irradiés. — Dans une récente chronique, j'ai indiqué que, parfois, les aliments irradiés n'étaient pas sans danger.

Voici que Reyher et Walkhoff (1) viennent de publier de nouvelles observations de troubles dus à un excès d'aliments irradiés : alors que des doses considérables de vitamines B et C n'ont aucune action pathogène. Les aliments irradiés exposent tout particulièrement à la sclérose cardiaque ou rénale.

Henri Vignes.

(1) Reyher et Walkhoff. — Action toxique du lait irradié et des substances irradiées. (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 22 juin 1928.)

BIBLIOGRAPHIE

L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale, par le Dr C. Jung. Traduit de l'allemand par le Dr Grandjean-Bavard. Un volume in-8° de la Bibliothèque scientifique : 18 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce traité de psychanalyse, d'une tenue très élevée, mais où abondent les exemples pratiques, complète et amplifie les données de Freud tout en reconnaissant d'autres mobiles encore à l'activité psychique. Très apprécié dans tous les pays de langue allemande, il le sera aussi en France, comme apportant un puissant secours aux psychiatres et aux éducateurs, une source précieuse de connaissances à tous ceux qu'intéresse le problème de la vie psychique.

L'autre « Moi », le « Moi » caché que Jung nous révèle dans notre inconscient, n'a rien pour nous charmer, étant le contraire absolu de celui que nous nous reconnaissons et que nous tentons de perfectionner. Quels sont les droits de cet autre « Moi » du royaume des ténèbres, et quels sont les dangers qu'il nous fait courir ? C'est ce que l'auteur explique par des exemples pathologiques très frappants et d'un caractère plutôt familier.

Sa théorie, très élevée par contre, et forcément beaucoup plus abstraite, tient compte de celles de Freud et d'Adler, mais elle les amplifie, les complète et arrive à les synthétiser. Une incursion dans l'Inconscient collectif nous révèle un monde phantasmagorique fait de tous les apports ancestraux et qui garde un secret pouvoir sur nos actes. — La psychanalyse de Jung rendra de signalés services aux médecins et aux éducateurs ; au simple lecteur, elle fournira d'amples sujets de réflexion.

Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs. Travaux du Kaiser Wilhelm Institut für Biologie (Berlin Dahlem). Publiés par O. Warburg. Traduits par E. Aubel et L. Genevois. 2 vol. in-16, de la nouvelle collection scientifique avec figures, ensemble : 30 fr. Librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris-VIe.

Cet ouvrage groupe les travaux sur les tumeurs du Kaiser Wilhelm Institut für Biologie, et quelques mémoires antérieurs. Leur lien commun est le problème des rapports entre le développement et les réactions chimiques capables de libérer de l'énergie.

Afin de compléter et d'expliquer les méthodes employées, quelques remarques techniques et quelques figures précèdent l'ensemble de l'ouvrage. Un pareil livre, où la description des méthodes prend beaucoup de place, sera utile à tous ceux qui font eux-mêmes des expériences dans le domaine de la physiologie cellulaire.

Thèbes, Karnac et Louxor, par Maurice Pillet. 1 volume in-8° (19 × 26) illustré de 124 gravures et 2 plans. Broché : 18 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

L'auteur nous fait parcourir le plus grand ensemble des ruines antiques de la vallée du Nil, le plus visité aussi, où chaque saison, abordent des milliers de visiteurs.

Edifices ruinés mais superbes encore, aperçus historiques, soleil éclatant, brûlant les pierres brisées et l'âcre poussière des siècles, sont tour à tour évoqués dans ce volume. En le feuilletant, le voyageur retrouvera quelques-unes des impressions qu'il ressentit là-bas et qu'une illustration abondante, particulièrement soignée, lui rendra vivante.

Pour celui qui ne connait pas encore l'Egypte, il sera comme une introduction à l'étude de la civilisation la plus brillante et la plus attachante des peuples de l'antiquité classique.

Ce n'est pas le *guide* ennuyeux, mais bien une agréable causerie, souvent nouvelle et instructive, où l'auteur nous accompagne parmi les monuments dont il assuma la conservation.

La Cathédrale de Dijon, par Vincent Flipo. 1 volume in-8° (20 × 13) 40 gravures et un plan. Broché 6 francs. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris-VIe.

Le voyageur qui visite Dijon est tout de suite attiré par la silhouette imposante de sa cathédrale, consacrée à la gloire de l'apôtre martyr de la Bourgogne, Saint-Bénigne. Mais il est frappé, dès l'abord, par l'aspect sévère du bâtiment qui paraît plutôt un monastère qu'une cathédrale.

La cathédrale de Dijon est en effet une très ancienne abbaye bénédictine qui a participé de très près à l'histoire de la Bourgogne. M. Flipo fait un exposé très clair de l'histoire du monument; puis il nous guide dans la visite de l'église, il nous explique ce qui fait son originalité architecturale ; il nous mène devant les œuvres d'art, tombeaux et statues.

Quarante illustrations toutes fort bien venues nous donnent les parties les plus caractéristiques de l'édifice et un plan en couleurs nous explique d'une façon saisissante tout l'historique du monument.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 41 LE NUMÉRO: 50 Centimes 13 OCTOBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Société Amicale des Médecins Alsaciens. — La prochaine réunion de cette Société, aura lieu, le samedi 10 novembre, à 20 heures, en un lieu qui sera indiqué ultérieurement. Elle sera présidée par Monsieur le Dr Oberkirch, député de Sélestat, sous-secrétaire d'Etat.

Les confrères de province y sont tout particulièrement invités et priés de vouloir bien envoyer leur adhésion, 9 rue d'Astorg, le plus tôt possible.

Portrait de Noguchi. — Nos lecteurs qui désireraient recevoir une notice consacrée à la mémoire de l'éminent homme de sciences japonais et une reproduction d'un portrait au crayon du Dr Noguchi, peuvent adresser les demandes à the Denver Chemical M. F. G. Company. 163, Varick Street à New-York (U. S. A.).

Don à l'Académie de médecine. — Par décret, l'Académie de médecine vient d'être autorisée à accepter la donation entre vifs qui lui est consentie par M. et Mme Georges Merzbach, d'une somme de 100.000 pour en employer les arrérages à la fondation d'un prix devant être décerné tous les deux ans à un travailleur ou à un groupe de collaborateurs poursuivant des recherches sur la tuberculose.

Ecoles de médecine de Marseille. — *Concours du clinicat.* — Ont été nommés :

Chef de clinique médicale (chaire de M. le professeur Boinet) : M. le Dr Turriès : adjoint : M. le Dr Isémein.

Chef de clinique médicale (chaire de M. le professeur Gaujoux) : M. le Dr Montagnier ; adjoint ; M. le Dr Félix Trabuc.

Chef de clinique neurologique : M. le Dr Albert Crémieux.

Chef de clinique médicale infantile : M. le Dr Perrimond ; adjoint : M. le Dr Poinso.

Chef de clinique des maladies de la première enfance : M. le Dr Georges Sesquès ; adjoint : Mlle Julie Cousin.

Chef de clinique urologique : M. le Dr Tristant ; adjoint : M. le Dr Ch. Labayville.

Chef de clinique gynécologique : M. le Dr Salen ; adjoint : M. le Dr J. Chosson.

VIe Congrès de stomatologie (Paris 1929). — Le prochain Congrès de stomatologie (VIe) se tiendra à Paris du 22 au 29 octobre 1929, à la Faculté de médecine, et à l'Ecole française de stomatologie.

Président : Dr Rousseau-Decelle ; vice-présidents : Dr Bozo, de Paris ; Dr Bacque, de Limoges : secrétaire-général : Dr Leclercq ; secrétaire-général adjoint : Dr Richard : trésorier : Dr Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport ;

1° Les septicémies d'origine bucco-dentaire, rapporteurs : MM. Thibault et Raison ,

2° Traitement chirurgical des infections du periapex, curettage et résection : résultats éloignés, rapporteur : M. Lacronique.

Une autre question sera mise en discussion : Prophylaxie de la carie dentaire.

Dans le but d'unifier et d'augmenter l'efficacité du travail du congrès, le comité d'organisation a décidé de demander aux congressistes d'orienter leurs communications autour des deux sujets faisant l'objet des rapports.

Toutefois pour ne pas écarter des travaux du congrès les sujets originaux déjà en cours de préparation, deux séances leur seront réservées.

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine pendant la durée du Congrès. Il sera également organisé une exposition relative à l'histoire de stomatologie.

La cotisation est fixée à 100 fr. ; les inscriptions sont reçues dès maintenant, par le trésorier, le Dr PSAUME, 60, rue de Rennes, compte de chèques postaux : Paris 923-76.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au secrétaire-général : Dr LECLERCQ, 9 bd. de la Madeleine, Paris, 1er, ou au secrétariat permanent du congrès salle Béclard, Faculté de médecine (A.D.R.M.), rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.

Hôpitaux de Lyon. — *Concours de l'internat.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Hurtin, MM. Guichard, Sassard, Barbé, Collomb, Rougier, Puthod, Boyer, Belly, Arnaud, Cuilleret (Fernand), Rivière, Aulagnier, Bisch, Dubois, Chapuy (Albert), Chanaleille, Martinet, Arnulf, Plauchu.

Internes provisoires ; MM. Anstett, Juvanon, Marmey, Mlle Delos, MM. Perron, Lévy, Mlle Thiébaud, MM. Duchamp, Palluel, Badinand, Modrin, Passa, Charpy, Pichat, Vial, Forge, Partensky, Martin (Etienne), Chapuis (André), Nodet, Dugois, Benoît, Blan, Dargent.

Médaille du Dr Le Noir. — La date à laquelle sera remise la médaille que les élèves et les amis du Dr Le Noir désirent lui offrir au moment où il quittera son service de l'hôpital Saint-Antoine n'est pas encore fixée, mais ce sera certainement à la fin de l'année.

La souscription ouverte pour lui offrir cette médaille, sera définitivement close le 25 octobre.

Les souscriptions seront reçues jusqu'à cette date par le Trésorier du comité : M. le Dr Georges Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6e.

L'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) — La 3e session annuelle du Conseil général de l'Association professionnelle internationale des médecins (A.P.I.M.) a eu lieu les 27, 28, 29 et 30 septembre à Paris. Sur vingt-six nations dont le groupement national professionnel est adhérent à l'A.P.I.M. 14 nations étaient effectivement représentées, comme membre du Conseil, par leur correspondant national habituel qui est, d'ordinaire, le président ou le secrétaire général du groupement professionnel national intéressé, présentant donc la compétence et l'autorité nécessaires.

Les questions à examiner en séance avaient toutes fait l'objet d'un rapport envoyé six semaines auparavant aux membres du Conseil. Les principaux rapports (il y en avait neuf en tout) portaient sur : l'Assurance-maladie, l'Institut national de coopération intellectuelle et l'A. P. I. M. ; les médecins spécialistes ; la liberté de prescription en médecine sociale ; la 11e session de la Conférence internationale du travail à Genève ; l'examen médical pour les conducteurs d'automobile, etc.

La question primordiale, à l'heure actuelle, de l'Assurance-maladie, prit deux jours entiers sur les quatre jours de la session. L'étude effectuée ainsi aboutit à une série de déclarations que l'on peut considérer comme la « Charte » internationale actuelle de la position, sur ce sujet, du corps médical mondial, au point de vue de la pratique journalière de la médecine. Il est bien entendu, en effet, par les statuts mêmes de l'A. P. I. M., que ce Groupement international ne s'occupe que des questions professionnelles, à l'exclusion de toute question d'ordre uniquement scientifique.

Un compte rendu détaillé de cette troisième session paraîtra, en novembre, dans la *Revue internationale de médecine professionnelle et sociale,* revue trimestrielle qui est l'organe officiel de l'A. P. I. M. Nous pourrons y revenir à cette époque, nous bornant, pour le moment, à ajouter que le siège social de l'A. P. I. M. est à Paris, 25, rue Louis-le-Grand, et que toute correspondance doit être envoyée à cette adresse, à son secrétaire général, le Dr Fernand DECOURT.

Nécrologie. — M. le Dr Léon CHAPOIS, ancien directeur de l'école de médecine de Besançon, décédé à Jonay (Jura) à l'âge de 78 ans. — M. le Dr LESPINASSE, médecin à Tanger, décédé accidentellement.



COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'appétit et les amers, (1)

Par le Professeur Maurice LOEPER.

Il n'est pas de manifestations physiologiques plus habituelles que la faim. Il n'en est guère dont le mécanisme soit aussi mal connu.

Des nombreuses explications posées, aucune n'est entièrement satisfaisante.

La faim ne saurait être conditionnée par la vacuité de l'estomac : les chiens et les lapins qui ont toujours l'estomac plein ont cependant de l'appétit.

On ne peut invoquer non plus la sécrétion du suc gastrique : l'estomac ne sécrète pas quand il est vide. C'est l'appétit qui fait affluer le suc gastrique, ce n'est pas la sécrétion gastrique qui donne la sensation d'appétit. Spalanzani avait bien reconnu une corrélation entre les deux phénomènes, mais il avait pris l'effet pour la cause. Et les expériences de Pawlow firent justice de son opinion comme aussi l'observation classique et en quelque sorte expérimentale de Beaumont.

On a dit que la faim était due à un tiraillement du foie par l'estomac vide. Si cette hypothèse traduit l'expression imagée populaire, elle n'a guère de valeur scientifique.

Force est bien d'en chercher la cause dans l'estomac lui-même. Je rappelle, sans m'y arrêter, l'explication confuse de Van Helmont qui semble faire intervenir une sténose temporaire du pylore. Il est possible qu'il s'agisse d'une turgescence de la muqueuse gastrique ; mais aucun examen direct n'a été pratiqué qui permette cette conclusion.

Admettons que la faim est la traduction d'un délabrement gastrique et cœliaque ; c'est une sensation complexe, globale, répercutée sur un centre bulbaire ou céphalique.

Mais ce que l'on sait bien, c'est qu'il est nécessaire d'avoir faim pour bien manger. Pawlow en a donné la preuve expérimentale : Si l'on pratique sur un chien l'opération du petit estomac, on met facilement en évidence l'existence d'un suc d'appétit. Le seul fait de présenter à l'animal, sans que, bien entendu, il la mastique ou l'avale, une substance alimentaire, provoque une sécrétion chlorhydropeptique analogue au suc gastrique normal. Par contre la vue d'une substance non alimentaire, qui ne lui rappelle aucun souvenir agréable, n'est suivie d'aucun effet. La faim fait donc sécréter l'estomac. Mais par quel procédé ? Il est hors de doute que c'est un mécanisme nerveux qui comporte un élément psychique et un élément réflexe ; c'est tout ce qu'on en peut dire.

L'appétit met donc l'estomac en état de commencer la digestion. Dès que le bol alimentaire est parvenu dans son intérieur, il a pour effet de prolonger l'acte sécrétoire et de déclancher l'acte moteur, c'est-à-dire les contractions musculaires dont l'aboutissement va être l'ouverture du pylore et l'évacuation du chyme dans le duodénum. Il y a là une véritable synergie, dont on a pu pénétrer le mécanisme : le relâchement pylorique ne survient que lorsque la concentration moléculaire du bol alimentaire est devenue égale à celle du milieu gastrique. De même le sphincter pylorique ne s'ouvre qu'à une température adéquate : liquides chauds ou froids doivent préalablement se refroidir ou se réchauffer pour atteindre le degré optimum.

De ces constatations physiologiques, la thérapeutique devra tenir compte : les médicaments en solution trop concentrée, les liquides froids, risquent d'être mal supportés par l'estomac et d'autant plus mal que celui-ci est plus pathologique.

On risquerait de ne pas accorder à la faim toute importance si l'on ne considérait que son retentissement gastrique. Elle a des conséquences plus lointaines : la sécrétion chlorhydrique est l'élément indispensable qui provoquera en passant dans le duodénum la formation de sécrétine : celle-ci entraînera à son tour et successivement la chasse biliaire, l'afflux du suc pancréatique, les contractions du grêle et du gros intestin. Qu'on me passe cette comparaison : l'estomac n'est que l'agent d'un central téléphonique qui transmet à tous les étages sécrétoires et moteurs de l'appareil digestif l'ordre de fonctionnement et assure leur *synergie harmonieuse.*

Que survienne à son niveau un dérèglement, tous les organes auxquels il préside en subiront la répercussion. Tout autant que l'examen clinique du malade, le tubage gastrique et duodénal, la radiologie seront indispensables pour en déceler l'origine.

Il y a plus. Par les modifications intrinsèques de sa sécrétion, par les troubles secondaires que peut entraîner la viciation de son fonctionnement, l'estomac peut retentir sur l'organisme entier : il n'est pas d'affection gastrique qui ne dérègle l'équilibre cellulaire, la tension artérielle, la minéralisation, qui ne puisse provoquer des rétentions fermentaires, voire même les modifications du pH sanguin et de la résere alcaline. Toutes ces variations sont la source, chez les gastropathes, d'un nombre considérable de symptômes subjectifs qu'on néglige trop souvent. N'en pas tenir compte et ne soigner que l'état gastrique serait une grosse erreur et un gros oubli.

* * *

Appétit est presque synonyme de faim ; c'est plus exactement la sensation qui fait qu'un aliment ou un repas paraît désirable ou fait envie. Sensation variable suivant les individus, élective chez certains. L'appétit, est comme la faim, fonction de l'habitude, mais aussi du mode de préparation des aliments. Il faut donc manger à des heures *régulières* des aliments bien préparés. L'examen radioscopique m'a permis de constater le bien fondé de cette notion vieille comme le monde : une bouillie barytée peut séjourner trois et quatre heures dans un estomac normal. Lorsqu'on y mélange une substance sapide, le même estomac évacue en deux heures.

J'ai dit dans une leçon précédente l'influence de la mastication : les aliments bien divisés provoquent une sécrétion gastrique homogène et régulière. La nature même de la substance ingérée influe sur la qualité de la sécrétion : on a précisé, hiérarchisé presque la valeur excito-sécrétoire des différents aliments.

Le même facteur, comme il résulte des recherches que j'ai poursuivies avec Marchal, fait aussi varier l'intensité de la leucopédèse qui est un adjuvant de la sécrétion chlorhydropeptique.

Voilà donc résumés les éléments qui conditionnent la physiologie de l'appétit. Contre ses défaillances, la thérapeutique possède deux groupes de médicaments : les amers et les solutions salines excitantes.

* * *

(1) Leçon recueillie par le Dr Lemaire.

Les *amers*, considérés autrefois comme très importants, sont un peu négligés actuellement. Les uns ont une action surtout secrétoire, les autres surtout motrice. En fait, cette action est souvent double et mieux vaut classer les amers d'après leur nature plutôt que d'après leurs propriétés pharmacodynamiques.

L'amer est, comme l'enseignent tous les livres, une substance de goût amer. Il est classique de distinguer les amers vrais, tels la gentiane le colombo ; les amers astringents parmi lesquels le quinquina et le condurango sont les plus connus ; les amers aromatiques qui groupent l'absinthe, l'angusture le houblon ; et les amers qui sont doués par surcroît de propriétés purgatives. Voici, résumée dans le tableau suivant, leur posologie respective :

	Poudre	Extrait	Vin	Teinture
Gentiane (Racine)	0,20 à 1 gr.	0,10 à 0,50	30 gr.	XXX à L gttes
Colombo (Racine)	0,20 à 0,50	0,10 à 0,50	30 gr.	XX à XXX gttes
Quassia.	0,20 à 0 50	0,05 à 0,30	30 gr.	XXV à XL gttes
Quassine amorphe				2 centigr.
Quassine cristallisée				1 milligr.

L'action des *amers* prête encore à discussion, Pawlow prétend qu'elle est d'ordre indirect. Le contact de l'amer et de la muqueuse buccale engendre un réflexe qui se répercute à l'estomac par l'intermédiaire du X et provoque la sécrétion. Il serait inutile de le déglutir. Pourtant, par sa seule présence dans l'estomac, l'amer est capable d'entraîner un afflux de suc, comme le fait tout liquide ingéré, à plus forte raison si ce liquide contient de l'alcool. Un des plus intéressants parmi les amers est le quassia dont l'action est à la fois secrétoire et motrice et semble même s'étendre à d'autres appareils musculaires lisses, tels l'utérus. Qu'il soit simplement mis en contact avec la muqueuse buccale ou dégluti, le quassia provoque une sécrétion gastrique. Déposé directement dans l'estomac par tubage, il agit, comme le prouvent de nombreux dosages que j'ai pu faire.

Je crois donc que, si un mécanisme réflexe peut être invoqué, le rôle du contact direct ne saurait être nié et les choses se passent avec le quassia comme avec n'importe quel aliment. J'ai de plus vérifié, avec Marchal, que cet amer est un leucopédétique puissant : son absorption fait passer le nombre des leucocytes de l'estomac de 500 à 2.000 par m. m. c, ce qui représente pour tout l'estomac le chiffre de 90 millions d'éléments blancs, Tous les amers sont loin d'avoir la même action : le quassia est plus excito-sécrétoire que la gentiane, le colombo est plus leucopédétique. Qu'on prescrive poudre, extrait, vin ou teinture, tous se donnent à peu près aux mêmes doses. Quant à la quassine qui représente le principe actif du quassia : amorphe, elle s'emploie, à la dose de 2 centigr. ; cristallisée, à la dose de 1 mgr.

Les *amers astringents* sont ceux dont la saveur est analogue à celle du tanin. Le quinquina et le condurango sont les plus typiques des amers astringents. Il est surprenant de voir jusqu'à quel point on a pu discuter au sujet du quinquina, pour savoir si on devait le ranger parmi les amers. Il suffit d'y goûter, et d'apprécier la sensation d'amertume qu'il détermine pour en être convaincu.

Le quinquina est rarement utilisé comme eupeptique : c'est pratiquement toujours comme apéritif qu'il s'emploie.

La poudre d'écorce de quinquina rouge ou jaune, la teinture sont les préparations courantes. Le vin très répandu, à l'inconvénient d'être irritant pour l'estomac.

Le condurango très vanté par les Allemands, même dans le cancer gastrique, est tout au plus un analgésique mais il est surtout un amer. Il doit ses propriétés excito-secrétoires à un mélange de plusieurs glucosides mal connus dont le principal est la condurangine.

Voici leur posologie respective :

	Poudre	Extrait	Vin	Teinture
Quinquina.. Écorce	1 à 5 gr.	1 à 3 gr.	20 gr.	L gttes
Condurango.	1 à 3 gr.			X à XX gttes

Parmi les *amers aromatiques*, les uns sont agréables, d'autres, comme le houblon, le sont moins.

L'eau de houblon est volontiers prescrite par certains médecins : c'est un eupeptique assez puissant. On formule par exemple 5 à 10 gr. de fleurs de houblon pour un litre d'eau en infusion. L'extrait est aussi employé, à la dose de 0.20 à 0.60. Le « lupulin » n'est que la poudre de fleurs de houblon. Il a les mêmes propriétés mais à son action eupeptique s'ajoute une action sédative : 2 grammes par 24 heures est la dose courante. Les feuilles d'absinthe, l'écorce de cascarille, d'angusture s'emploient à des doses voisines qu'on trouvera ci-dessous.

	Poudre	Extrait	Teinture
Absinthe........... feuilles	0,50 à 1	1 à 2	XXX gttes
Cascarille.......... écorce	1 à 2	1 à 2	XXX gttes
Angusture..........	0,50 à 1	0,50 à 1	peu usitée

Il va sans dire que le médicament peut aussi être administré en infusion à 5 ou 10 gr. de poudre pour mille.

La noix vomique et la fève de St-Ignace méritent une place particulière. Elles rentrent dans le groupe des amers bien que leur classification pharmacodynamique ait suscité les mêmes discussions que le quinquina. Toutes deux contiennent deux alcaloïdes : la strychnine et la brucine. Seule la strychnine est employée sous forme de sulfate. La dose journalière est de 1 à 5 milligrammes, qu'on administrera soit en granules de 1 mgr., soit en solution à raison d'une cuiller à café :

Sulfate de strychnine................	un centigr.
Eau......................................	90 gr.

La strychnine est un excitant des centres réflexes bulbo-médullaires et du grand sympathique. Comme tel, elle agit non seulement sur la sécrétion gastrique, mais encore sur les fibres lisses de l'estomac, de l'intestin et des vaisseaux : c'est à la fois un médicament excito-secrétoire et un stimulant de la motricité gastro-intestinale. Ces propriétés en font le type des amers nervins : j'admets volontiers cette conception, mais je ferai remarquer que le condurango rentre aussi dans cette catégorie.

Pourtant la strychnine et ses sels, en tant qu'excito-moteurs de l'estomac, paraissent inférieurs aux préparations de noix vomique ou de fève de St-Ignace. La noix vomique est la semence de Strychnos nux vomica, plante de la famille des Loganiacées. Voici les différentes préparations auxquelles on peut recourir en thérapeutique digestive :

La poudre (qui doit contenir 2.50 % d'alcaloïde) s'administre à la dose de 0.01 à 0.15 en cachets ou pilules, la teinture à la dose de 0.50, ce qui correspond à 1 mmgr. de strychnine ; l'extrait alcoolique sec à la dose de 0.01 à 0.05 en pilules ou potion.

La fève de St-Ignace connut une célébrité qu'elle a perdue maintenant. On n'utilise que la semence de strychnos Ignacii qui appartient à la même famille que la noix vomique. Plus active cependant, elle s'emploie à dose

moitié moindres. La seule préparation qui ait conservé quelque vogue est connue sous le nom de gouttes amères de Beaumé, pharmacien célèbre de la rue des Lombards. La formule en a peu varié depuis 1750 dans laquelle l'inventeur associait en parties égales la suie et le carbonate de potasse. On prescrit X à XX gouttes deux fois par jour d'une solution ainsi préparée :

Fève de St-Ignace	200	gr.
Carbonate de potasse	5	gr.
Suie	1	gr.
Alcool à 70°	1	litre.

Les *amers purgatifs* représentés par l'aloès et la rhubarbe sont peu employés.

La rhubarbe n'est guère eupeptique, elle est plutôt purgative et j'aurai à en parler dans une leçon prochaine. Elle a une action irritante sur l'estomac et l'intestin.

L'aloès est un eupeptique que nos ancêtres ont depuis longtemps préconisé. Associé à la rhubarbe, au gingembre, à la myrrhe, à la cannelle et à la muscade, il entrait dans la composition de l'hiéra picra de Galien, qui fut à un moment donné la panacée universelle.

L'élixir de Garus en contient ainsi que du safran, de la girofle, de la noix muscade. C'est d'ailleurs un excellent apéritif que découvrit Garus au 18e siècle et dont l'exploitation fut longtemps poursuivie par sa veuve. Purgatif par l'aloès, excitant de la muqueuse par la cannelle et la muscade, il corrige par le sucre qu'il contient l'action irritante de l'alcool.

Pour résumer l'action des amers, je rapporterai le résultat des recherches expérimentales que j'ai poursuivies avec Marchal. Leur rôle en tant qu'excitant de la sécrétion chimique est modéré. Le maximum de la chlorhydrie apparaît entre la 30e et la 45e minute et s'abaisse très vite. Le mécanisme de la sécrétion qu'ils provoquent n'est pas que psychique : les solutions d'amers administrées par tubage excitent également la muqueuse. Il faut donc leur reconnaître deux influences, l'une indirecte reflexe, l'autre directe par irritation.

Ils agissent encore en augmentant la *leucopédèse* : il semble que l'alcool ait un rôle peu important, la quantité ingérée influe plus nettement sur le nombre de leucocytes. Mais c'est la qualité du médicament qui importe au plus haut chef, puisque la gentiane et la noix vomique ne fournissent que des resultats infimes, alors que le quassia et le colombo donnent lieu à des réactions assez intenses. De plus le degré de la dilution intervient, en ce sens que, plus il est élevé, plus lente mais plus durable est la leucopédèse.

A défaut des amers, différentes solutions excitantes peuvent être utilises comme médicament de l'appétit.

Le vinaigre, le citron et différents autres acides faibles étaient de longue date conseillés aux anorexiques. Marc-Aurèle, d'après Galien, recommandait l'usage d'un mélange de vin de Sabine et de vinaigre. Les solutions salines sont moins novices et plus efficaces. Je vais en dire quelques mots.

***

On a prétendu qu'en solution concentrée, tous les *sels* étaient inhibiteurs de la sécrétion gastrique ; tandis qu'à des dilutions voisines de l'isotonie, ils se montraient excitants. En fait, il s'agit là d'une loi qui règle le mécanisme des fonctions sécrétoires et évacuatrices de l'estomac. Rothe et Strauss montraient en 1895 l'existence d'une sécrétion gastrique de dilution, se comportant comme un mécanisme régulateur et bien distincte de la secrétion chlorydropeptique. Carnot et Chassevant, en 1905, analysant les modifications subies dans l'estomac et le duodénum par les solutions salines de concentration moléculaire variable, montrent qu'une solution hypotonique tend vers l'isotonie et subit un certain retard d'évacuation. Pour les solutions hypertoniques, le passage pylorique se fait avec un retard proportionnel à la concentration moléculaire et l'isotonie est atteinte grâce à un double phénomène compensateur : secrétion de dilution et absorption du sel par la muqueuse.

Moi-même, en collaboration avec Esmonet, puis avec Thinh, ai précisé l'influence de la concentration moléculaire sur chacune des grandes fonctions de l'estomac et sur leur synergie.

Avant d'exercer ses fonctions, l'estomac règle son travail en diluant le bol alimentaire jusqu'à ce que son équilibre osmotique se trouve rétabli. Le Δ régulateur est de 0°38. C'est parce qu'elles répondent à cette concentration moléculaire que les différentes solutions solutions salines de Mathieu, Hayem, Bourget ont une action si manifeste. Elles sont encore appelées dialytiques par Carnot pour bien mettre en évidence cette propriété qu'elles ont de favoriser les échanges. Voici leurs formules respectives :

Mathieu :	Sulfate de soude	6	
	Chlorure de sodium	1	‰
	Bicarbonate de soude	4	
Hayem :	Chlorure de magnésium	2.50	
	Chlorure de sodium	2.50	‰
	Bicarbonate de soude	2	
Bourget :	Sulfate de soude	2	
	Phosphate de soude	4	‰
	Bicarbonate de soude	6	

L'eau de Carlsbad naturelle ou artificielle, a une composition très voisine de la formule de Mathieu.

Sulfate de soude	3	
Chlorure de sodium	1	‰
Bicarbonate de soude	2.50	

Les formules de Mathieu et Hayem furent d'ailleurs connues avant celle de Bourget. J'insiste sur le chlorure de magnésium utilisé par Hayem : il a une action sur le muscle gastrique et intestinal, et comme tel trouve son indication dans les dyspepsies hypotoniques.

Il est un des éléments de l'Eau de Châtel-Guyon et de Kiessingen.

Tels sont les moyens que vous pouvez mettre en œuvre pour exciter l'appétit. Leur emploi est souvent efficace, mais ne doit pas, sous peine d'irritation de la muqueuse ou simplement d'accoutumance, être trop longtemps prolongé. Nous verrons ultérieurement quels sont, quand les amers échouent, les médicaments supplémentaires de la sécrétion gastrique.

Le service médical obligatoire en Turquie. — Le nombre des médecins en Turquie est insuffisant pour les besoins de la population, surtout dans les vilayets orientaux. Pour remédier en partie à cette pénurie, une loi fut promulguée en 1923 contraignant tous les médecins nouvellement diplômés à exercer pendant deux ans dans une localité des régions de l'Est désignée par tirage au sort ; les médecins qui avaient fait leurs études comme boursiers de l'Etat devaient trois ans de service au lieu de deux ; seuls pouvaient être envoyés dans des régions moins éloignées et plus salubres, les jeunes médecins ayant à faire valoir des raisons de santé dument contrôlées. Grâce à cette mesure, des pays qui n'avaient jamais vu de médecin en furent gratifiés, les maladies transmissibles se raréfièrent, la mortalité des mères et des enfants ainsi que la mortalité générale s'abaissèrent (*Marseille Médical*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notions génerales concernant les amputations des membres

I. Les procédés opératoires et les opérations cliniques

II. Les moignons d'amputations, normaux et pathologiques. Leur appareillage.

Par L. PLISSON
Professeur au Val-de-Grâce.

I. Les procédés opératoires et les opérations cliniques.

I. Définition et conditions générales à remplir.

II. Comment amputer ? Procédes opératoires.

1) Nécessité de tailler des lambeaux ;
2) Longueur des lambeaux ;
3) Forme des lambeaux :
 Méthode circulaire ;
 Méthode ovalaire ;
 Méthode elliptique ;
 Méthode à lambeaux ;
4) Constitution des lambeaux ;
5) Amputations à section plane ;
6) Du choix dans l'emploi des différentes méthodes d'amputations.

III. Où et comment amputer ?

HAUTEUR D'AMPUTATION :
a) Considérations d'ordre orthopédique et fonctionnel ;
b) Considérations d'ordre clinique ;
c) Indications opératoires :
1) Les types cliniques d'amputation ;
2) Les lésions :
 a) Tumeurs des os et des parties molles ;
 b) Infections primitives ;
 c) Traumatismes et infections post-traumatiques ;
3) Opérations cliniques :
 a) Amputations immédiates ;
 b) Amputations secondaires précoces ;
 c) Amputations secondaires tardives ;
 d) Amputations tardives ou tertiaires.

I. Définition et conditions générales à remplir.

L'amputation d'un membre dans la continuité est une opération qui a pour but de supprimer définitivement une partie plus ou moins grande de la portion distale de ce membre, en sectionnant transversalement son fût osseux à la *hauteur déterminée par le type d'amputation choisi* et en ménageant autour de cette section osseuse une certaine quantité de *parties molles* en vue de constituer une *couverture à la tranche de section* du membre, dont l'extrémité cicatrisée constituera le *moignon d'amputation.*

La partie du membre ainsi *sacrifiée sera remplacée,* tout au moins *suppléée* plus ou moins complètement par une *adaptation fonctionnelle nouvelle* ou par un *appareil prothétique* approprié.

Cette définition un peu longue comprend les éléments principaux d'une étude générale des amputations, à savoir :

1° La manière de procéder pour réaliser. dans une amputation quelconque, une bonne couverture de la tranche de section (discussion des procédés opératoires, taille des lambeaux).

2° Les qualités que doit présenter un bon moignon et les causes qui déterminent les mauvais moignons (moignons pathologiques).

3° La recherche pour chaque segment de membre de la hauteur la plus favorable à l'amputation, et du procédé électif à utiliser à ce niveau.

4° L'étude du moment le plus favorable à l'amputation.

5° Les règles générales et l'appareillage des amputés.

Comment, où, quand amputer ? Tels sont les trois problèmes que doit se poser le clinicien. Ces trois termes sont souvent inséparables dans l'esprit du chirurgien, car suivant le temps où l'opération sera pratiquée, suivant la hauteur à laquelle elle sera faite par rapport aux lésions, la méthode opératoire pourra varier.

Il convient donc d'abord de donner des règles théoriques et d'essayer de les concilier avec les cas cliniques qui se présentent généralement.

***

II. Comment amputer ?

Procédés opératoires.

1) Nécessité de tailler des lambeaux.

Prenez un membre congelé et sectionnez-le circulairement ; la tranche de section sera une surface irrégulièrement circulaire dont *la couverture minima devrait être représentée par une surface de parties molles au moins égale à celle de la circonférence ainsi tracée.*

En admettant que vous preniez ces parties molles tout autour de la périphérie de la section, pour les amener au centre (procédé circulaire) il faudra que leur longueur soit taillée au moins un rayon (1 R) plus bas que la section osseuse.

Mais, prenez maintenant un membre vivant, et pratiquez la même opération. Les parties molles ne restent pas toutes à la même hauteur par rapport à la tranche de section osseuse ; elles remontent grâce à l'élasticité des tissus vers la racine du membre, *elles se rétractent.*

Leur rétraction varie avec leur composition tissulaire et leur agencement

A ce point de vue, vous devez considérer le membre comme formé d'un axe osseux dont le point de section détermine la hauteur de l'amputation. Autour de lui, se trouvent des *muscles adhérents* grâce à leurs insertions sur l'os et *dont la rétraction sera à peu près nulle.* Plus superficiellement, courent des *muscles longs libres et qui se rétracteront beaucoup après section.* Enfin, au-dessus, l'aponévrose superficielle, le tissu cellulaire et *la peau* dont vous connaissez l'élasticité et qui *remontera encore plus haut* au-dessus de la section musculaire et osseuse.

Donc, si vous pratiquez une *section primitivement circulaire* sur un membre et sur un même plan depuis la peau jusqu'à l'os (amputation dite en saucisson ou à section plane) quand l'amputation sera terminée, et la rétraction opérée, vous aurez non pas une section plane comme lorsque le membre était congelé, mais un cône dont le sommet sera représenté par la section osseuse et la base par la section cutanée, en raison de la *rétraction progressivement croissante des tissus du centre à la périphérie.* C'est toute cette surface qu'il convient de recouvrir par des lambeaux appropriés.

Mais, cette *rétraction primitive des tissus se manifeste aussi sur les lambeaux.* Elle vous obligera par conséquent à *les tailler plus longs que la surface à recouvrir* si vous voulez qu'après leur rétraction ils aient une longueur suffisante pour recouvrir la surface cruentée et s'accoler par leurs bords sans tiraillements après suture.

Cette rétraction primitive des lambeaux est évaluée environ au 1/3 de leur longueur.

2) Longueur des lambeaux.

Donc, *théoriquement*, en ne tenant compte que de *la rétraction primitive des lambeaux* ; pour recouvrir une tranche de section d'amputation avec le minimum de parties molles, et en supposant l'étoffe prise également sur toute la péripherie du membre (procédé circulaire, le plus économique) les parties molles seront taillées théoriquement à une distance minima d'un rayon plus un tiers de rayon plus bas que le point où portera la section osseuse.

Mais, ce n'est là qu'un minimum pratiquement insuffisant, car il faut tenir compte de la *rétraction secondaire des lambeaux* qui peut suivant les circonstances les tirer très loin en arrière. (Désunion, infection, suture partielle, etc.)

Cette rétraction secondaire variable suivant les circonstances, peut être évaluée au 1/3 ou aux 2/3 de la longueur des lambeaux taillés et déjà primitivement rétactés du fait de leur propre élasticité.

En conséquence, dans la pratique, lorsqu'il s'agit de recouvrir une surface de section d'amputation par le *procédé circulaire* qui emprunte la couverture à toute la périphérie de la portion terminale du membre restant, il faut tailler l'incision circulaire de la peau à la distance suivante du point de section osseuse.

1° Longueur théorique, 1 rayon.

2° Rétraction primitive, 1/3 de rayon.

3° Rétraction secondaire possible, 1/3 ou 2/3 de rayon.

En taillant large, il faut donc dans le procédé circulaire faire passer la section cutanée à 2 rayons ou un diamètre du membre mesuré à partir du point de section osseuse et ne pas descendre au-dessous d'une longueur égale à un rayon plus deux tiers de rayon.

S'il s'agit *d'amputations à lambeaux égaux ou inégaux* (en général au nombre de deux) *l'ensemble des deux lambeaux* doit évidemment aussi mesurer la même longueur que celle qui est laissée par la dissection d'une manchette circulaire c'est-à-dire 2 R + 2 R égale 4 R ou 2 diamètres.

Les conditions cliniques qui permettent actuellement d'éviter souvent la rétraction secondaire énorme qu'on voyait à la période pré-antiseptique permettent aussi de réduire un peu cette longueur théorique des lambeaux et l'on admet que les lambeaux sont suffisamment étoffés quand leur somme est égale à un diamètre et demi (1 D 1/2) du membre ; c'est-à-dire à trois rayons (3 R).

3° Forme des lambeaux.

D'après la forme donnée aux lambeaux on divise les méthodes d'amputation en :

Méthode circulaire.
Méthode ovalaire
Méthode elliptique
Méthode à lambeaux (Farabeuf.

A) Méthode circulaire. — (a) Elle consiste à tailler circulairement en trois temps et à différentes longueurs, les parties molles perpendiculairement à l'axe du membre, la peau étant incisée à un diamètre moyen (1) au-dessous de la future section osseuse.

L'économie réalisée par l'emploi de la méthode circulaire permet souvent d'allonger le lambeau et de tailler plus largement dans l'étoffe (amputation du bras au 1/3 moyen).

b) Le circulaire peut être plus ou moins *incliné* sur un des côtés du membre, la partie déclive du cercle étant placée sur le point de la périphérie du membre qui subit la plus grande rétraction ou dont la composition tissulaire est plus favorable à la confection du moignon. Par exemple, dans l'amputation de cuisse au 1/3 inférieur, on taille un circulaire incliné en dedans à cause de la rétraction des muscles longs de la face interne de la cuisse. De même, dans la désarticulation du genou, on fait un circulaire incliné en avant en raison de la solidité de la peau de la face antérieure).

c) On peut ajouter au circulaire une fente de dégagement (*circulaire avec fente*). Tel est le circulaire de la cuisse à la partie moyenne avec fente externe. Cette fente est en effet nécessaire quand on veut appliquer la méthode circulaire à un segment du membre tronc-conique afin de permettre de relever facilement les parties molles jusqu'au niveau de la section osseuse.

B) Méthode ovalaire. — Si on abrase les oreilles formées par l'addition de la fente au tracé circulaire, on pratique sans augmenter la longueur du lambeau la *méthode ovalaire ou en raquette* (désarticulation des doigts, désarticulation de la hanche) par le procédé de Verneuil en raquette à queue antérieure, ou par le procédé Perrin en raquette à queue externe, etc.

C) Procédé elliptique. — Si l'on incline le circulaire au point de placer un de ses bords au niveau de la section osseuse et qu'on l'allonge pour transformer le cercle en une ellipse dont le point déclive sera à trois rayons du point proximal, on aura ainsi un lambeau unique taillé par *le procédé elliptique* cher à Baudens (désarticulation du coude par le procédé d'Ollier).

D) Méthodes a lambeaux. — Le procédé elliptique est en réalité une méthode à un seul lambeau.

a) On peut le modifier et le transformer en une méthode type *à un seul lambeau* en taillant à pic un demi-circulaire au niveau de la section osseuse sur une demi-circonférence du membre, et en taillant sur l'autre demi-circonférence opposée, un lambeau dont la longueur sera de 3 rayons (désarticulation de la 2e phalange du pouce, amputation de jambe par le procédé à lambeau externe de Farabeuf), etc.).

b) Si l'on pratique un circulaire, et qu'on y joigne deux fentes latérales symétriques on réalise le principe *de la méthode à deux lambeaux égaux*, Comme les lambeaux carrés sont lourds et s'adaptent mal, on arrondit leurs angles en les taillant « ni ronds ni pointus, mais de forme demi-circulaire » (Mignon). Telle est, par exemple, l'amputation de la cuisse au 1/3 moyen.

c) *Les fentes latérales peuvent commencer au niveau de la hauteur de la section osseuse.* On taille ainsi des lambeaux très faciles à relever ; mais, quand l'os effleure un des angles séparant les deux lambeaux, il risque d'y faire saillie (avant-bras). C'est pourquoi on peut se contenter de tailler *des lambeaux en ne faisant partir les fentes latérales qu'à mi-hauteur des lambeaux de façon à laisser l'os bien recouvert.* C'est la réalisation *du procédé mixte de Sédillot*, plus difficile à réaliser et qui nécessite après la relève des lambeaux, la rétraction en masse de ceux-ci suivie d'une recoupe des muscles profonds.

Mais ce procédé a le grand avantage de laisser les surfaces de section osseuses profondément enfoncées sous

(1) On donne le nom de *diamètre moyen du membre*, à la longueur correspondant au diamètre de la portion de ce membre mesuré à mi-chemin entre le point où devra porter la section osseuse (point connu) et celui où devra porter la section cutanée (point à déterminer) c'est-à-dire que la détermination du diamètre moyen se fait à l'œil, mais qu'il ne saurait être mesuré mathématiquement puisque sa détermination nécessite la connaissance de deux points dont celui à déterminer est justement inconnu.

les masses musculaires (amputation de l'avant-bras 1/3 moyen).

d) Les lambeaux peuvent être taillés inégaux ; dans tous les cas, il faut que leur longueur totalisée soit égale au moins à 3 rayons.

Le plus souvent, on pratique deux lambeaux inégaux dont l'un est le double de l'autre (un rayon et deux rayons). Le type en est fourni par l'amputation de Hey au tiers inférieur de la jambe.

Mais, on peut combiner toutes les coupes imaginables pourvu qu'on allonge d'autant un lambeau à mesure qu'on rétrécit l'autre.

4° Constitution des lambeaux.

Certains lambeaux sont *uniquement cutanés*. Ils sont en général taillés circulairement et relevés en manchette (amputation de l'avant-bras au-dessus du poignet, point où les parties molles uniquement tendineuses constitueraient une très mauvaise étoffe pour renforcer le lambeau qu'ils tirailleraient, en raison de leur grande tendance à la rétraction).

Le plus souvent, les lambeaux contiennent une plus ou moins grande *quantité de muscles*.

Seuls, les *muscles superficiels, rétractiles*, servent à la confection des lambeaux.

Les *muscles profonds adhérents* sont généralement *coupés à niveau de la section osseuse* ou plus exactement par section circulaire infundibuliforme de façon à former un léger cône évasé à sommet osseux.

En conséquence, toute taille des parties molles comprend en principe trois temps :

1° *Section de la peau* et libération jusqu'à rétraction physiologique en y laissant adhérent le plus possible de tissu cellulo-graisseux ;

2° *Section des muscles superficiels* au ras de la peau rétractée, et relèvement des lambeaux cutanéo-musculaires jusqu'au point de section osseuse ;

3° *Section circulaire infundibuliforme des muscles adhérents* au niveau de la section osseuse.

Dans certains cas, le chirurgien fera une section circulaire de la peau suivie de la section infundibuliforme de tous les tissus qui seront relevés par *rétraction progressive* en les décollant de l'os jusqu'à ce qu'il estime qu'il a assez de longueur de tissus pour recouvrir la surface d'amputation.

Cette manière de procéder dite à la « Ravaton » est très économique, mais difficile à pratiquer.

Les incisions latérales déterminant les lambeaux doivent être en principe placées sur les grands *interstices musculaires* séparant les groupes musculaires les uns des autres ; elles doivent ménager les vaisseaux et les nerfs importants. La taille des lambeaux doit aussi tenir compte de l'irrigation vasculaire de ces lambeaux, car ils doivent être bien nourris (amputation de jambe par le procédé de Farabeuf, modifié par Dudon). Les muscles doivent être entaillés franchement, leur section bien nette, il ne faut pas les hacher à petits coups de couteau. On taille les lambeaux soit par *entailles successives*, soit par *transfixion*. Les fentes latérales, que nécessite la taille des lambeaux, peuvent servir aussi dans certaines circonstances, à découvrir les paquets vasculo-nerveux et à faire l'hémostase préventive.

5° Amputation en saucisson ou à section plane.

Après avoir étudié la façon classique de tailler des lambeaux pour vous permettre de les rabattre et de les suturer sur les tranches de section des amputations, je dois vous dire un mot d'une méthode employée pendant la guerre par Pauchet et qu'il a appelée d'un mot malheureux : l'*amputation en saucisson*.

Saluée par un tolle général lors de sa description, elle vaut cependant d'être connue et employée dans certaines circonstances bien définies par le professeur Quénu qui lui a donné un nom plus séduisant, celui d'*amputation à section plane*.

Le développement d'accidents septiques d'une gravité exceptionnelle, et en particulier des accidents gangréneux dans les grands broiements des membres ne cède pas toujours à l'amputation même hâtive au-dessus des lésions, malgré que les lambeaux taillés à l'ordinaire ne soient pas suturés, mais étalés largement et pansés à plat.

L'infection continue à s'insinuer dans les traînées cellulaires séparant les groupes musculaires et gagne vers la racine du membre. Pauchet a pensé qu'en sectionnant en saucisson un membre au-dessus des lésions, la rétraction naturelle des parties molles, primitive et secondaire, étalerait ces parties en tronc de cône exactement à l'inverse de celui qui est taillé dans le membre grâce à la confection des lambeaux. Il obtient ainsi une surface cruentée entièrement extériorisée et qu'il panse à plat jusqu'à désinfection de la tranche.

C'est d'autre part une intervention extrêmement rapide et qui nécessite le sacrifice primitif d'un minimum de longueur du membre.

Pour Pauchet, l'amputation à section plane serait donc indiquée :

Dans la gangrène gazeuse ;

Dans les suppurations graves afin d'économiser les tissus et la longueur ultérieure du membre ;

Chez les malades gravement shockés ;

Dans les lésions étendues de la peau ;

Dans certains cas où l'intervention doit être faite dans un milieu défavorable.

Pauchet a du reste, par la suite, modifié sa technique et a pratiqué cette amputation en deux temps :

1° Section circulaire de la peau ;

2° Coupe infundibuliforme des muscles au ras de la peau rétractée.

Cette manière de faire rendait la tranche de section à peu près plane au lieu d'en faire un cône éversé. C'est la réédition de l'amputation de Celse.

Quénu, qui a pris la défense du procédé de Pauchet, pense que « l'amélioration » que l'auteur a apportée à son premier procédé enlève toute valeur à sa méthode dont le seul intérêt était justement l'éversion en cône de moignon. Et il conseille de réserver cette méthode (1re manière) aux cas où :

1° Pour rencontrer des tissus sains, on serait obligé de substituer à une section dans la continuité, une opération plus haute et plus grave ;

2° Aux cas où, au-dessus du foyer qu'il faut supprimer on se trouve en présence de tissus contusionnés.

Le résultat esthétique de l'amputation en saucisson est au premier abord très laid, mais son *résultat pratique* est souvent de sauver la vie du malade et même une partie de son membre. Il vaut donc bien d'être employé.

Cette méthode opératoire nécessite évidemment une intervention secondaire de recoupe osseuse et de régularisation du moignon car, comme le dit Pauchet, il faut considérer l'amputation en saucisson comme le premier temps d'une intervention en deux temps.

NOUVELLES

Centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest. — A l'occasion des Journées médicales bordelaises auront lieu, tous les matins, à partir de 8 h. 30, du 5 novembre au 8 novembre 1928, inclus, au centre régional contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest (Annexe Saint-Raphaël, près l'hôpital Saint-André), une série de leçons accompagnées de présentations de malades, sur le traitement des affections cancéreuses.

PROGRAMME. — Lundi 5 novembre : Tumeurs mélaniques, par M. le professeur SABRAZÈS. Cancers de la peau et divers. Cancers abdominaux ; sarcomes. Séance opératoire de diathermo-coagulations.

Mardi 6 novembre : Cancers de la langue, de la bouche et du larynx. Curage chirurgical des ganglions du cou. Séance opératoire, par M. le professeur agrégé JEANNENEY.

Mercredi 7 novembre : Cancers de l'utérus et cancers génitaux, par M. le professeur RÉCHOU.

Jeudi 8 novembre : Cancers du sein, par M. le professeur CHAVANNAZ. Ces leçons et présentations seront complétées par des démonstrations techniques et pratiques avec projections ; faites par M. le Dr MATHEY-CORNAT, chef de clinique.

Pour le programme complet des Journées se reporter au n° 77 de la *Gazette des hôpitaux*, 1928.

BIBLIOGRAPHIE

Comment doit vivre le diabétique. Régime et insuline, par R.-D. LAWRENCE. Un volume in-16 de 216 pages avec figures : 16 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris-6e.

Au moyen d'une méthode diététique simple, mais précise et variée — le régime par la méthode des lignes-rations — le médecin le plus occupé peut commencer l'institution d'un traitement d'une grande précision sans être astreint à des calculs laborieux, pour répartir la diète dans l'établissement du régime selon la valeur relative des aliments. En même temps, le malade peut sur-le-champ suivre et appliquer la méthode, varier son régime selon ses goûts, de sorte que, même au début du traitement, son entrée à l'hôpital n'est presque jamais nécessaire.

Aucun diabétique n'est astreint à souffrir de la faim ou de la soif. Il a le choix parmi une grande variété d'aliments selon ses goûts et sa bourse et il acquiert suffisamment d'énergie pour tous les travaux habituels de la vie. Toutefois, il doit accepter son credo diabétique et s'y conformer scrupuleusement.

Le but principal de ce livre est d'être utile au médecin et d'aider le malade à suivre son traitement intelligemment afin d'en obtenir les meilleurs résultats.

Le Vin, par Maurice DES OMBIAUX. 1 vol. de la collection « L'Homme à la Page ». Prix . 12 fr. La nouvelle société d'Edition, 281, rue Saint-Honoré, Paris.

Cette nouvelle collection s'adresse à l'homme « à la page », à celui qui prétend le devenir. Sans négliger l'aspect spirituel du sujet, les éditeurs ont eu surtout en vue le côté pratique de l'initiation au plaisir. Ils ont voulu que chacun de ces petits livres fut non un manuel, mais un guide à la fois amusant et précis, léger et bien informé, où la leçon se déguise sous des propos de bonne compagnie. Et ce premier volume consacré au vin permet de bien augurer de la collection.

La musique des vers. Harmonie, rythme, sonorité, fluidité, mélodie, par A.-I. TRANNOY. Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Un vol. broché : 6 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve).

En écrivant ce petit livre, l'auteur s'est proposé avant tout d'analyser et de préciser les divers éléments dont la synthèse confère aux vers leur charme et leur beauté propre : harmonie rythme, sonorité, fluide, mélodie, termes qui trop souvent flottent dans le vague ou même s'échangent l'un pour l'autre. La *Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux* s'enrichit ainsi d'un volume que les lettrés consulteront avec profit et où tous ceux qui s'intéressent à la poésie puiseront des compléments précieux aux connaissances acquises sur la matière.

6° Du choix dans l'emploi des différentes méthodes d'amputation.

Le choix d'une méthode d'amputation est basé sur des considérations d'ordres anatomique, opératoire, orthopédique, clinique.

Au point de vue anatomique, il faut rechercher pour constituer les lambeaux, les parties molles les plus épaisses, les plus vivantes, celles qui sont déjà habituées aux pressions (talon, plante du pied, face antérieure du genou).

Au point de vue opératoire, il faut chercher, sans que ce soit au détriment de la valeur des lambeaux, à faciliter l'opération par des voies d'accès faciles sur l'os tout en ménageant les parties molles importantes (vaisseaux, nerfs), et, lorsqu'il s'agit d'une amputation à la racine du membre, il faut tenir compte des moyens à employer pour réaliser une bonne hémostase préventive.

Au point de vue orthopédique, il faut prévoir le fonctionnement ultérieur du membre et ménager les possibilités d'un bon appareillage, obtenir un moignon solide, vivace, indolent, de bonne longueur, mobile, souple, éviter les cicatrices touchant les points d'appui de l'appareil, etc.

Au point de vue clinique enfin, il faut tenir compte des trois facteurs précédents et savoir les adapter aux cas d'espèce suivant l'état des os, des parties molles, le degré d'infection, de schock du blessé, suivant son âge, son métier, etc.

A titre d'indication, voici quelques-unes des qualités de chacun des principaux procédés dont vous pourrez envisager l'emploi.

Procédé circulaire. — C'est le plus économique, son application est logique sur les membres cylindriques. Il est facile à réaliser, rapide, mais il donne une cicatrice terminale qui peut être gênante dans les moignons à un seul os, au cas où l'on voudrait appliquer un appareil à point d'appui terminal. Dans les segments de membres à deux os, la cicatrice se rétracte dans l'espace interosseux, mais dans ces cas, il est difficilement réalisable à cause de la forme généralement tronconique du segment le membre à amputer.

Procédé circulaire avec fente. — Il a tous les caractères du précédent, mais a l'avantage de pouvoir s'appliquer aux segments de membres tronconiques. Il donne cependant moins de facilité opératoire que le procédé suivant :

Procédé a deux lambeaux égaux. — Il donne beaucoup de facilité opératoire, permet de faire l'hémostase au cours de l'intervention quand les fentes sont placées sur les gouttières vasculaires , il donne un accès large sur l'os. En général, les moignons sont bien matelassés et malgré la suture primitivement terminale, la cicatrice n'est pas toujours terminale car la rétraction inégale des deux lambeaux la déjette souvent sur un des côtés de l'axe du membre.

Procédé a deux lambeaux inégaux. — Il donne les mêmes facilités opératoires que le précédent, il est réservé de préférence aux portions de membres asymétriques dans la disposition de la masse de leurs parties molles (jambe). La cicatrice est franchement rejetée sur un des côtés du membre et permet un appareil à point d'appui terminal.

Procédé ovalaire et a raquette. — Il est très employé à la racine des membres, car il donne beaucoup de jour ; les lambeaux sont bien étoffés et l'hémostase est facile quand la queue de la raquette est placée sur la gouttière vasculaire.

Procédé elliptique. — Il est peu employé, car il exige la conservation d'une trop grande longueur de parties molles. Il est réservé aux cas spéciaux où les parties molles susceptibles de constituer un lambeau n'existent plus que sur un seul côté du membre à amputer.

***

III. Où et quand amputer ?

Ces deux notions sont le plus souvent intimement liées entre elles. Une amputation d'urgence. en plein foyer de fracture, dans un gros broiement osseux, ne sera pas faite au même niveau que s'il s'était agi d'une amputation pour une tumeur osseuse située au même endroit de l'os ou pour des accidents de gangrène gazeuse atteignant la même hauteur dans les parties molles avec intégrité de l'os, etc., etc.

Les indications qui vont suivre relatives à la hauteur de l'amputation à pratiquer ne sont donc que des *données théoriques* qu'il faudra appliquer aux cas cliniques.

Hauteur d'amputation.

La hauteur d'amputation est déterminée par le point où portera la *section osseuse* au cours de l'intervention. Cela ne veut pas dire qu'elle mesurera du premier coup la hauteur du segment de membre restant ; car si pour des raisons cliniques, le chirurgien n'a pas pu ménager dès sa première intervention des lambeaux suffisants pour recouvrir la surface de section (amputation économique dans un foyer de fracture, amputation à section plane, etc..,) ou si secondairement, (à la suite de suppuration par exemple) les lambeaux se sont rétractés après désunion, il faudra faire une recoupe osseuse pour assurer la guérison, ce qui diminuera d'autant la longueur primitive du segment de membre restant après la première intervention.

Il y aura aussi à tenir compte de ces considérations pour la compréhension de quelques règles générales qui vont suivre relativement à la détermination théorique de la hauteur des amputations.

Théoriquement, on peut amputer les membres à toutes les hauteurs, il existe des procédés opératoires classiques pour cela.

Cependant la hauteur d'amputation doit d'une manière générale être déterminée par un certain nombre de considérations :

A) Considérations d'ordre orthopédique et fonctionnel.

L'absence d'un segment de membre apporte une grave perturbation dans la vie fonctionnelle de l'individu amputé. Celui-ci doit subir une réadaptation fonctionnelle nouvelle qui varie avec chaque segment de membre amputé et qui sera faite d'une part d'habitudes nouvelles qu'il prendra, de l'éducation de ses autres membres, mais aussi et surtout du remplacement du membre absent par un appareil prophétique.

L'amputation doit donc sur chacun des segments de membre considérés porter autant que possible sur le point qui permettra ultérieurement la réadaptation fonctionnelle la meilleure ou le port le plus avantageux d'un appareil prophétique.

D'une façon générale, la gravité *opératoire s'accroît à mesure qu'on se rapproche de la racine du membre.*

De même, le déficit fonctionnel s'aggrave en général avec la hauteur de l'amputation; et, en principe, dans chaque segment de membre, l'amputation la plus basse est souvent la

meilleure, pourvu néanmoins que l'opération économique soit suivie d'un résultat fonctionnel au moins aussi bon que la pratique d'une amputation faite plus haut.

C'est ainsi qu'il vaudra mieux faire une bonne désarticulation tibio-tarsienne qu'un mauvais Chopart; qu'une amputation sus-malléolaire devra être pratiquée assez haut pour permettre l'appareillage avec un pied artificiel mobile grâce à un articulé tibio-tarsien ; qu'une amputation de cuisse au 1/3 inférieur est supérieur à la désarticulation du genou, etc. etc...

Enfin, avant de décider de la hauteur d'une amputatiou à faire, vous devrez considérer non seulement la *lésion principale* qui nécessite l'amputation, mais encore l'*état anatomiques et fonctionnelle de la partie du membre sus-jacente* de façon à ne pas laisser après votre opération un segment de membre inutilisable ou gênant (cicatrices, adhérences, troubles trophiques, etc..)

B) Considérations d'ordre clinique.

L'amputation d'un membre peut être commandée par des *lésions traumatiques, infectieuses, néoplasiques*, par des *troubles trophiques* ; ces diverses lésions peuvent porter sur l'os lui-même soit sur une articulation intermédiaire, soit seulement sur les parties molles.

D'une façon très générale, en cas de *lésion des parties molles seules*, la hauteur de section osseuse sera déterminée par la possibilité de tailler des lambeaux suffisants en tissu sain pour recouvrir la tranche d'amputation.

Elle pourra aussi être déterminée par le désir du chirurgien de s'éloigner plus ou moins du foyer pathologique dont le développement a déterminé l'indication opératoire (gangrène gazeuse, tumeur malignes, tec...)

Quand il s'agit au contraire d'une *lésion osseuse non accompagnée de lésions des parties molles*, la section osseuse porte évidemment au-dessus de la partie osseuse malade, le chirurgien ayant toute latitude pour tailler ses lambeaux en conséquence.

Si au contraire, les *lésions portent à la fois sur les parties molles et sur l'os*, on ne peut guère établir de règle fixe, car, de la variété clinique des lésions, du moment où sera faite l'amputation, de l'état du blessé ou du malade, au moment de l'intervention, dépendent le plus souvent la méthode opératoire employée et le procédé d'amputation.

C) Indications opératoires.

Où et quand faut-il amputer ? Elle est la question toujours angoissante que doit se poser le chirurgien en face d'une lésion qui paraît nécessiter un sacrifice aussi lourd que celui d'un membre.

1° Les types cliniques d'amputations. — Pour saisir les indications opératoires qui vont suivre, il est bon de vous rappeler que les amputations sont pratiquement faites dans les conditions suivantes :

a) *amputations régulières immédiates* ce sont celles qui sont faites suivant toutes les règles classiques, dans lesquelles l'os est sectionné à une hauteur déterminée par avance, et où les lambeaux de couverture ont été taillés de telle sorte qu'ils pourront être réunis par première intention, si l'amputation a été faite en milieu aseptique (tumeur par exemple) ou laissés assez longs pour être réunis secondairement sans recoupe osseuse après désinfection du foyer d'amputation (amputation de jambe après infection grave et progressive du pied par exemple).

Ces amputations régulières immédiates comportent donc *suture primitive* ou la *suture retardée des lambeaux*.

Suivant que les amputations sont faites par des *procédés classiques*, ou au contraire pratiquée par des *procédés de nécessité*, elles sont dites *typiques*, ou *atypiques* (le simple détachement d'un membre par section des parties molles passant à travers un foyer de fracture comminutive est une opération atypique).

On dit aussi, surtout en ce qui concerne les traumatismes et les infections post-traumatiques qu'une *amputation est primitive, secondaire, tardive* ou mieux *tertiaire* (Broca) quand elle est pratiquée, ou bien immédiatement après la constatation des lésions, ou bien, quand ces lésions ayant évolué, le sacrifice du membre devient nécessaire (lésions infectieuses ou de nécrose) ; ou bien enfin quand la conservation du membre a été suivie d'un déficit fonctionnel tel qu'il vaut mieux en débarrasser le malade.

2° Les lésions. — a) *Tumeurs des os et des parties molles.* Seules les tumeurs malignes sont de nature à exiger l'amputation.

Les tumeurs des os *sont primitives* ou *secondaires*.

L'indication de l'amputation dans les *tumeurs malignes primitives des os* n'est pas facile à poser. L'absence de récidive après de larges évidements osseux dans certaines tumeurs à myéloplaxes en particulier, ou dans certaines ostéo-sarcomes (Gangolphe) peut faire hésiter à prendre une aussi grave décision que celle qui consiste à faire tomber un membre.

Une biopsie suivie d'un examen de laboratoire devra vous guider dans votre détermination. L'évolution, la marche de la tumeur, des caractères cliniques et radiographiques, vous seront aussi d'un grand secours. Mais ne soyez pas trop conservateurs et craignez de laisser passer le temps favorable où vous pourrez opérer et espérer ne pas observer de récidive après votre intervention.

Si vous amputez, coupez haut et toujours si possible au-dessus de l'articulation sus-jacente à la lésion. A la racine des membres (1/2 supérieur du bras, 1/3 supérieur de la cuisse) cette technique peut vous amener à faire des opérations très graves. Si les parties molles sont envahies, il faut dépasser très largement le mal et tailler en tissu d'apparence saine.

Et, même dans les conditions opératoires les plus favorables soyez très réservés dans votre pronostic, car si les récidives locales ne sont pas très fréquentes, la mort survient souvent par généralisation de la tumeur déjà essaimée au poumon, au foie, etc... avant votre intervention.

Les métastases osseuses des tumeurs malignes (cancer thyroïdien par exemple) ne nécessitent pas l'amputation qui serait contraire au bon sens.

Les tumeurs des parties molles, vous conduiront à envisager l'amputation quand vous constaterez le développement de *tumeurs malignes primitives* (myxomes, fibro-sarcomes, dégénéressence cancéreuse d'ulcérations variqueuses, nævo carcinomes, etc...) Mais ici encore, qu'il s'agisse de sarcomes ou d'épithéliomas, l'amputation sera trop souvent une mutilation infligée inutilement au malade car lorsque la tumeur est cliniquement reconnue le plus souvent déjà aussi, est-elle en voie de généralisation à distance.

b) *Lésions infectieuses*. Vous serez réduits à pratiquer l'amputation d'un membre quand une lésion infectieuse qui s'y est développée, soit sur l'os (ostéomyélite et ses variétés, lésions bacillaires), soit dans une articulation (arthrites purulentes), soit dans les parties molles (phlegmons diffus, gangrène gazeuse etc...) ne peut être jugulée par un *traitement conservateur et que la vie du malade*

est en danger. Dans ces conditions, il faut sacrifier le membre pour sauver la vie du blessé.

c) *Lésions traumatiques et infections post- traumatiques*. C'est à l'occasion de lésions traumatiques que les indications de l'amputation, du moment de la pratiquer, du mode d'opération à employer, sont les plus délicates à poser.

Les enseignements de Reclus, de Poncet, de Berard, de Lejars, sur la conduite à tenir dans les grands traumatismes des membres, l'expérience de la guerre, les travaux de la Société de Chirurgie de Paris et des Congrès chirurgicaux interalliés ont permis de poser des règles opératoires précises.

Autrefois, avant l'ère antiseptique, toute fracture ouverte un peu grave nécessitait l'amputation. Grâce au traitement conservateur bien compris, la limite des amputations a été bien reculée.

Tant que l'os n'a pas été broyé sur une surface telle que la conservation du membre laisserait celui-ci inutilisable, tant que la destruction n'a pas porté sur les vaisseaux et les nerfs principaux du membre, vous pouvez espérer faire un traitement conservateur (débridement, désinfection, épluchage, embaumement). Il ne réussira du reste pas toujours, et la guerre en particulier a montré que le traitement conservateur à outrance pouvait amener des surprises désagréables (mort suite d'amputation trop tardive, longs mois d'hospitalisation se terminant par une amputation tardive pour débarrasser le blessé d'un membre inutile, gênant ou douloureux, etc..,)

3° Opérations cliniques. — Voici, en présence de ces traumatismes graves des membres, quelle devra-être votre conduite dans ses grandes lignes.

a) L'*amputation immédiate* devra être pratiquée dans les grands broiements des membres, déjà en partie amputés par l'agent vulnérant ou avec destruction des vaisseaux, des os et des parties molles.

Le pronostic de ces amputations est très grave. Il faut amputer dans le foyer de fracture et par le procédé le plus simple (simple régularisation ou amputation à section plane). Les malades de cette catégorie sont en général de grands shockés. Autrefois, on conseillait d'attendre qu'ils se soient remontés avant de les opérer. Actuellement, on pense que le shock est dû en partie à la résorption des produits toxiques complexes élaborés dans le foyer même du trauma et que le meilleur moyen de faire disparaître le shock est de faire disparaître ce foyer par l'amputation rapide. N'employez jamais dans ces cas la rachi-anesthésie, mais une anesthésie rapide à l'éther.

b) L'*amputation secondaire précoce* sera surtout utilisée pour parer aux complications septiques à marche rapide.

c) L'*amputation secondaire tardive* sera indiquée dans les cas où vous verrez persister les accidents septiques susceptibles de compromettre la vie du blessé malgré tous les traitements conservateurs déjà mis en œuvre.

Quand vous serez amenés à faire une amputation secondaire, s'il s'agit d'accidents infectieux graves à distance et en particulier de grangrène gazeuse, il faudra amputer loin du foyer primitif, en tissus sains.

Dans les autres cas, vous vous inspirerez du degré de vitalité et d'infection des tissus, en vous rappelant que la section du membre ne doit pas porter nécessairement aussi haut que les lésions si elles ne sont pas extensives (gangrène gazeuse) et qu'une technique appropriée, des débridements judicieux pourront faire gagner quelque longueur à la partie restante du membre à sacrifier. Dans les cas où vous amputez même en tissus sains pour une affection sous-jacente aiguë, soyez très prudents dans la réunion des lambeaux, drainez largement ou même ne faites que la réunion secondaire.

d) Enfin, vous pratiquerez quelquefois l'*amputation tertiaire* quand après cicatrisation des lésions vous serez en présence d'un membre inutilisable, gênant ou douloureux. L'amputation tertiaire est indiquée également dans les lésions traumatiques ayant compromis la vitalité des tissus, gelures, brûlures profondes, troubles trophiques graves avec ulcérations profondes, infectées etc... dans les ankyloses en mauvaise position pour l'appareillage et non correctibles par des opérations conservatrices utiles, etc. Broca a insisté avec raison sur le fait que ces amputations tertiaires ne sont peut-être pas assez pratiquées car un traitement conservateur a souvent laissé des segments de membres qui seraient avantageusement remplacés par une bonne prothèse, surtout en ce qui concerne le membre inférieur.

e) *Dans les amputations tardives* (amputations orthopédiques) vous tiendrez compte avant tout pour régler votre technique opératoire de la prothèse ultérieure du membre au point de vue de son utilisation fonctionnelle.

VARIÉTÉS

Trois Errata.

On a raison de n'accorder, en matière de critique historique, qu'une confiance restreinte, et sous bénéfice de recoupements, aux vieillards qui écrivent leurs Mémoires. Je dois confesser à mes lecteurs que dans mon dernier article, je les ai trompés « inconsciemment » trois fois. Heureusement mon vigilant confrère et contemporain Callamand, dont la documentation est si étendue et si précise, vient de me signaler mes erreurs et, comme je suis homme et non diable (*errare humanum, perseverare diabolicum*) je m'empresse de faire trois fois amende honorable.

1° J'ai confondu Mario Proth, mon hôte de la rue Visconti, publiciste politique et auteur du « Napoleone commediante tragediante », avec Mario Uchard, romancier, polygraphe polyphile mais surtout auteur dramatique qui a fait un drame, *La Fiam mince* (et non la Fiammotta, titre d'une opérette récente).

2° Ce fut ce Mario ci qui épousa Madeleine Broham et fit mauvais ménage avec elle. C'était pourtant un écrivain spirituel aimant à rire, ainsi qu'en témoigne *Mon oncle Barbasson*, roman fantaisiste que j'ai lu avec plaisir en 1881 et dont fut tirée une pièce que Callamand a vu jouer au Gymnase en 1890. Me voici en règle avec les deux Mario et Madeleine, et si je les rencontre un de ces jours dans les Champs-Elysées parmi les aphodèles, j'espère que ce trio, l'artiste et les deux lettrés, ne me tiendra pas rigueur.

3° J'ai orthographié Gustave Aimard avec un *y* ; ce père des Trappeurs de l'Arkansas, qui ne savait pas le Sioux ni le Huron, ne me paraissait pas avoir étudié non plus la langue d'Homère et n'avait pas droit à l'I Grec.

Excusez-moi, lecteurs. J'ai battu trois fois ma coulpe. Merci. Callamand.

Paul Le Gendre.

REVUE DE PRESSE ETRANGÈRE

Cœur.

Le block des branches du faisceau de His est d'un diagnostic clinique possible, mais surtout heureux chez un sujet présentant la triade symptomatique : 1° bifidité visible du choc de la pointe ; 2° bifidité palpable du choc de la pointe ; 3° faiblesse des bruits cardiaques avec souffle asynchronique accompagnant les deux éléments du choc systolique. (J. T. King, *American Heart Journal*, juin 1928). Cent cardiaques, non sélectionnés, furent examinés par différents médecins qui consignèrent les signes observés et leur interprétation avant la prise d'électrocardiogrammes ; neuf malades donnèrent un électrocardiogramme de block ; six avaient été diagnostiqués à l'examen clinique, un seul par trois médecins sur quatre, un autre par un médecin sur deux. Quatre sujets, sans block, présentent la triade symptomatique et deux d'entre eux furent diagnostiqués à tort comme ayant un block.

Tube digestif.

L'aspect médical de la colite, décrit par Mallory (*The Journal of American medical Association*, 1928, n° 8) se rapporte à la forme qui débute par une irritation des zones descendante et sigmoïde, passe par des phases d'amélioration et d'aggravation et se termine par des ulcérations. Les douleurs de type spasmodique alternent avec les crises diarrhéiques ; les matières présentent du mucus, parfois du sang et du pus ; les troubles gastriques réflexes font partie de la symptomatologie. Le facteur le plus important est le spasme vagotonique du côlon qui est exagéré par les ptoses viscérales ou les affections chroniques de la vésicule, de l'appendice ou des organes pelviens ; il y a un rapport étroit entre la colite, la névrose et les troubles de sécrétion interne. La colite évolue suivant trois stades : spasmodique, muco-membraneux et ulcéreux. L'opium et les astringents sont contre-indiqués ; les préparations qui donnent les meilleurs résultats sont les parafines liquides, la gélatine, l'agar, le lactate de calcium, les laits fermentés, les vaccins et les filtrats bactériens.

Pédiatrie.

La fièvre typhoïde du nourrisson est difficile à diagnostiquer surtout dans les premiers jours ; Eduardo Diaz Orero (*Revista de medicina y cirurgia de la Habana*, mai 1928) rapporte un cas qui présente les points interessants suivants : une courbe thermique correspondant au trapèze classique de Jaccoud, des complications méningées à forme cérébro-spinale et une broncho-pneumonie à foyers disséminés, terminale et fatale. Les formes cliniques à cet âge sont la forme gastro-intestinale, la forme méningée et la forme fébrile.

Chirurgie.

Pourquoi les opérés d'appendicite continuent-ils à souffrir ? S. Hatieganu et S. Danicico (*Clujul medical*, 1er juin et 1er juillet 1928) ont cherché à en mettre les causes en évidence. Ils constatent que les malades qui se plaignent de douleurs sont surtout des femmes jeunes, entre 17 et 23 ans opérées pour des troubles d'appendicite chronique ; l'intervention a révélé, dans la majorité des cas, l'appendicite simple et plus rarement, des lésions de voisinage (adhérences, appendice rétro-cœcal, bloc appendiculaire, etc.). La constipation figure depuis longtemps dans les antécédents et il existe toujours un lien entre la constipation et l'appendicite et surtout un lien entre la constipation et les troubles suivant l'intervention. L'appendicectomie est précédée, la plupart du temps et depuis longtemps par la constipation (on opère alors pour le syndrome iliaque droit, qui est la cause prépondérante mais non exclusive : aussi la constipation droite persiste-t-elle, pure ou appuyée par des affections à distance (ulcérations, cholécystite, ptose rénale) ou soutenue par des éléments nouveaux (adhérences péricæcales, épiploïte, mésentérite). Les auteurs préconisent le traitement de la constipation droite et des affections à distance chez les sujets atteints d'appendicite chronique pour prévenir les troubles consécutifs à l'intervention.

Ophtalmologie.

Le trachome est traité avec succès par l'huile de chaulmoogra filtrée à chaud et conservée à l'abri de l'air (Foa Raffaele (*Annali di Medicina navale e coloniale*, mai-juin 1928) ; on pratique un massage énergique de la conjonctive avec un tampon de gaze imbibé d'huile, maintenue au bain-marie, jusqu'à ce que l'on éprouve une sensation spéciale de crissement, tous les jours ou tous les deux jours (dans ce dernier cas on alterne le massage avec un lavage boriqué ou une instillation de protargol). Les applications sont bien tolérées, les phénomènes subjectifs cèdent rapidement la guérison clinique est durable. Les complications cornéennes ne constituent pas une conire-indication.

Stomatologie.

L'infection dentaire est un facteur étiologique important des différentes formes de rhumatisme. Schmidt (*Munchener Medezinische Wochenschrift*, 29 juin 1922) la rencontrerait dans 58 % des cas et surtout dans le rhumatisme chronique. La strepto ou la staphylococcémie produiraient la forme articulaire aiguë, plus rarement l'arthrite chronique et la névrite brachiale ou sciatique ; la toxémie, due aux déchets microbiens, serait responsable des synovites, myosites, périarthrite, ainsi que de la maladie de Dupuytren. Bien que la dentition paraisse en parfait état, la radiographie décèle souvent en profondeur des lésions inflammatoires importantes.

Le tartre dentaire, gris-verdâtre et fétide, contient toujours, pour Heyninx de Bruxelles (*Le Scalpel* 2 juin 1928) des germes cancérigènes chez les cancéreux des voies aéro-digestives et probablement aussi chez d'autres cancéreux. Des inoculations sur la souris blanche lui ont permis d'émettre l'hypothèse d'un *cycle* de cancérisation humaine : les germes du cancer se trouveraient à la surface des végétaux alimentaires crus et du tabac ; ils infecteraient les gencives et envahiraient l'organisme, si le terrain est propice, soit par la salive déglutie, soit par les voies lymphatiques, soit par la voie sanguine.

Le cylindrome du maxillaire supérieur. — Peu de tumeurs possèdent une bibliographie aussi étendue et reflétant des opinions aussi divergentes que les cylindromes. Et les divergences, à vrai dire extrêmement considérables, se manifestent non seulement quand il s'agit de donner un nom histologique à ces tumeurs et de les classer d'après leur structure intime (c'est-à-dire, de les ranger soit parmi les épithéliomes, soit parmi les tumeurs d'origine conjonctive), mais encore lorsqu'il s'agit d'apprécier leur bénignité ou leur malignité clinique et de formuler un traitement chirurgical.

La qualification imposée à ces tumeurs est des plus malheureuses ; insuffisante en elle-même, susceptible d'interprétations variées, elle a grandement contribué à former ce dédale d'opinions.

Le prof. Ferreri (*Acta-oto-laryngologica*, vol. XII, fasc. 4 juillet 1928) complète l'étude clinique et anatomo-pathologique de ces tumeurs cylindromateuses de la mâchoire supérieure, à l'occasion de deux faits qu'il a récemment observés et dont il relate en détail l'examen histologique. Il rappelle ensuite les théories anatomo-pathologiques imaginées par les différents auteurs pour expliquer l'étiologie et la pathogénie des néoplasmes en cause. Ces derniers sont caractérisés par la présence d'innombrables cylindres hyalins, bordés eux-mêmes par une ou deux couches de cellu-

les cubiques ; la tumeur prend ainsi quelquefois une apparence adénomateuse. L'auteur décrit minutieusement ce genre de lésions, puis il soumet à une étude critique les opinions des divers observateurs.

D'après le professeur Ferreri, il est logique de penser que ces tumeurs cylindromateuses de la mâchoire supérieure proviennent d'éléments endothéliaux primitifs en voie de subir la prolifération néoplasique. Les cellules endothéliales primitives sont normalement destinées à la production d'un vaisseau et quand, pour une raison ou une autre, elles se trouvent subir une excitation dans un sens blastogénique, elles tendent plus que jamais à former un nombre infini de vaisseaux — lymphatiques ou sanguins, suivant qu'elles sont destinées à produire des vaisseaux de l'une ou l'autre espèce. Ainsi se constitue un hémo-angio endothéliome ou bien une lympho-angio-endothéliome. Mais si, comme il arrive parfois, les éléments endothéliaux primitifs en voie d'accroissement blastogénique ne parviennent pas, pour une cause quelconque, à leur ultime degré de maturité, on n'aura plus un vaisseau complètement formé, mais, en échange, on verra se développer ces innombrables cordons solides qui, sous l'influence des processus régressifs, présentent les diverses métamorphoses dégénératives qui aboutissent à la constitution des cylindres hyalino-muqueux. D'après l'auteur, par conséquent, les cylindromes de la mâchoire supérieure doivent être considérés comme des endothéliomes, c'est-à-dire comme des tumeurs d'origine conjonctive.

Thérapeutique.

L'hydroxyde colloïdal de magnésie (Jean Becka, *Gazette médicale de Bratislava*, juillet 1928) possède une action bactéricide, due surtout à son alcalinité et en partie à la libération d'ions magnésiens qui aide à l'activité des leucocytes. Il se montre particulièrement efficace dans les ulcères variqueux, brûlures, phlegmons, panaris. Une émulsion à 3 % peut être injectée à la dose de 5 à 10 c.. c., par voie intramusculaire ; elle est indiquée pour le traitement des processus septiques, plus particulièrement des poumons, du foie ou des reins.

Les sels d'or représentent la méthode d'élection dans le traitement du lupus érythémateux ; l'action curative est rapide, l'efficacité supérieure à celle de toutes les autres méthodes ; les cicatrices sont lisses, fines et esthétiques. Braulio Saenz (*Vida nueva*, 15 février 1928) a traité 21 cas exclusivement avec le Trifal ; 15 malades ont été guéris ; des 6 autres 3 abandonnèrent le traitement au début et 3 n'obtinrent aucun résultat. L'intervalle et les doses sont les suivants : 1er jour un milligramme ; 4e jour et 8e jour deux milligrammes ; 12e jour un centigramme ; 15e jour trois centigrammes ; 18e jour, puis 2 fois par semaine, un centigramme. La dose curative minima nécessaire fut de quinze milligrammes, la maxima de six grammes. L'intolérance se manifeste, en moyenne, une fois sur 300 injections.

Varia.

Il a fallu fort longtemps pour que la médecine arrivât à cette notion que la plupart des maladies des yeux sont en connexion très intime avec les maladies générales de l'organisme (H. Birnbaum d'Anvers).

Il n'y a pas de doute que les conditions de la vie moderne ne soient favorables au développement du diabète dans les pays les plus avancés, la diminution évidente de la mortalité par les maladies infectieuses est compensée par la mortalité diabétique, sans parler des autres affections influencées par la civilisation occidentale, comme la sclérose artérielle, les processus psychopathiques. La mort, comme certaines divinités antiques, exige chaque jour un nombre égal de sacrifices et, si elle épargne des victimes d'une part, c'est pour en désigner d'autres dans un secteur différent de la pathologie (G. Maranon, de Madrid).

Ces dernières années ont fait justice du mythe des maisons à cancers, né sans doute de l'observation erronée des cages à cancers ; justice également des quartiers et des villages à cancers, découlant probablement de la même erreur ou d'une idée préconçue, auxquelles la coexistence fortuite de quelques cas avait peut-être donné une apparence de réalité. (A. Renard, de Lausanne).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1928.

M. le Président prononce l'éloge de M. Albert Robin, récemment décédé.

Virus de la fièvre jaune. — *M. A. Pettit* rend compte de sa mission au Sénégal où, sur la demande du gouverneur de l'Afrique occidentale française, il est allé étudier la fièvre jaune. Revenu à l'Institut Pasteur, il a continué ses recherches avec Stefanopoulo, Frasey, Kolochine, Roubaud, Aguessy et Laurent Gérard.

Actuellement, on peut affirmer que le microbe de la fièvre jaune n'est pas un spirochète comme le croyait Noguchi, c'est un germe invisible, filtrant, qui ne peut être bien étudié qu'au moyen du macacus rhesus de l'Inde (Stokes). Le virus de Stokes est bien le virus réel de la fièvre jaune, car le sérum de l'homme guéri de cette maladie neutralise à faible dose ledit virus. La maladie du singe rappelle d'assez près celle de l'homme ; elle est encore plus sévère, car presque tous les sujets inoculés succombent alors que la mortalité oscille, pour l'espèce humaine, autour de 70 p. 100.

Le singe, qui meurt de fièvre jaune, peut présenter le redoutable symptôme du vomito negro.

Nous ne nous arrêterons pas aux recherches techniques, voici les dernières acquisitions pratiques : le premier, le professeur Hindle (de Londres), a établi que le singe pouvait être vacciné contre la fièvre jaune. Quatorze jours plus tard, de façon complètement indépendante et par d'autres procédés, Pettit et Stefanopoulo réussissaient également la vaccination du singe ; il ne leur manque que des singes en nombre suffisant pour appliquer leur procédé à l'homme.

D'autre part, Pettit, Stefanopoulo et Frasey sont les premiers à avoir préparé un sérum antifièvre jaune, pour lequel la priorité leur est incontestablement acquise.

Une fois en possession de la souche de virus, mise à leur disposition, avec un grand désintéressement, par le professeur Sellards, de Harward University, les médecins de l'Institut Pasteur se trouvaient dans les conditions où avait été placé Pettit quand, en 1917, il eut à se préoccuper de la préparation du sérum antipoliomyélitique ; au tissu nerveux infecté a été substitué le foie infecté du macaque.

Le sérum antifièvre jaune est préparé, soit au moyen de singes de grande taille (qui font défaut), soit au moyen de chevaux.

Le sérum antifièvre jaune jouit des propriétés suivantes :

1° Il neutralise *in vitro* le mélange sérum antifièvre jaune + virus ;

2° Il a une action préventive contre la fièvre jaune du macaque ;

3° Il agit curativement contre la fièvre jaune du macaque ;

4° Il est à point pour des essais prophylactiques et surtout thérapeutiques chez l'homme ; 600 flacons ont déjà été mis à la disposition du gouverneur général de l'Afrique occidentale française.

On ne peut oublier que les acquisitions relatives à la fièvre jaune faites au cours des douze derniers mois ont été durement payées : Noguchi et Young sont morts de la maladie qu'ils étudiaient.

A quarante ans, Stokes a été fauché par la même maladie en donnant un exemple admirable de stoïcisme et de dévoue-

ment à la science ; jusqu'à l'agonie il a dirigé les expériences pratiquées sur lui-même.

En ce qui concerne l'Afrique occidentale française et l'Afrique équatoriale française, des recherches très étendues, dont découleront certainement des mesures prophylactiques de la plus grande importance pour la santé publique, devraient être entreprises sans retard avec les moyens appropriés.

Quelques réflexions sur les mesures d'hygiène appliquées à la prophylaxie de la tuberculose humaine et sur l'emploi du B. C. G. — M. le professeur ***Lignières*** (de Buenos-Ayres). Dans la séance du 15 juillet dernier, M. Lignières répondant à M. Léon Bernard, faisait allusion à l'insuffisance des résultats obtenus contre la tuberculose par les mesures d'hygiène et il se réservait d'apporter sur ce point quelques réflexions personnelles.

C'est ce qu'il fait aujourd'hui reprenant les bases de la prophylaxie antituberculense posées par Grancher et se résumant ainsi : pas de crachats, pas de poussières.

« Il ne suffit pas, dit M. Lignières, pour obtenir des résultats de mettre pour le public des écriteaux portant : « défense de cracher par terre » et même d'ajouter : « sous peine d'amende », parce que cette amende n'est jamais appliquée.

« Il faut que la sanction ait un caractère de défense individuelle, qu'elle soit d'une exécution facile et surtout qu'elle soit inscrite dans la loi, le décret où l'ordonnance qui défend de cracher et de faire de la poussière.

Voici une formule :

Art. 1er. — Cracher à terre et faire de la poussière dans des lieux fermés pendant que le public y a accès ou quand on y travaille est un délit. Il est défendu de cracher sur le trottoir. Tousser librement en présence d'autres personnes sans mettre la main ou le mouchoir devant la bouche est également un délit.

Art. 2. — Pour dresser procès-verbal et appliquer la peine correspondante, il suffit de dénoncer l'une ou l'autre de ces infractions à un agent de l'autorité qui sera tenu d'intervenir. Ces agents, aussi, devront dresser procès-verbal lorsqu'ils constateront eux-mêmes l'un de ces délits.

« *Art.* 3. — Les infractions à la présente loi seront punies de... ; en cas de récidive, l'amende pourra être portée jusqu'à...

« Ces mesures qui s'adressent à toutes les poussières, à tous les crachats, aux individus sains en apparence, comme aux malades, ont l'avantage d'éduquer le public, de lui permettre de se défendre, à tout instant, contre les causes les plus fréquentes et les plus dangereuses de la contagion bacillaire, en même temps qu'elles font de ce public, le meilleur collaborateur de la prophylaxie antituberculeuse.

« Si, à ces mesures prophylactiques, on avait pu ajouter une vaccination efficace avec le B. C. G., on aurait eu encore plus facilement raison de la tuberculose.

« Malheureusement, ajoute M. Lignières, d'après les résultats des réactions tuberculiniques, le bacille bilie ne paraît pas dans la majorité des cas, transmettre par ingestion aux nouveau-nés une prémunition *utile*.

« En outre, bien que très atténué, ce vaccin semble être encore trop pathogène pour l'espèce humaine, ainsi que j'en ai donné des preuves.

« Jusqu'à ce que ces deux points soient définitivement élucidés, la plus élémentaire prudence indique de suspendre l'emploi du B. C. G. dans la prophylaxie antituberculeuse ».

Du métabolisme de la guanidine. — M. le professeur ***A. Rémond*** (de Metz) et ***MM. Colombies*** et ***Vives*** (de Toulouse). La presence d'un excès de guanidine dans le sang détermine les insuffisances fonctionnelles du foie et du rein. L'excès de guanidine disparait sous l'influence du traitement parathyroïdien qui améliore ainsi secondairement et notablement les conditions pathogéniques de l'azotémie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 octobre 1928.

Traitement des affections douloureuses abdominales par la diathermie. — ***M. Nemours-Auguste*** rappelle quelques actions de la diathermie, notamment la production de chaleur interne mesurée par une sonde thermo-électrique introduite dans l'estomac et en conseille l'application chez les malades non soulagés par les autres moyens. Cette thérapeutique est indiquée dans les affections organiques ou non, du tube digestif et plus particulièrement, chez les opérés qui continuent a souffrir véritables « désespérés du ventre » qu'aucun autre traitement ne réussit à calmer.

L'oléothorax curatif et préventif complément du pneumothorax. — ***M. Hinault*** montre que les épanchements puriformes du pneumothorax et les symphyses pleurales sont efficacement combattus à l'heure actuelle par l'oléothorax qui paraît en être la thérapeutique de choix. Dans les pleurésies puriformes ou purulentes, il est préférable d'employer l'huile d'olive antiseptique (environ 5 % de goménol ou d'eucalyptol) ; dans les cas de symphyse pleurale, l'oléothorax peut se faire avec de l'huile de paraffine qui se résorbe beaucoup plus lentement. Pour être efficace, l'oléothorax antisymphysaire doit être un véritable blocage de la plèvre sous pression contrôlée.

E. PERPÈRE.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'habitude de la douleur.

Il existe une habitude de la douleur, la douleur s'installe parfois suivant un rythme établi, par une affection, un traumatisme, qui laissent après eux cette fâcheuse séquelle de la douleur persistante. Ch. Fiessinger dans une étude pénétrante de ce phénomène a dit très justement : « Toute douleur qui se prolonge offre tendance à persévérer... le pli est pris ».

Malheureusement, si la douleur prend ses habitudes et reste fixée dans l'organisme qu'elle a touché comme l'image sur la plaque photographique, le malade ne s'habitue pas à sa présence qui ne cesse de lui être inopportune ou odieuse suivant son intensité.

Chasser cette douleur d'habitude effacer comme d'un coup de fer son pli détestable, enlever son enregistrement durable sur les neurones sensibles, est l'œuvre de l'analgésique. Car il importe de mettre le système nerveux périphérique à l'abri de ces impressions durables qui ne sont plus justifiées, autrement dit il faut soigner les douleurs persistantes, et c'est là qu'intervient opportunément la médication analgésiante.

La morphine est à rejeter absolument en raison de ses inconvénients et de ses dangers. Il faut un analgésique qui puisse être administré suffisamment longtemps, sans intoxiquer, sans nuire, au foie, au rein, sans déterminer à son tour l'habitude de son usage par une funeste euphorie.

La Cibalgine, qui ne contient pas d'alcaloïdes, aucune substance du tableau B, qui calme la souffrance sans faire le lit d'une toxicomanie, qui à dose modérée peut être administrée plusieurs jours de suite sans dommage pour l'organisme, est le meilleur agent à opposer aux douleurs persistantes, aux névralgies diverses dont se plaignent tant de femmes, tant de « nerveux » tant « d'intellectuels », dont la sensibilité trop affinée amplifie l'écho lointain d'une cause dolorifique minime ou même disparue. En leur prescrivant la Cibalgine 2 à 4 comprimés par jour, ou 2 à 4 ampoules, on mettra bien souvent un point final à ces fâcheuses résonnances.

Dr SAVIGNY.


PHOSPHATE VITAL

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Traitement de l'expectoration des tuberculeux. (VIGOUROUX, *Languedoc médical*, 1928, n° 6, p. 18)

Toute médication dirigée contre l'expectoration, doit tendre à la supprimer, sans être nuisible au malade. C'est un procédé souvent difficile à réaliser, car la plupart des produits employés assèchent la muqueuse pulmonaire en la congestionnant.

Le thiocol est toujours admirablement supporté si on a soin d'employer un produit rigoureusement purifié et minutieusement contrôlé. On peut le prescrire sous forme de cachets, de comprimés, de sirop. La formule Roche utilise un sirop d'écorces d'oranges tout à fait spécial, dont les vertus orexiques et eupeptiques complètent les propriétés tonique et dynamogéniques du thiocol lui-même.

Chez les enfants, par exemple, on peut donner 2 ou 3 cuillerées à café par jour de ce sirop, il est toujours très bien toléré, il calme leur toux et il améliore leur état général. Chez les adultes;la dose moyenne est de deux à trois cuillérées à soupe par jour ; chez les bronchitiques, il fait merveille ; chez les catarrheux, il réalise une des meilleures médications ; chez les entéritiques surtout constipés, il provoque la désinfection gastro-intestinal ; chez les pretuberculeux, il met l'appareil bronchopulmonaire en état de défense ; chez les tuberculeux enfin, il donne des résultats constants et chez tous ces malades, il est un excellent adjuvant de la cure d'air et du repos. Plus et mieux que la terpine, que le soufre seul, que la créosote, il assèche les poumons et il est infiniment moins congestionnant que ces divers produits. Sans doute, il ne suffit pas toujours, à lui seul, à calmer une toux rebelle, quinteuse, coqueluchoïde et surtout émétisante ; dans ces cas, il faut recourir an pantopon qui donne vraiment d'excellents effets ; dans d'autres cas, il vaut mieux s'adresser à l'allonal qui est un analgésique et un sédatif de premier ordre et qui, combiné au thiocol, est susceptible d'avoir une action calmante vraiment remarquable ; mais il faut bien savoir que, dans l'immense majorité des cas, chez tous les malades qui toussent et qui crachent, le thiocol est le meilleur médicament que l'on puisse formuler.

Le problème actuel de la reminéralisation

Le Dr. Barbier a présenté au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (1 juillet 1928) une note dont voici les conclusions :

1° Le *problème de la fixation du calcium* domine la pathologie de l'enfance, son absence entraînant des troubles graves, tels que le rachitisme, la spasmophilie ; ce problème dominerait peut être également le traitement de la tuberculose.

2° Pour reminéraliser les malades, il ne suffit pas de leur donner de fortes doses de phosphore et de chaux, il faut avant tout que ces médication *puissent être fixées par l'organisme.*

3° L'ergostérine ou vitamine D serait la substance la plus capable d'assurer cette fixation du calcium par l'organisme. Cette substance constituerait le principe actif des levures, comme de l'huile de foie de morue.

4° Les rayons ultra-violets soit par leur action directe sur l'organisme, soit par une action indirecte (aliments et médicaments activés) exercent la même action thérapeutique que les produits vitaminés naturels.

5° En associant une huile de foie de morue à de l'ergostérine et à des lipoïdes irradiés, et en employant comme stabilisant l'éther benzylo-cinnamique, on obtient un produit injectable d'une remarquable activité.

6° Ce produit connu sous le nom de « *Viosten* » nous a paru réaliser le fixateur par excellence du calcium dans tous les états de déminéralisation et de décalcification osseuse ou pulmonaire

---

ERRATUM à l'article du Dr ROZIÈS, *Progrès Médical*, 29 septembre 1928 :

Page 1583, 9me ligne. Lire : « *dénoncé* le danger » au lieu d'« *annoncé* ».

Page 1583, 2me colonne, 41me ligne. Lire « médication *à laquelle* » au lieu de « *auquel* ».

Page 1584, 5me ligne. Lire : « sur *ce* vaccin » au lieu de « sur *le* vaccin »

Page 1588, 2me colonne, 24me ligne. Lire : « la *simplicité* de son mode d'administration » au lieu de « la *complexité* ».

et plus loin « son efficacité est *discutée* », au lieu de « *son efficacité* ».

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 42. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 20 OCTOBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLEMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Etranger 1re zone	70 fr.
Etranger 2e zone	90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours d'internat.* — Composition du jury : MM. les Drs Jacquelin, Janet, Mouquin, Carrié, Soupault, Michon, Senique, Charrier et Portes,

Concours d'oto-rhino laryngologiste des hôpitaux (*admissibilité*). — Composition du jury : MM. les Drs Grivot, Le Nuë Lemaitre, Hautant, Kram et Bourgeois. — 8 candidats : MM. Aubin, Aubry, Huet, Lanos, Leroux, Maduro, Miegeville et Winter.

Epreuve écrite. Séance du 11 octobre 1928. Questions données. Anatomie macroscopique du nerf laryngé supérieur. — Tumeurs malignes du cavum.

Concours de l'internat en médecine (oral). — Composition du jury : MM. les Drs Louis Ramond. Souqués, Grenet, Comte, Weil (M.-P.), Brocq, Bergeret, Gatellier. Fey et Lévy-Solal.

Séance du 11 octobre : Questions données. Causes et signes de l'insuffisance aortique. Symptômes et évolution du mal de Pott dorso-lombaire. — MM. Postel 15, Bonnet, 15, Buquet 15, Favre (Fr.) 23. Henrion 24, Deslandres 25. Boyer 13, Bolgert 22, Lardennois 19, Lecadre 14.

Séance du 12 octobre : Questions données : Signes et diagnostic des cancers du foie. — Complications des kystes de l'ovaire. — MM. Maisler 21, Fournié 20, Labesse 13, Thomas 25, Mlle Baguette 22, MM. Nicolas 24, Courtial 10, Lefebvre 9, Gorodiche 18, Sambron 10.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 16 octobre. — M. Corviset. Etude sur les péritonites généralisées. — M. Poirier. Du diagnostic différentiel entre les hépatites et les affections pulmonaires. — M. Delthil. L'opium chez l'enfant. — Mr Makaravicz. Le carcinoïde de l'appendice.

17 octobre. — Mlle Bertazzi. Traitement des rétroversions par le massage. — M. Le Floch. Etude sur le rhumatisme chronique. — M. Marghal. La radiothérapie de l'angine de poitrine. — M. Sergent. Les facteurs de croissance des microbes en milieux artificiels.

Clinique médicale propédeutique. (Professeur Emile Sergent, Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l appareil respiratoire* du lundi 3 décembre au samedi 8 décembre 1928 inclus, par MM. Sergent, Pruvost, Francis Bordet, Cottenot, Mignot, Henri Durand, Grellety-Bosviel, Turpin, Kourilsky, Couvreux et Benda.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 francs.

Programme des leçons théoriques. — Ces leçons seront au nombre de trois par jour : à 11 heures (sauf le lundi), à 15 heures et à 17 h. 30 :

Lundi 3 décembre, 9 heures. M. Sergent : Principes généraux et technique du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 15 heures, M. le Dr Bordet : Les images broncho-pulmonaires normales ; 17 h. 30, M. le Dr Cottenot : Cage thoracique et corps étrangers intrathoraciques.

Mardi 4 décembre, 11 heures, M. le Dr Turpin : Diaphragme ; 15 heures, M. le Dr Durand : Médiastin (tumeurs et kystes) ; 17 heures, M. le Dr Mignot : Adénopathies médiastinales et tuberculose ganglio-pulmonaire.

Mercredi 5 décembre. 11 heures, M. le professeur Sergent : Trachée et bronches ; 15 heures, M. le Dr Benda : Médiastinites et pleurésies médiastinales ; 17 h. 30, M. le Dr Bordet. Les images pathologiques élémentaires.

Jeudi 6 décembre, 11 heures, M. le Dr Durand : Pleurésies sèches et épanchements pleuraux de la grande cavité ; 15 heures, M. le Dr Grellety-Bosviel : Scissurites et épanchements scissuraux ; 17 h. 30, M. le Dr Pruvost : Pneumothorax et pneumo-séreuse.

Vendredi 7 décembre, 11 heures, M. le Dr Bordet : Pneumopathies aiguës non tuberculeuses ; 15 heures, M. le Dr Kourilsky :

Abcès du poumon ; gangrène pulmonaire , 17 h. 30, M. le Dr DURAND : Pneumopathies chroniques non tuberculeuses.

Samedi 8 décembre, 11 heures, M. le Dr DURAND Tuberculoses pulmonaires aiguës ; 16 h. 15, M. le professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques ; 17 h. 30, M. le professeur SERGENT : Tuberculoses pulmonaires chroniques.

PROGRAMME DES EXERCICES PRATIQUES. — Ces exercices auront lieu tous les matins, à 10 heures (examen des malades), sous la conduite des conférenciers, et tous les après-midi, à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques) par le Dr COUVREUX.

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Comité de défense contre la tuberculose. — Un concours est organisé pour la nomination d'un médecin chargé à la fois du dispensaire antituberculeux, de la consultation antivénérienne et prénatale dans la ville de Bergerac (Dordogne).

Le traitement et les conditions de nomination sont conformes au règlement intérieur des dispensaires (Statut type).

Les dossiers devront être adressés au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris-VIe, le concours devant avoir lieu le 12 novembre.

Le Ier Congrès international des hôpitaux se réunira du 12 au 15 juin 1929, à Atlantic City (U. S. A.)

Ce Congrès réunira les médecins, infirmières, directeurs, administrateurs, architectes et ingénieurs des hôpitaux.

La cotisation est de 5 dollars. Les inscriptions sont reçues en France par M. J. E. Brizon, 9, rue de la Charité, à Lyon.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur René Sand, 2, avenue Vélasquez, à Paris.

Clinique des maladies du système nerveux. (Professeur : M. Georges GUILLAIN). — Un cours de perfectionnement sur les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et du système nerveux périphérique sera fait à la Salpêtrière par MM. Th. Alajouanine, agrégé : N. Péron, A. Thévenard, J. Darquier, J. Decourt, chefs de clinique ; P. Léchelle, médecin des hôpitaux ; L. Girot, P. Mathieu, J. Périsson, anciens chefs de clinique ; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière ; H. Lagrange, ophtalmologiste; et Lanos, oto-rhino-laryngologiste de la Clinique

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera deux séries de seize leçons : la première série commencera le lundi 22 octobre 1928, à 15 h., à l'amphithéâtre de la Clinique Charcot, et comportera deux leçons par jour, l'après-midi : la deuxième série commencera le lundi 5 novembre, à 15 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription pour chacune de ces séries : 250 fr.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — *Enseignement clinique médical.* — M. le Dr DUFOUR fera, tous les vendredis à 10 h. 1/2, salle Hillatret, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Première conférence le vendredi 23 novembre 1928. Tous les matins, enseignements des stagiaires.

CHEMIN DE FER DU NORD

La Société des Transports auxiliaires de la région du Nord (S. T. A. R. N.) a complété à partir du 8 courant son réseau automobile de l'Oise par un service quotidien d'autobus desservant toutes les localités de la vallée de l'Automne entre Verberie et Villers-Cotterets.

Cette ligne est en correspondance à Verberie avec les lignes automobiles de Compiègne-Senlis-Dammartin et procure aux points de contact avec le Chemin de fer du Nord des correspondances nombreuses avec Soissons la à Ferté-Milon, Paris, Compiègne, Amiens, Saint-Quentin.

Les heures de passage des autobus, depuis le 6 Octobre, aux gares du Chemin de fer du Nord sont les suivantes :

Senlis : Dép. 8 h. 40, 14 h. 15 ; Verberie : Dép. 9 h. 25 ; 12 h. 40, 15 h. ; Compiègne : Arr. 10 h. 10, 13 h. 30, 15 h. 45 ;

Compiègne : Dép. 10 h. 35, 14 h. 15, 18 h. 25 ; Verberie : Dép. 11 h. 15, 15 h. 05, 19 h. 05 ; Senlis : Arr. 12 h. 08, 19 h. 55 ;

Senlis : Dép. 7 h. 15, 15 h. 55 : Dammartin : Arr. 8 h. 40, 17 h. 20.

Dammartin : Dép. 8 h. 50, 18 h. 20 ; Senlis Arr. 10 h. 15 19 h. 45.

Verberie : Dép. 7 h. 10, 15 h. 50 Villers-Cotterets : Arr. 8 h. 55, 17 h. 23.

Villers-Cotterets : Dép. 9 h. 36, 19 h. 45 ; Verberie : Arr. 11 h. 09 21 h. 18.

La vente d'un laboratoire de Pasteur. — On va vendre aux enchères a Arbois (Jura), une maison dans laquelle, en 1863 et 1864, Pasteur s'était installé pour continuer, pendant ses vacances, les travaux sur les fermentations qu'il avait entrepris depuis plusieurs années.

Sur une plaque de marbre blanc, à peu près carrée, de soixante-dix centimètres de côté, on lit ces mots gravés en lettres d'or : « Cette maison servit de laboratoire à Pasteur, en 1863 et 1864 ».

Né à Dole élevé à Arbois, pays de vignobles « les études sur le vin attiraient Pasteur ». En 1863, accompagné de trois normaliens, Duclaux, Gernez et Lechartier, il commença une série d'expériences à Arbois. La municipalité lui avait offert un local pour lui servir de laboratoire. « Il refusa l'offre de la ville, craignant de ne pas rendre un service proportionné à la générosité du conseil ». Avec ses préparateurs, il s'installa dans une grande salle qui venait de servir de café-restaurant pour les ouvriers travaillant à la construction de la ligne de chemin de fer de Dole à Lons-les Saunier, et, dans ce laboratoire improvisé, pour lequel il avait dû se procurer et mettre en place tous ses appareils, il poursuivit pendant les mois de septembre de 1863 et de 1864 ses savants travaux sur la maladie des vins.

Duclaux et ses camarades ont cru « que les brocards de la population un peu narquoise de la petite ville » étaient provoqués par la vue des appareils « de forme peu canonique qu'ils promenaient dans les rues ». En réalité, les vignerons, très fiers de leurs vins et ne doutant pas de leur science œnologique, étaient à la fois surpris et vexés de cette intrusion des « Messieurs de Paris ». dans ce qu'ils considéraient comme leur domaine particulier, et ils n'admettaient pas que ceux-ci pussent être plus documentés qu'eux-mêmes sur leurs produits, Pasteur eut d'ailleurs l'occasion de s'en apercevoir, quand, vingt ans plus tard: « alors qu'on le regardait déjà comme l'un des premiers savants du siècle », il fit, dans ce même vignoble, quelques recherches sur le phylloxéra.

Il eut, par suite, à Arbois, un laboratoire convenable quand il eut fait transformer en maison bourgeoise la tannerie paternelle.

Le 37e congrès de chirurgie. — L'Association française de chirurgie a procédé à la désignation d'un vice-président pour le congrès de 1929, qui sera de droit président du congrès de 1930. Le docteur Auvray, professeur agrégé à la faculté de Paris, a été nommé. Le congrès de 1929, aura lieu le 7 octobre, sera présidé par le docteur L. Tixier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon. Lés questions suivantes ont été mises à son ordre du jour :

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Rapporteur, MM. Lardennois (Paris) et Bérard (Lyon).

Indications et résultats de l'ostéosynthèse dans le traitement du mal de Pott. Rapporteurs, MM. Rocher (Bordeaux) et Lardennois (Paris).

Traitement des plaies des tendons des mains. Rapporteurs, MM. Ch. Bloch (Paris) et Bonnet (Lyon).

Institut d'orientation professionnelle. — L'Institut National d'orientation professionnelle, créé sous les auspices de l'Enseignement technique, sous la présidence de M. Labbé (Directeur général de l'E.T.) et la direction de MM. Fontègne, Laugier et Piéron, à la fois centre de recherches, centre de documentation et établissement d'enseignement, commencera ses cours en vue de la formation technique des conseillers d'orientation, dans la première semaine de novembre.

Le registre d'inscription (leur nombre étant limité) est ouvert pendant le mois d'octobre, tous les jours de 2 h. 1/2 à 5 h. 1/2, au Secrétariat, musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, où doivent être adressées toutes les demandes de renseignements et les communications intéressant l'Institut.

VIe Congrès de stomatologie (Paris) 1929. — Le prochain Congrès de stomatologie (VIe) se tiendra à Paris du 22 au 29 octobre 1929, à la Faculté de médecine et à l'Ecole française de stomatologie.

Président : M. le Dr Rousseau-Decelle ; vice-présidents : MM. les Drs Bozo (de Paris) Bacque (de Limoges) ; secrétaire

général : M. le Dr Leclercq ; secrétaire-général-adjoint : M. le Dr Richard ; trésorier : M. le Dr Psaume.

Les questions suivantes ont été choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet d'un rapport : 1° Les septicémies d'origine bucco-dentaire. Rapporteurs : MM. Thibault et Raison ;

2° Traitement chirurgical des infections du periapex, curettage et résection, résultats éloignés. Rapporteur : M. Lacronique.

Une autre question sera mise en discussion : Prophylaxie de la carie dentaire.

Dans le but d'unifier et d'augmenter l'efficacité du travail du Congrès, le comité d'organisation a décidé de demander aux congressistes d'orienter leurs communications autour des deux sujets laisant l'objet des rapports.

Toutefois, pour ne pas écarter des travaux du Congrès les sujets originaux déjà en cours de préparation, deux séances leur seront réservées.

Une importante exposition d'instruments et d'appareils concernant la stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine pendant la durée du Congrès. Il sera également organisé une exposition relative à l'histoire de la stomatologie.

La cotisation est fixée à 100 fr. ; les inscriptions seront reçues dès maintenant par le trésorier, le docteur Psaume, 60, rue de Rennes, comptes de chèques postaux : Paris 923-76.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général M. le Dr Leclercq, 9, boulevard de la Madeleine, Paris (1er), ou au secrétariat permanent du Congrès, salle Béclard. Faculté de médecine (A. D. R. M.), rue de l'Ecole- de-Médecine, Paris (VIe.)

Direction départementale d'Hygiène de l'Aisne. — Il est ouvert à la Préfecture de l'Aisne un concours sur titres pour deux emplois de médecins inspecteurs départementaux d'hygiène adjoints chargés plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes).

Les avantages attachés à cette fonction comportent des traitement et indemnités diverses s'élevant pour le début au chiffre de 30.000 francs pour aboutir par échelons successifs à 40.000 francs plus une indemnité de déplacement annuelle de 11.000 francs. Pour les conditions, s'adresser à la Préfecture de l'Aisne.

Service de santé colonial. — Le concours qui s'ouvre, le 3 décembre prochain, à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, permet à tout docteur en médecine ou pharmacien, de nationalité française, âgé de moins de 32 ans, ayant satisfait à ses obligations militaires d'activité, d'entrer dans le corps de santé colonial avec le grade de lieutenant.

Les conditions de ce concours sont fixées par un arrêté ministériel en date du 31 juillet 1928, paru au *Journal officiel* des 6 et 7 août 1928.

Des bourses de 10.000 francs sont offertes aux candidats admis à ce concours en compensation de leurs frais d'études.

Des renseignements détaillés sur la carrière de la médecine coloniale, sur les soldes, indemnités, etc... seront fournis sur demande adressée au Ministre de la Guerre. Direction des Troupes Coloniales (1er bureau).

Nécrologie. — Dr Georges Portal, décédé à l'âge de 60 ans.


VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE SPÉCIALE
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE SPÉCIALE
VIVOLÉOL

L'Enquête sur le surmenage scolaire

Par M. le Professeur **Maurice LOEPER.**

La Réforme de l'Enseignement secondaire est toujours à l'ordre du jour et la tribune de la Chambre retentit encore des discussions passionnées, et des plaidoyers ardents des hommes d'Etat, d'affaires ou de lettres proposant les uns de moderniser, les autres de maintenir intégralement les programmes classiques.

Nul ne discute le rôle éducateur du passé et l'influence du latin et du grec sur notre formation mentale et intellectuelle et nul ne songe certes à en supprimer l'étude, au moins pour l'élite de notre pays. Mais le passé ne peut conserver la place si large qui lui a été concédée devant l'extension des acquisitions du présent et la difficulté de les assimiler toutes.

Les connaissances humaines ont terriblement progressé depuis le dernier siècle en mathématique, en chimie, en physique et en mécanique ; l'histoire de plus en plus touffue s'approfondit et s'étend, la géographie elle-même s'accroît de considérations économiques et sociales ; l'enseignement des langues vivantes devient indispensable à la science comme à l'industrie et au commerce. On ne peut tout conserver, tout apprendre, tout connaître. Il faut songer à la vie et à ses impérieuses nécessités et non point seulement aux agréments d'une lecture et aux fleurs de l'esprit. Et il faut bien porter la hache dans le domaine le moins utile ou tout au moins le moins indispensable.

Il ne nous appartient pas dans ce journal d'aborder le point de vue très général et élevé de l'éducation de nos enfants et de notre race. Mais nous devons placer le problème sur un terrain véritablement pratique et médical ; nous devons nous demander, demander surtout à ceux qui savent, si l'extension toujours plus grande des programmes ne nuit pas à la résistance physique, à l'équilibre nerveux des élèves et s'il n'est pas nécessaire de réduire les matières qu'on leur ingurgite souvent avec excès.

Y a-t-il un surmenage scolaire ? Telle est la question que nous avons posée après d'autres, avec l'espoir de réveiller la discussion, de l'éclairer et de combler quelques lacunes. Certains nous répondront négativement et invoqueront cette force défensive qu'est l'indifférence naturelle et spontanée de l'enfant lorsqu'il est saturé. J'avoue ne point partager tout à fait leur opinion car il est bien des enfants chez qui l'amour-propre est capable de vaincre l'indifférence et qui s'éreintent littéralement pour suivre et pour comprendre.

Si le surmenage existe, et certains le croient avec moi, quel remède peut-on lui opposer ? Faut-il réduire les programmes ? Sur quoi doit porter la réduction ? Ne faut-il pas, avant tout, définir avec plus de précision et limiter plus exactement les matières ?

N'est-il pas indispensable d'établir entre les différentes classes des progressions plus régulières et d'éviter les bonds et les saccades qui surmènent l'élève au début et au cours de son année d'études ? Ne faut-il pas respecter plus strictement le congé hebdomadaire, relai indispensable d'une semaine de travail ; répartir plus également les devoirs que l'élève fait quotidiennement chez lui ; espacer les compositions et ne les point masser dans un temps trop réduit ?

Ne semble-t-il pas parfois que les professeurs s'ignorent les uns les autres et que l'administration des lycées est plus un instrument d'enregistrement que de coordination ?

Le professeur de Lycée est tout de dévouement, de science et de patience. Il aime son enseignement et la matière qu'il traite et peut être tenté de lui donner une extension toujours plus grande quelque mesuré que soit le temps qu'il y consacre. Voilà qui est très naturel et très humain, et c'est pourquoi la Direction des études doit assigner à chaque matière sa place invariable de matière primordiale ou de matière secondaire.

Il est très naturel encore que, le professeur entraîné par son sujet, puisse oublier un peu ceux qui l'écoutent, et la nécessité de se faire comprendre et d'être compris ; qu'il s'adresse souvent plus aux bons élèves qu'aux moyens, bien que ces moyens pâtissent et que leur cerveau patine. Et c'est cette fatigue qu'il faut déceler, et éviter. Or on ne peut la déceler et l'éviter que si l'on étudie soigneusement et si l'on connaît la réceptivité si différente des jeunes cerveaux que l'on éduque.

Sur cette réceptivité et sur cette fatigabilité dont la méconnaissance peut compromettre l'équilibre actuel et futur des jeunes gens, je crois que le personnel enseignant n'est pas le meilleur juge ou qu'il ne doit pas rester le seul. C'est avant tout une question médicale; pour fixer un programme, pour le réduire ou pour l'étendre, pour le rendre assimilable, l'avis des médecins me paraît indispensable.

Et je ne sache pas qu'ils soient souvent consultés ; leur rôle dans un collège ou un lycée se réduisant le plus souvent à examiner une amygdale ou à prescrire un isolement.

A côté d'une réduction de programme qui va certainement s'imposer, d'un amalgame (le mot a mauvaise presse, mais je l'emploie tout de même) plus parfait des matières des différents cours, d'une coordination plus complète des efforts des professeurs, il faut demander aussi la collaboration des médecins dans l'établissement des programmes universitaires et leur intervention aussi dans leur application.

Réflexions et menus propos d'un vieux médecin sur la pédagogie psycho-physiologique et les réformes pédagogiques.

Par M. le Dr **Paul LE GENDRE.**
Membre de l'Académie de Médecine.

Il y a vraiment un contraste saisissant entre la rapidité avec laquelle les inventions mécaniques se perfectionnent, provoquant l'engouement et l'adhésion unanime du public, et la lenteur de l'évolution des mœurs quand il s'agit pourtant de questions qui intéressent au plus haut degré l'avenir intellectuel et moral d'un peuple. En vingt ans l'automobilisme et l'aviation ont transformé la vie matérielle ; en cinquante ans l'art d'élever et d'instruire la jeunesse s'est à peine modifié et les discussions sur les réformes pédagogiques sont toujours les mêmes.

Cette réflexion mélancolique m'est suggérée par la lecture d'un fascicule du *Journal médical français*, fondé par mon collègue Castaigne et consacré au Surmenage. Dans une série d'articles fort bien composés, le surmenage est étudié sous tous ses aspects ; le scolaire en particulier par mes collègues Edmond Lesné et Charles Richet fils au point de vue des conséquences physiques pour les enfants de 6 à 13 ans, du travail excessif et d'un séjour trop long dans les grandes villes ; — au même point de vue, Mme Marguerite Reynier, professeur au lycée Montaigne, conclut à modifier programmes et horaires et à séparer les mieux doués des retardés. Or tout cela, je l'ai dit, il y a plus de 30 ans, après d'autres, avec d'autres, et tant de publications semblent n'avoir été que *verba et voces*.

Les médecins doivent s'intéresser aux questions pédagogiques, comme pères de famille (la plupart le sont ou le seront) et comme professionnels. Tous sont appelés dès le début de leur

pratique à donner leur avis aux familles qui les consultent sur des troubles de la santé des enfants et qui les imputent, à tort ou à raison, à ce qu'on est convenu d'appeler le surmenage scolaire. — Un nombre croissant de médecins est en outre appelé à exercer les fonctions de médecins inspecteurs des écoles. S'il est vrai que l'exercice de cette fonction ne leur donne pas le droit de s'immiscer directement à l'organisation des études, si, en principe, ils n'ont à donner leur avis que sur l'hygiène physique, comme pendant l'enfance et l'adolescence le travail scolaire joue un rôle important dans la santé, le médecin peut et doit être appelé à formuler une opinion sur l'opportunité de certaines réformes pédagogiques.

Il faut donc qu'il en ait une. Or, on a tant écrit sur ce sujet depuis quelques années qu'il n'est pas facile d'y voir clair ; c'est à l'éclairer que tend le présent travail.

***

Depuis plus de trente ans je me suis adonné à l'étude de l'hygiène physique et intellectuelle des écoliers et des collégiens ; j'y fus amené dès 1893, comme spécialiste en médecine infantile, parce que j'étais fréquemment consulté pour des enfants et des jeunes gens qui présentaient des syndromes de fatigue nerveuse au cours de leurs études, en dehors des causes tangibles de dépression liées à des maladies nettement caractérisées. J'ai successivement incriminé soit l'insuffisance générale de l'activité physique, encore bien restreinte à cette époque, soit certains abus sportifs qui en étaient faits par quelques-uns sans discernement (1), soit l'alimentation défectueuse dans certains collèges (2).

Mes recherches personnelles suivaient la marche qui avait été celle de l'Académie de médecine dans une discussion de cinq mois sur le surmenage scolaire en 1887. Celle-ci avait surtout incriminé l'internat ; réclamant des pouvoirs publics des lycées à la campagne ,de larges espaces bien exposés pour les récréations, des salles de classes mieux éclairées et mieux aérées, la diminution du nombre des heures de travail sédentaire et l'augmentation proportionnelle du temps des récréations et des exercices physiques, tous les élèves devant être impérieusement soumis à des exercices quotidiens d'entrainement physique proportionnés à leur âge. Mais la préoccupation de la pédagogie intellectuelle ne s'était manifestée — bien timidement — que par cette courte phrase incidente « sans s'occuper du programme d'études, dont elle désire d'ailleurs la simplification ».

Or j'avais constaté par mes enquêtes personnelles que les syndromes de fatigue anormale, que le surmenage purement intellectuel prédominait chez les externes, depuis qu'on avait réalisé d'incontestables améliorations dans l'hygiène des internats, parce que dans trop de familles, outre les irrégularités des repas, les causes de distraction qui diminuent le temps du sommeil, la perte de temps des déplacements, on contribue à fatiguer l'écolier par des travaux supplémentaires imposés par quelque répétiteur bien intentionné, mais mal inspiré, en vue de le maintenir au niveau des forts de sa classe. J'étais amené à conclure que ce mal scolaire du surmenage intellectuel découlait surtout, comme l'avait nettement affirmé un directeur de l'Ecole normale supérieure, l'éminent historien Ernest Lavisse, en partie de programmes à visées encyclopédiques et en partie de méthodes d'enseignement défectueuses.

Dès lors, au nom de l'hygiène prophylactique, le médecin devait réclamer le droit de suggérer des modifications à ces programmes et à ces méthodes (3). La pédagogie n'est plus seulement, disais-je, cette science morale sur laquelle ont disserté tant de philosophes, qui ont étudié « l'enfant en soi », un « enfant idéal », mais une branche des sciences biologiques dans laquelle l'étude de l'individu prime celle de l'espèce.

A la base de la discrimination entre les écoliers considérés comme surmenés, disons anormalement fatigués, se trouve un diagnostic différentiel entre des paresseux et des malades ; c'est de la clinique. Puis se posent des questions d'étiologie (où il faut dégager les facteurs individuels : hérédité, prédisposition personnelle, tempérament, maladies antérieures) et de pathogénie, en distinguant les causes qui agissent sur tel ou tel individu et celles qui frappent tous les écoliers. Tout cela est bien du ressort de la médecine.

Mais, frappé des divergences d'opinions que je rencontrais sur ces matières entre les professeurs, les parents et les médecins, je pensai que, pour éclairer la question, le mieux était de provoquer un rapprochement entre ces trois catégories de personnes, intéressées à des titres différents à la santé des écoliers, en vue de discussions en commun.

Je fis agréer ce plan à mon regretté collègue et ami Albert Mathieu, qui m'avait exposé des vues analogues aux miennes sur le prétendu surmenage ou plutôt malmenage scolaire. Nous avons réussi à fonder en 1903 cette *Ligue d'hygiène scolaire*, groupant des médecins, des professeurs et des pères de famille d'une culture étendue —. Les compétences les plus variées étaient représentées dans un comité d'études, élu par les membres de la Ligue : des professeurs de Faculté, de lycées, de collèges, des directeurs d'école privée (G. Lanson, H. Bernès, L. Bougier, Chabot (de Lyon), des philosophes (Darlu, Xavier-Léon) ; comme médecins (Albert Mathieu, Siredey, Mosny, L. Guinon, M. de Fleury, Courmont (de Lyon), L. Dufestel, J. Génévrier, G. Paul-Boncour, Stéphane Bonnet ; des doctoresses, des architectes et constructeurs de mobilier solaire, etc.

Ce comité d'études pendant vingt années, soit dans des discussions mensuelles, soit en provoquant des Congrès nationaux et internationaux d'hygiène scolaire et de pédagogie physiologique, a réuni une documentation considérable, accumulée dans des Bulletins trimestriels trop peu connus ou trop négligés.

Or de cette masse de documents (statistiques, rapports, discussions) il est possible de dégager les **bases physiologiques et psychologiques sur lesquelles doivent reposer les méthodes pédagogiques et la confection des programmes d'études.**

I

La pédagogie psycho-physiologique.

Les méthodes pédagogiques doivent avant tout donner satisfaction aux BESOINS PHYSIOLOGIQUES GÉNÉRAUX : besoins — de *mouvement*, donc ne pas prolonger outre mesure la sédentarité et assurer *quotidiennement* une quantité suffisante d'exercices physiques (ou réglementés comme la gymnastique, ou en liberté : jeux variés appropriés à l'âge et aux forces de chacun, d'après l'appréciation du médecin).

Prévenir les déformations thoraciques et rachidiennes par un mobilier scolaire approprié :

— D'*aération* (l'exercice doit être fait au grand air), les classes doivent être régulièrement ventilées et l'idéal serait la « classe de plein air » ;

— D'une *alimentation* variée, réparatrice, facile à digérer ;

— D'un *repos* suffisant après les repas, surtout après celui du soir : sommeil assez prolongé.

Les méthodes pédagogiques doivent tenir compte des CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES — qui, si elles sont dans une certaine mesure communes à l'adulte et à l'enfant, présentent pourtant chez celui-ci certaines particularités. On a dit avec justesse : l'enfant n'est pas seulement un homme en petit. Le fonctionnement de son cerveau, au point de vue de l'intelligence, a ses caractères propres, parce qu'il est neuf et parce qu'il évolue suivant des réactions spéciales, remarquablement analysées dans les Bulletins de la Ligue d'hygiène scolaire par le Dr Pierre Régnier, son dernier Président, et qu'il me paraît utile de résumer ici.

A. ACQUISITION DES NOTIONS. Elles arrivent au cerveau *par les sens*, surtout par la vue, l'ouïe et le toucher.

Il faut dans la première éducation utiliser la vue et le toucher

(1) De l'utilité des exercices physiques et des inconvénients de l'abus des sports dans l'enfance et l'adolescence (Soc. méd. des hôp., Congrès de l'A. F. A. S. de Besançon et Caen).

(2) Dyspepsie des collégiens, causes et prophylaxie, 1896 (Congrès de pédiatrie, Marseille).

(3) Quelle part revient au médecin dans la pédagogie (Congrès de pédiatrie, Nantes, 1898.)

d'abord, en y joignant les explications nécessaires par la parole, et en se servant du chant pour aider à retenir certaines notions.

La *vue* a besoin d'une éducation spéciale. La plupart des enfants ne regardent pas à proprement parler, ne voient pas activement, si on peut dire ; ils subissent plutôt et reçoivent passivement l'impression des objets qui par leur nouveauté les frappent. Mais il faut les amener à passer peu à peu en revue tous les objets qui les entourent, en attirant sans cesse leur attention sur les détails, qui resteraient inaperçus si on ne les leur signalait pas ; combien d'enfants déjà grands sont incapables de dire quelle est la couleur des yeux de leurs parents, de décrire l'aspect physique de leurs maîtres et de leurs camarades ! Cette éducation de l'œil associée au toucher a été surtout utilisée dans l'enseignement primaire, suivant les idées de Pestalozzi, de Frœbel ; on obtient le meilleur résultat par les leçons de choses — et, dans la méthode de Mme Montessori, on associe les mouvements, le chant, les notions de la vie pratique et les notions morales.

Mais *dans l'enseignement secondaire on n'a pas encore tiré un assez grand parti de la vue.* Pendant les promenades, dans les sujets de devoirs, dans les interrogations, l'éducateur doit sans cesse attirer l'attention des enfants sur ce qui se passe devant leurs yeux ou sur ce qu'ils ont vu plus ou moins récemment. Des exercices de description de choses vues sont cent fois plus utiles que des sujets qui font appel à la pure imagination. Il faut multiplier les images visuelles par des planches coloriées, les aspects de la terre, des monuments caractéristiques, des pays et des personnages qui défilent dans l'histoire. Dans ce but on tirera parti de plus en plus du cinématographe ; mais on devrait dérouler devant l'écolier des *films instructifs* relatifs aux sciences naturelles comme à l'histoire et à la géographie, à la condition que ce ne soit pas un pur spectacle et que *continuellement le maître accompagne des explications indispensables le déroulement du film au ralenti.*

Pour utiliser le toucher, il faut donner de l'extension aux *manipulations* des instruments de physique, à la reproduction par le *dessin* des objets des collections zoologiques, botaniques, par les *travaux manuels* qui sont loin d'être encore organisés dans tous les établissements scolaires et sur l'utilité desquels insiste le Dr J. Roubinovitch (1). L'objection tirée de la question d'argent n'est guère valable en regard des avantages.

Chaque sensation nouvelle produit sur les centres cérébraux un choc émotionnel d'étonnement, suivi d'une *réaction de curiosité.* L'enfant cherche à s'expliquer ce qu'il voit, entend ou touche. Ce réflexe, prolongement, conséquence, équivalent du réflexe de mise en défense commun à tous les animaux, doit être utilisé par la pédagogie, en donnant satisfaction immédiate à cette curiosité, mère de la science. Si l'enfant ne reçoit pas à la réaction interrogative de son cerveau une réponse immédiate qu'il puisse saisir, sa curiosité est vite lassée, il retombe dans l'indifférence. Tel est le cas des écoliers qui, dans une classe trop élevée, ne comprennent rien ou presque rien à la leçon ; ils ne tardent pas à s'en désintéresser. Au contraire, dès que la curiosité a été en partie satisfaite, elle est stimulée, comme le chasseur qui entrevoit le gibier ; cette chasse aux notions nouvelles, c'est la *curiosité persistante,* l'ATTENTION.

C'est le point fondamental de la psychologie de l'enfant : curiosité vive, mais courte, attention courte aussi et faible, qu'il faut sans cesse tenir en éveil et fortifier. Il faut donc à chaque instant intéresser l'enfant à la recherche d'une sensation nouvelle, d'une nouvelle satisfaction, lui en faciliter l'acquisition en lui faisant prendre une part active à cette recherche : pour continuer la comparaison avec le chien de chasse, il faut lui tuer du gibier : sinon, il va se dégoûter de quêter. Chaque devoir doit apporter une nouvelle, mais petite difficulté à résoudre : il faut qu'elle ne soit pas trop difficile, pour que l'enfant ait conscience d'avoir fait un effort, mais qu'il ait le plaisir de la difficulté vaincue. Cette gradation n'est pas possible dans une classe où le même devoir est imposé à des enfants de capacité très inégale.

B. Les notions qui ont pénétré dans l'intelligence y demeurent en dépôt, conservées par la MÉMOIRE. On doit tirer parti surtout de celle-ci dans la pédagogie primaire, à la condition que les notions acquises aient pénétré dans un ordre assez méthodique pour qu'elles restent liées entre elles par des *associations en séries,* afin que l'une des idées de la série réveille très vite les autres. Pour que la mémoire cultivée ne soit pas seulement celle des sons, des mots (celle des perroquets), il est nécessaire que l'enfant ait toujours compris le sens de ce qu'il récite.

Bête de somme de l'intelligence, sans laquelle celle-ci ne peut avancer, la mémoire ne doit pas être surchargée ; sinon, elle fléchit et s'arrête. La pédagogie ne doit donc pas accabler l'enfant de leçons apprises par cœur et de formules dont il est incapable d'expliquer le sens. Il faut bien qu'il apprenne par cœur la table de Pythagore. Mais combien d'enfants récitent imperturbablement des théorèmes et des règles de grammaire sans les comprendre ?

C. Après l'acquisition des notions, leur classement et leur reviviscence par la mémoire, vient leur *utilisation* pour la formation du JUGEMENT. C'est là seulement que commence l'intelligence : au sens étymologique, choisir (*inter-legere*) entre les notions accumulées pour l'émission d'une pensée.

Ce choix est quelquefois si rapide qu'il ne paraît pas résulter d'une délibération intérieure : la pensée jaillit au premier appel : c'est l'*intuition*, et c'est chez l'enfant le mode d'utilisation des idées acquises de beaucoup le plus fréquent. C'est au fond un raisonnement si prompt qu'il peut être assimilé à un réflexe, mais sa rapidité même l'expose à être inexact. Sans vouloir entrer dans les discussions métaphysiques sur le role de l'intuition, que des philosophes mettent au premier rang de nos moyens de connaissance, et pour ne parler qu'au point de vue de la pédagogie, il est indispensable d'amener l'enfant à analyser le travail psychique en vertu duquel s'est formé le jugement qu'il exprime, en lui montrant, quand il a exprimé un jugement, comment celui-ci s'est formé dans son esprit à son insu par l'enchaînement successif des notions qu'il avait déjà acquises. C'est alors seulement que le RAISONNEMENT commence, quand l'enfant a pris conscience des deux modes : ***inductif***, par enchaînement ascendant des faits connus et analogues vers une conclusion qui les explique tous, — et ***déductif***, l'enchaînement inverse, descendant d'un fait général à une circonstance particulière.

***

Alors apparaissent surtout les *inégalités de capacité et d'aptitudes.* La plupart des enfants normaux ont une mémoire assez bonne, que l'exercice développe. Mais, comme il y a en réalité plusieurs formes ou modes ou localisations de la mémoire, celle des sons, des mots, celle des idées et des associations d'idées, certains enfants, qui ne peuvent presque jamais retenir le mot à mot d'un texte, sont en état d'en raconter parfaitement le sens. Ce sont souvent des esprits meilleurs, et qui fourniront un meilleur rendement dans les classes supérieures et dans la vie post-scolaire que les Inaudi et autres prodiges, capables de retenir des quantités de chiffres ou de réciter sans les comprendre des pages de prose ou de vers.

Chez un même enfant, par suite de circonstances qui troublent les conditions biologiques de son fonctionnement cérébral, — poussées de croissance excessivement rapides, pendant lesquelles le squelette attire à lui tout le phosphore aux dépens du cerveau, crise de puberté dans les deux sexes, convalescence de maladies aiguës, maladies chroniques de la nutrition (anémie, albuminurie intermittente de l'adolescence), végétations adénoïdes, — la capacité de mémoire, d'attention et de raisonnement fléchit et peut diminuer beaucoup pendant un temps plus ou moins long. Cette *diminutio capitis* constitue pour eux un état d'infériorité telle vis-à-vis des autres écoliers de la même classe qu'ils ne peuvent plus faire les mêmes devoirs, suivre les mêmes cours.

Ces *arriérés temporaires* doivent être soumis à un régime d'études spécial. D'où la nécessité de *classes spéciales* pour les nombreux cas de retard pathologique, classes dans lesquelles devraient prendre place aussi les enfants mal doués, débiles,

(1) Les travaux manuels développent les facultés intellectuelles (*Le Matin*, 16 août 1928.)

à compréhension lente, qui constituent la « queue » des classes (1).

La caractéristique fondamentale de tous ces enfants, c'est d'être *très rapidement fatigués*. Ce qu'on a nommé surmenage n'est au fond qu'une fatigue anormale par sa durée et sa disproportion avec l'effort demandé. Il y a une fatigue physiologique qui disparaît dans le jour après chaque récréation, chaque matin après le repos de la nuit ou après les jours de congé et les vacances : telle n'est pas la fatigue qui accable certains enfants d'une résistance nerveuse moindre que celle des autres enfants de leur âge ; l'effort parfaitement supporté par ceux-ci est excessif pour ceux-là. Cet effort excessif pourrait être évité à ces débiles par une méthode spéciale d'enseignement, qui ne peut leur être appliquée tant qu'ils restent mêlés aux autres. Comprenant plus lentement que les autres, ces fatigués perdent pied pendant la marche de la classe, sentent qu'ils ne peuvent suivre les autres : les uns se découragent et ne font plus aucun effort, d'autres cherchent à se relever et, humiliés de leur impuissance, deviennent malades moralement comme physiquement.

Ce problème de la fatigue scolaire doit être à tout prix résolu si on veut organiser une pédagogie physiologique et hygiénique. Mais il importe de dépister les simples paresseux (qui sont rares, je crois ; car beaucoup d'enfants réputés paresseux sont vraiment des débiles ou des malades).

Aussi les medecins et pédagogues contemporains se sont-ils efforcés de trouver des moyens précis pour dépister la fatigue collective et individuelle dans un groupe d'élèves. Les recherches expérimentales de psycho-physiologie en France (Alfred Binet et son école) et à l'étranger, — dictées, calculs, lectures, géographie, — ont fourni des tests (ou témoignages) qui, s'ils n'ont pas tous une valeur absolue, même en employant des procédés d'enregistrement chronographique fournissent d'utiles renseignements aux maîtres.

Mais les médecins scolaires peuvent relever des symptômes pathologiques chez les fatigués : maux de tête, altération des traits, troubles du sommeil, de l'appétit et des digestions, amaigrissement, épistaxis, albuminurie orthostatique. Cette symptomatologie très complexe vient d'être encore précisée récemment par le D[r] G.-A. Richard (2).

D'où l'utilité des examens médicaux périodiques qui seront d'autant plus efficaces qu'ils permettent d'inscrire sur le carnet de santé, établi dès le début des études, les variations dans l'état fonctionnel des organes de l'enfant. La création des *médecins inspecteurs des écoles* (H. Méry, Dufestel), l'organisation des *carnets de santé* (A. Mathieu), ont été des conquêtes dues à l'influence de la Ligue d'hygiène scolaire.

Pour prévenir la fatigue scolaire excessive chez tous les enfants, même ceux qui ont une résistance normale, il a fallu fixer d'après de nombreuses enquêtes statistiques la *quantité de travail intellectuel, sédentaire, quotidien* qu'on peut demander à la moyenne des écoliers. On s'est mis à peu près d'accord sur les données suivantes : De 7 à 10 ans, 3 h. à 3 h. 1/2 ; de 10 à 14 ans, 6 h. à 6 h. 1/2 ; de 14 à 18 ans, 7, 8 et même 9 h. dans les dernières classes préparatoires aux examens et concours. Ce temps de travail intellectuel doit comprendre les heures de classe et les heures d'étude.

On n'est pas encore arrivé à s'accorder sur la *durée optima de chaque classe*. Jadis elle était de deux heures. Sous l'influence des médecins, elle a été réduite à 45 minutes pour les plus jeunes enfants, à 1 h. pour les plus âgés : le principal argument médical était la nécessité de permettre à l'enfant de rompre plus souvent l'immobilité relative que la classe lui impose et de renouveler, en ventilant la classe, l'air vicié par l'accumulation d'acide carbonique et des principes volatils nuisibles issus de exhalations respiratoires et cutanées.

Ce dernier inconvénient n'existe pas dans les *classes de plein air*, qu'il serait avantageux de généraliser.

Mais les organisateurs des règlements scolaires ont cru nécessaire de changer à chaque classe la nature des sujets enseignés, et le professeur. En agissant ainsi, on a créé un nouveau danger ; on peut se demander actuellement si le morcellement des études n'est pas excessif. Sans doute une certaine variété des sujets étudiés dans la même journée repose les esprits ; mais, si elle est excessive, elle a pour conséquence l'éparpillement des efforts. M. de Fleury a comparé ingénieusement l'effort intellectuel nécessité par la prise de contact de l'écolier avec une nouvelle matière et surtout avec un nouveau professeur au démarrage des chevaux. Ce qui le fatigue le plus, ce sont les arrêts trop fréquents, qui substituent au bénéfice de l'entraînement acquis par un effort antérieur la fatigue d'un nouvel effort pour repartir après l'arrêt. Il y aurait probablement avantage à faire se suivre quelquefois deux classes d'une heure, avec le même maître, après les dix minutes de suspension hygiénique.

***

Le danger d'éparpiller à l'excès sur un trop grand nombre de sujets l'attention des écoliers et la somme d'efforts dont ils sont capables est imputable, non seulement aux horaires, mais aux *programmes*.

Les modifications dans la composition de ceux-ci en 1902 ont consisté principalement à multiplier les sujets d'étude, chaque sujet devant être enseigné par un professeur spécial, afin d'avoir un maître d'une compétence indiscutable.

Cette tendance à surcharger les programmes de l'enseignement secondaire dans un sens encyclopédique fut la conséquence de la préoccupation des organisateurs de ne laisser ignorer aux élèves confiés à l'Université aucune des acquisitions sans cesse accrues de la science contemporaine. Mais cette intention se heurte à l'impossibilité d'accroître la capacité d'absorption du cerveau de l'enfant et de l'adolescent. La somme d'attention dont il dispose est limitée, comme sa force nerveuse et musculaire. Il faut en prendre son parti et ne pas vouloir faire d'un cerveau moyen de 10 à 18 ans un musée dans lequel on voudrait collectionner des échantillons de toutes les connaissances humaines actuelles (Berthelot).

On a trop oublié que la période du développement intellectuel, qui accompagne le développement physique, doit surtout être consacrée à apprendre les méthodes de travail, à fortifier et assouplir en même temps l'esprit par des études générales plutôt que par l'emmagasinement des faits et des notions très nombreuses, qui seront nécessaires dans l'exercice ultérieur de chacune des études spéciales abordées à la sortie des lycées.

« En rédigeant des programmes trop vastes, on a étalé en largeur et diminué en profondeur les études. » (M. de Fleury.) La preuve paraît faite de l'erreur commise, puisque les juges impartiaux ont constaté que les générations d'élèves formées suivant les programmes de 1902 sont moins instruites que leurs aînées. La culture générale s'est affaiblie et la connaissance des faits n'est pas enrichie ; car, mal liés entre eux, à cause de leur nombre dans les cerveaux de capacité moyenne ou faible, ils sont séparés par de nombreuses lacunes qui les rendent inutilisables.

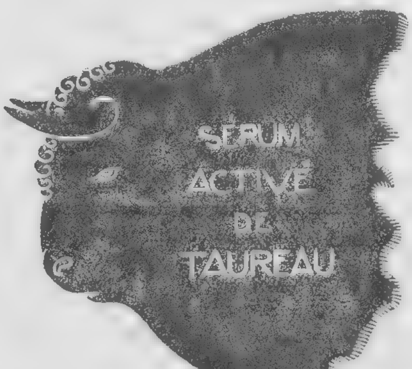
On avait espéré rendre la fatigue intellectuelle moindre en donnant une plus grande place aux exercices physiques et aux jeux sportifs ; ce résultat n'a pas été et ne pouvait pas être obtenu. On a additionné trop souvent deux fatigues. *Après un exercice physique intensif, un organisme humain moyen n'est pas capable d'un effort intellectuel immédiat* : un repos réparateur est nécessaire entre les deux efforts physiologiques, le musculaire et le cérébral.

Ce qui peut être utile et reposant, c'est l'*intercalation d'un travail manuel, qui ne nécessite pas de dépense musculaire intense, entre les groupes d'heures d'études*. Cet essai a donné de bons résultats dans tous les établissements scolaires où on l'a organisé convenablement. Les travaux manuels, sur le bois ou le métal, le jardinage rendent moins maladroits les enfants qui n'ont pas de dextérité naturelle et font naître chez certains d'entre eux le goût de professions mieux adaptées à leurs aptitudes congénitales. Il faut donner satisfaction au double besoin inhérent à l'enfant : curiosité intellectuelle et activité manuelle.

Albert Mathieu pensait qu'il pourrait être avantageux de

(1) Je laisse de côté les enfants *anormaux définitifs* (par innéité ou maladies durables), pour lesquels les travaux du D[r] Paul-Boncour et ses efforts ont amené la création d'*Écoles spéciales*, encore trop peu nombreuses.

(2) Le surmenage scolaire et les maladies de l'enfant et de l'adolescent. (*Bulletin médical*, septembre 1928.)


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

limiter les heures de classes à la matinée, en tenant compte de la disposition meilleure pour le travail intellectuel après le repos de la nuit, d'employer l'après-midi aux travaux manuels et exercices physiques, en réservant seulement deux heures d'études à la fin de la journée. Ce système a donné de bons résultats dans certains pays et dans certaines écoles libres. Mathieu concluait à son adoption dans l'Université. Diverses objections ont été faites, notamment au sujet des externes qui ne suivraient pas les exercices physiques et dont les parents ne sauraient comment occuper les après-midi. Mais pourquoi ne prendraient-ils pas part à ces exercices physiques ?

II

Les réformes pédagogiques désirables.

Je passe à l'examen d'un ensemble de mesures propres à diminuer la fatigue intellectuelle, tout en améliorant le rendement des études.

Tout d'abord, il est indispensable de ne pas conserver des classes trop peuplées, parce qu'un auditoire trop nombreux rend plus difficile au professeur la surveillance de la discipline et la possibilité de fixer l'attention. Il n'est pas moins nécessaire d'opérer un triage parmi les élèves trop inégaux en aptitudes à suivre un même enseignement.

Pour le dernier quart ou tiers d'une classe de 50 élèves, le maître aurait besoin de répéter plusieurs fois ses explications en les variant pour s'assurer qu'elles ont été comprises par tous ; il lui faudrait connaître individuellement la tournure d'esprit et les tares de ces élèves d'intelligence paresseuse ou arriérée. S'il se consacrait uniquement à ceux-ci, les plus intelligents et ceux qui ne diffèrent pas trop de l'élite n'avanceraient plus, s'ennuieraient d'entendre répéter des explications qu'ils ont comprises d'emblée.

On compte beaucoup sur l'*émulation* en pédagogie collective. Mais ce puissant facteur de stimulation intellectuelle, dont l'absence est le vice de l'instruction individuelle par un précepteur, n'entre en jeu que si l'écart n'est pas trop large entre l'élite et le restant de la classe. Sinon, les trop faibles, arriérés ou paresseux, renoncent vite à tout effort pour suivre la tête de la colonne ; ce sont d'éternels traînards que les maîtres sèment sur la route des études (1).

Dans certaines écoles primaires on s'est très bien trouvé de créer sous le nom de *classes d'entraînement* des divisions spéciales pour les trop faibles. Dans l'enseignement secondaire on ne s'est pas encore, à ma connaissance, décidé à généraliser une création semblable. L'objection que j'ai entendu faire est que les familles ne consentiraient pas à voir leurs enfants placés dans des divisions de faibles et préféreraient les retirer de l'Université pour les confier à des écoles privées. Cela arriverait sans doute de temps en temps, surtout au début de l'application d'une mesure comme celle-là. Mais, si les proviseurs et tout le corps enseignant entreprennent de faire comprendre aux parents, — et surtout aux *Associations de parents* en rapport constant avec l'Administration des lycées, fondées par le Dr Paul Gallois et dont la généralisation est si désirable, — quel bénéfice en résulterait à la fois pour les forts et pour les faibles, j'ai peine à croire qu'on n'arrive pas à convaincre peu à peu l'opinion publique de l'avantage de la répartition des élèves en *classes homogènes* comme capacité.

***

En outre, il est permis de penser que les *méthodes d'enseignement* actuelles pourraient être modifiées utilement en vue d'intéresser davantage la moyenne des élèves et par conséquent de prévenir la fatigue qui résulte, pour des esprits médiocrement attentifs ou à compréhension lente, du défilé à allure accélérée de faits trop nombreux, dont le lien échappe vite à beaucoup d'auditeurs.

Les programmes sont trop chargés sans doute ; mais on a dit qu'un bon maître pouvait encore tirer d'un mauvais programme un enseignement fructueux. C'est à lui d'élaguer l'accessoire, de mettre sans cesse en lumière le principal, d'extraire de toute matière la « substantifique moelle ».

Il en serait plus souvent ainsi avec un corps de professeurs moins spécialisés ; comment convaincre certains maîtres très instruits que tout ce qu'ils se sont donné la peine d'apprendre pour gagner leurs grades de licenciés et d'agrégés n'est pas utile à des collégiens et surtout à tous indistinctement ?

Un très bon professeur est aussi rare qu'un très bon médecin praticien. Ce n'est pas nécessairement un homme très savant, pas plus que le bon médecin ; j'irais presque jusqu'à dire que la trop vaste érudition affaiblit chez le maître, comme chez le médecin, le goût de la pratique, pour laquelle il faut des dons spéciaux (méthode, patience, bonté et fermeté).

Un très bon maître en toute matière doit enseigner tout d'abord à travailler ; comment on doit lire, plume en main, pour fixer l'important de ce qu'on a lu ; analyser pour rendre compte, et savoir exposer dans l'ordre logique les faits et les idées ; simplifier par l'analyse ce qui est complexe ; comparer les choses vues et lues.

Un tel maître laisse dans l'esprit de ses élèves une telle empreinte qu'elle ne s'efface jamais et que ceux qui l'ont subie se reconnaissent à des caractères communs. J'ai eu le bonheur d'en rencontrer un pareil au début de mes études à Louis-le-Grand ; plus tard, quand j'ai fait la connaissance du professeur de clinique chirurgicale Gosset, qui l'avait eu aussi, nous nous sommes déclarés réciproquement fils du même père intellectuel, en convenant que nous lui devions tous deux d'avoir appris à travailler. Antoine Pressard n'était pourtant qu'un professeur de sixième, simple licencié, pas même agrégé de grammaire ; mais il avait le feu sacré de l'enseignement : c'était un entraîneur d'esprits.

Si on ne peut espérer réunir jamais 40.000 très bons professeurs, pas plus que 25.000 très bons médecins, on peut sans doute en obtenir un assez grand nombre de bons et une suffisante moyenne d'assez bons pour les besoins de la nation, à la condition de les former dans les écoles normales de tous les degrés, en mettant au même niveau que l'acquisition des connaissances la préoccupation pédagogique. J'ajoute que la base solide de toute réforme pédagogique est son acceptation sincère par tout le personnel enseignant et qu'il ne faut pas espérer qu'un maître enseigne avec plaisir et par suite avec succès un programme qu'il désapprouve. Or, les divergences d'opinions sont actuellement très grandes parmi les maîtres au sujet des meilleures méthodes pédagogiques et souvent hostiles au sens des circulaires ministérielles.

***

Dans les SCIENCES nous souhaitons moins de faits et de classifications ; la préoccupation principale de faire comprendre aux élèves quelle est la *méthode propre à chaque science*, — quelles ont été les principales étapes de l'esprit humain dans l'acquisition des connaissances actuelles, quelle répercussion certaines grandes découvertes ont sur la vie pratique, et comment, après la période scolaire, chacun des futurs hommes devra procéder pour compléter, dans la carrière qu'il suivra, les connaissances dont on ne peut lui enseigner au lycée que les principes fondamentaux avec les méthodes de recherche.

En HISTOIRE, peu de dates, moins de détails, moins de batailles et de traités d'importance secondaire, mais l'enchaînement des grands événements, les caractéristiques des civilisations, l'action réciproque des grands hommes et de leur temps, l'influence prédominante des conditions économiques et géographiques sur la vie des peuples, le lien entre l'histoire et la littérature. Comment n'a-t-on pas trouvé le moyen de mener toujours de front la géographie, l'histoire et la littérature de chaque époque ? Quelle simplification et quel accroissement d'intérêt ! Mais, pour obtenir ce résultat, il ne faudrait pas que ces sujets fussent abordés isolément par autant de spécialistes ; il faudrait au moins une entente préalable et une synergie constante de ceux-ci.

Pour la LITTÉRATURE, au lieu de donner tant de place dans beaucoup de manuels à l'énumération d'écrivains de valeur

(1) P. LE GENDRE. — Traînards et boiteux de l'intelligence, in *L'Hygiène par l'exemple*, 1927.

médiocre, qui n'ont pas joué un rôle important dans l'évolution d'une langue ou dans le développement des idées d'une nation, pourquoi ne pas se limiter aux vrais grands écrivains et grands penseurs, mais en lisant et *faisant lire leurs œuvres maîtresses en entier* ?

Pour l'ANTIQUITÉ et les LITTÉRATURES ÉTRANGÈRES, un usage plus étendu des traductions intéresserait mieux que quelques passages péniblement traduits.

La *question de l'efficacité exclusive du* LATIN et du GREC pour développer ou relever ce qu'on appelle la culture générale m'apparaît, comme à plus d'un maître éminent de notre temps (Liard, G. Lanson) et malgré les discours éloquents de L. Bérard, — *mal posée*.

A l'exception des jeunes gens qui se destinent aux carrières dites libérales (enseignement secondaire et supérieur, droit, médecine, sciences morales et politiques), quel parti peuvent tirer les autres élèves de nos lycées de la connaissance peu étendue du latin et rudimentaire du grec ?

On m'objectera que bon nombre de lycéens ne savent qu'à la fin de leurs études quelle carrière ils embrasseront et que, dans le doute, leurs familles désirent qu'ils se préparent éventuellement à toutes. C'est un sophisme, je crois, sur lequel il faudra revenir et qu'il faut combattre ; un danger qu'on peut écarter par une sélection et une orientation au moment convenable.

Cette objection écartée — et je n'en méconnais pas la valeur — j'estime qu'on a faussé le sens des mots « *humanités* » et « *humanisme* » en continuant à les employer depuis la Renaissance comme synonymes d'étude des langues mortes. Il en fut ainsi sans doute tant qu'on ne put connaître les écrivains de l'*Antiquité* qu'en les lisant dans les textes. Rappelez-vous la phrase caractéristique que Rabelais prête à Gargantua dans sa lettre, si belle d'ailleurs, à son fils Pantagruel, au sujet de ce qu'il doit étudier : « J'entends que tu apprennes les langues parfaitement, premièrement la grecque (sans laquelle c'est honte qu'une personne se die savante), secondement la latine, et puis l'hébraïque pour les Saintes Lettres, et la chaldaïque et arabique pareillement... »

Mais, quand tous les textes anciens eurent tous été traduits, on pouvait s'initier pleinement au sens des civilisations grecque et latine par la lecture des traductions de tous les grands écrivains. Sans doute on perd, dans la meilleure des traductions, une part du charme de la forme et plus particulièrement pour les poètes. Mais ce qui constitue essentiellement la signification et la couleur d'une civilisation, ce sont les *idées* exprimées par les grands écrivains, philosophes et penseurs, ce sont les *tableaux descriptifs de la vie* des Anciens et l'étude de leurs *institutions*. C'est tout cela qui apporte aux modernes une culture plus large que les seules littératures nationale et contemporaines ; c'est cela qui mérite toujours le nom d' « humanisme ».

Tout bon professeur peut, en faisant lire et en commentant des traductions, donner une idée exacte des civilisations antiques.

M. Hippolyte Parigot, le rédacteur du *Temps*, spécialiste en questions de pédagogie, m'ayant fait l'honneur d'approuver dans sa *Vie et l'Ecole* la plupart des opinions que j'ai exposées en 1822, m'accorda que les humanités classiques n'ont pas une efficacité *exclusive*, mais seulement *supérieure*. J'en conviens, mais cette supériorité n'est indispensable que pour une minorité de Français. Il souhaite et moi aussi qu'à l'élite de notre jeunesse on donne une culture d'élite.

Mais, pour parler du latin en particulier, que vaut l'affirmation, qui a été émise, qu'on n'écrit bien en français que si on a étudié le latin ?

Sans doute, la connaissance du latin, l'étude parallèle du latin et du français facilitent la connaissance du français et son enseignement. Mais Vauvenargues ne sut jamais ni le latin, ni le grec ; J.-J. Rousseau ne put traduire Virgile qu'à 26 ans et on peut douter que la faible teinture qu'il prit du latin ait contribué à former son style. Que de femmes ont écrit parfaitement le français sans avoir appris le latin ! Et, depuis que les lycées de filles ont fabriqué tant de bachelières ès lettres, ne voyons-nous pas que beaucoup de celles-ci écrivent bien mal en français ?

Ce n'est donc guère contribuer à restaurer les humanités que de faire commencer le latin dès l'entrée au collège pour laisser libres ensuite ceux qui n'y auront pas mordu de continuer l'enseignement dit « moderne », en réservant le « classique » à l'élite. Si on emploie trois années à cette épreuve d'aptitude aux langues anciennes, il est permis de croire que ces trois années auraient pu être mieux employées par ceux qui ne continueront pas la voie classique. Ce n'est pas de 9 à 12 ans qu'on étudie avec fruit les langues anciennes ; on apprend les mots par cœur et on est rarement capable de goûter la forme littéraire. C'est à partir de 13 ans qu'il est plus rationnel de commencer le latin et le grec, si on désire en tirer profit plus tard.

Au contraire, dans le jeune âge, on peut apprendre plus facilement les langues vivantes, la mémoire des sons et des mots étant plus précoce que celle des idées.

***

Surtout qu'on n'aille pas supprimer la PHILOSOPHIE. C'est la rhétorique qui doit désormais lui céder le pas dans l'enseignement classique. Il est désirable que les professeurs de lettres soient des philosophes autant que des humanistes, et plutôt que des grammairiens. L'étude de la forme pure, l'histoire des écoles et des évolutions littéraires, la critique, qui exige désormais un acquit considérable d'érudition appartiennent plutôt à l'enseignement supérieur.

Mais l'esprit philosophique doit imprégner tout l'enseignement secondaire littéraire et scientifique. Car, dans une époque comme la nôtre, si troublée par la préoccupation des questions sociales, les jeunes gens doivent être habitués à prendre les choses de haut, à chercher la vérité avec méthode, à déceler les sophismes derrière les affirmations de fanatiques ignorants et les harangues creuses des beaux parleurs (G. Lanson).

***

L'importance croissante des LANGUES VIVANTES dans notre civilisation, où les rapports internationaux sont de plus en plus multipliés, me porte à insister sur les conditions les plus favorables au progrès de leur enseignement. J'en emprunte le résumé aux publications (1) d'un maître dont l'amitié m'honore d'autant plus que c'est un modèle de *self-made man*, M. A. Pinloche, professeur honoraire de la Faculté des lettres de Lille, ex-professeur au lycée Michelet, maître de conférences à l'Ecole Polytechnique, qui, encore travailleur manuel à dix-neuf ans et employé de commerce à vingt-quatre, s'est instruit uniquement dans les cours du soir de l'Association Philotechnique — où il fut aussi l'élève d'Antoine Pressard, — et, sans avoir passé dans un lycée, a conquis en cinq ans tous les grades universitaires qu'on n'obtient d'ordinaire qu'après plus de dix années.

Jusqu'au dernier quart du XIX[e] siècle on a enseigné les langues étrangères en France par les mêmes procédés que les langues mortes : la grammaire, le thème et la version. A l'étranger depuis le XVII[e] siècle avec le Moravien Comenius, le XVIII[e] avec le pédagogue allemand Basedow et le Suisse Pestalozzi, on s'était efforcé d'y substituer la méthode dite *orale* ou *directe*, à la manière des mères et des gouvernantes étrangères. On n'a pas tardé à constater que, si pour les débuts les enfants font des progrès assez rapides, grâce à leur facilité à reproduire les sons, quand ils ont appris un assez grand nombre de mots, de ceux qui désignent les objets qu'on leur montre, mais un petit nombre de formes grammaticales empruntées à la vie quotidienne, les sujets de conversation étant nécessairement peu variés, — quand il s'agit non plus d'objets concrets, mais d'idées abstraites, la pauvreté de leur vocabulaire et leur difficulté de comprendre et de s'exprimer éclatent.

On a donc vu qu'il est impossible de se passer d'exercices écrits, la traduction du texte de la langue étrangère dans sa langue maternelle, la *version* : mais on a voulu bannir le *thème* comme un exercice scolastique désuet, factice parce qu'il n'a pour but que d'appliquer certaines règles de la grammaire ; on a essayé de lui substituer la *rédaction libre*.

(1) A. PINLOCHE. — La nouvelle pédagogie des langues vivantes.

Mais celle-ci n'est qu'un thème déguisé et la plupart du temps l'élève, n'utilisant que les formes qu'il connaît, ne fait pas de progrès.

Il y a le thème utile et le thème nuisible.

Nuisible est le thème pour le thème, c'est-à-dire une traduction péniblement compilée à l'aide d'une grammaire purement didactique et d'un lexique.

Utile et intéressant lorsqu'il se réduit à ce qu'il doit être, c'est-à-dire l'imitation des modèles contenus dans les versions et les textes étudiés, c'est le meilleur moyen de contrôle des connaissances acquises.

Les *exercices de conversation* — à la condition que les élèves soient peu nombreux et la *lecture expliquée* — sont les moyens complémentaires.

L'étude d'une langue vivante ne doit pas être commencée comme celle d'une langue morte, mais il est indispensable à un moment donné, variable suivant l'âge et la nature d'esprit de l'élève, de passer à l'étude des combinaisons grammaticales, des formes syntaxiques et des étymologies d'après les textes de meilleurs auteurs, par la version, la lecture expliquée et combinée avec la version, la *retraduction*, déjà usitée par les Humanistes de la Renaissance et que Diderot définit ainsi : prendre une page traduite d'un bon auteur ; rendre cette page traduite dans la langue de l'auteur et comparer sa traduction avec le texte original. On apprend ainsi à la fois les mots et la syntaxe, et l'on saisit l'esprit d'une langue, qui s'établit dans la mémoire par la lecture et l'écriture.

Il y a mieux à faire que d'incriminer en bloc, suivant notre manie séculaire, tel ou tel système pédagogique. Il ne peut y avoir en pédagogie de système absolu. Il faut chercher de bonne foi ce que peut donner chaque procédé suivant les indications du moment et le terrain (la nature d'esprit de l'élève), au fur et à mesure de son évolution psychologique, utiliser tour à tour ou combiner les procédés. Les méthodes en pédagogie sont plus ou moins bonnes, mais surtout il y a de bons et de mauvais maîtres.

On peut diviser les élèves en deux catégories : *les intuitifs* à nature vive, accessibles à toute impulsion extérieure, qui s'assimilent sans effort, trop passivement même, tout ce qui leur est enseigné par les moyens sensibles et peu ou point ce qu'on veut leur enseigner par les moyens abstraits — et les *spéculatifs*, natures réfléchies et pénétrantes qui ne s'assimilent les notions nouvelles qu'après un certain effort d'*abstraction*, de *comparaison* et de *réflexion*.

Les premiers, sujets tout indiqués pour la méthode directe, surprendront toujours par la rapidité de leurs progrès trop souvent superficiels et leur facilité à parler spontanément la langue étrangère. Les seconds, qui ne sont pas toujours les moins intelligents, ne suivront que péniblement et avec répugnance un enseignement basé sur l'exclusion systématique de la langue maternelle et des procédés abstraits et pourront même s'y montrer tout à fait rebelles. Il est donc au moins imprudent de vouloir appliquer à tous sans distinction une seule et même catégorie de procédés.

Deux conditions matérielles sont en outre indispensables : 1° des *élèves peu nombreux* ; 2° des classes aussi *homogènes* que possible.

La nécessité de la collaboration individuelle et successive de chaque élève avec le professeur exige que le professeur puisse interroger les élèves *un à un* pendant la durée d'une classe. L'expérience a démontré que ce nombre ne peut dépasser *vingt* au grand maximum.

L'homogénéité des groupes doit s'établir par une sanction sérieuse au passage de chaque classe dans la supérieure.

Après avoir cherché péniblement sa voie depuis près d'un demi-siècle pour sortir de l'ornière où il était enlisé jusque vers 1880, oscillant par soubresauts, — suivant les habitudes françaises, — de la rigide et stérile routine des antiques méthodes scolastiques et livresques à l'excès non moins décevant des procédés empiriques qui s'intitulent pompeusement « nouvelles méthodes », l'enseignement des langues vivantes en France est enfin entré, grâce à l'inlassable et merveilleux effort de son personnel, dans une période qui peut nous faire espérer les résultats désirés et attendus depuis si longtemps par tous ceux qui sentent combien son succès est indispensable au progrès intellectuel et économique du pays.

Ainsi le dernier et le plus considérable progrès réalisé sur ce terrain, et dont témoignent les « Instructions » ministérielles de 1925, consacre en effet l'*octroi de la liberté pédagogique*, sans laquelle tout enseignement est inévitablement frappé d'impuissance, aux maîtres chargés de leur application, laissant par conséquent désormais à chacun le mérite et la responsabilité du choix et surtout du dosage des procédés qu'il juge les plus propres à atteindre le but proposé, *et dont aucun n'est plus exclu*, comme cela fut le cas pendant trop longtemps, de l'ensemble qui doit, en définitive, constituer la méthode *personnelle* du professeur, celle qui lui permet d'obtenir le résultat maximum de ses élèves, et qui varie nécessairement dans le détail suivant la nature de ceux-ci et les données d'un problème qui se modifient quotidiennement suivant les circonstances.

Il ne manque plus qu'une chose, demandée et attendue depuis longtemps par le personnel enseignant, et qui dépend uniquement des pouvoirs publics : c'est une organisation assez souple pour rendre possible la formation de groupes d'élèves peu nombreux, mais homogènes et interchangeables suivant les besoins, confiés à de jeunes maîtres ou stagiaires sous la haute direction d'un professeur d'expérience et d'autorité reconnues, — le tout complété, pour les élèves jugés les plus aptes à en profiter, par des *séjours à l'étranger*, comme ceux dont M. Pinloche a énuméré les conditions dans la brochure mentionnée ci-dessus (échange international entre écoles ou entre familles, bourses de voyage, etc.). Alors seulement on pourra obtenir une connaissance complète et durable des langues vivantes, c'est-à-dire un résultat en rapport avec les sacrifices énormes consentis par le pays.

Enfin il serait indispensable également de faciliter aux professeurs désireux de s'entretenir ou de se perfectionner de fréquents voyages à l'étranger, soit par des subventions, soit par des promesses d'avancement ou de promotions.

Est-il besoin de démontrer que les sacrifices budgétaires nécessités par ce complément d'organisation constitueraient pour le pays un placement à gros intérêts ?

***

Comme conclusions au rapport que j'avais extrait en résumant ses vingt ans d'enquête, la *Ligue d'hygiène scolaire* avait voté à l'unanimité, dans son Assemblée générale de 1922, l'utilité des réformes suivantes :

1° Donner plus d'extension aux méthodes qui, outre la mémoire verbale, utilisent les associations sensorielles (projection d'images et de graphiques, films cinématographiques, manipulations et exercices pratiques) ;

2° Eviter les classes trop peuplées, qui ne permettent pas au maître de s'occuper assez de tous les élèves : le nombre de ceux-ci ne devrait pas dépasser 30 ;

3° Obtenir des classes plus homogènes, en organisant des divisions d'entraînement pour les élèves trop inférieurs à la moyenne de leurs camarades par suite de leur insuffisance intellectuelle ou temporairement arriérés par maladies, crises de croissance.

Pour faciliter cette séparation, tirer parti de la collaboration du médecin scolaire et de dossiers médico-pédagogiques individuels dont la généralisation est indispensable ;

4° Alléger les programmes en évitant la tendance encyclopédique et l'éparpillement des efforts intellectuels sur un trop grand nombre de sujets inutiles dans l'enseignement primaire et secondaire.

Ce sont à peu près les conclusions auxquelles s'est arrêtée l'Académie de médecine à la même époque, à l'issue d'une discussion provoquée par mon regretté collègue Linossier.

Je crois devoir ajouter que les réformes destinées à rendre plus grand le rendement du travail scolaire ne doivent pas favoriser la paresse.

La préoccupation de rendre le travail attrayant ne doit pas être poussée trop loin.

L'idéal n'est pas de rendre l'acquisition des connaissances si

facile et si agréable qu'elle ne nécessite aucun effort ; outre que cet idéal, comme tout idéal, serait irréalisable, il serait immoral : *il n'y a rien de plus moral que l'effort.* Je ne résiste pas à l'envie de citer une boutade, qui se trouve dans une lettre écrite en 1770 à Madame d'Epinay par l'abbé Galiani, ce spirituel Napolitain qui, envoyé à Paris comme secrétaire d'ambassade par le roi de Naples, devint si parisien que, une fois rappelé dans sa patrie, il ne s'en consola jamais.

« Mon traité sur l'éducation est tout fait. Je prouve que l'éducation est la même pour l'homme et pour les bêtes. Elle se réduit à ces deux points : apprendre à supporter l'injustice ; apprendre à souffrir l'ennui. Que fait-on faire dans un manège à un cheval ? Le cheval fait naturellement l'amble, le trot, le galop, le pas. Mais il le fait quand bon lui semble et selon son plaisir. On lui apprend à prendre ces allures malgré lui, contre sa raison (voilà l'injustice) et à les continuer deux heures (voilà l'ennui).

« Ainsi, qu'on fasse apprendre ou le latin, ou le grec, ou le français à un enfant, ce n'est pas l'utilité de la chose qui intéresse, c'est qu'il faut qu'il s'accoutume à faire la volonté d'autrui (et à s'ennuyer) et à être battu par un être ne son égal (et souffrir). Lorsqu'il est accoutumé à cela, il est dressé, il est social, etc... »

Sous cet amusant paradoxe, il y a une pensée profonde : en matière de pédagogie les choses qu'on apprend sont souvent moins utiles par les connaissances positives qu'elles procurent que par le développement intellectuel et moral qui en résulte. (G. Lanson).

Ne réclamons donc pas la suppression de l'effort, mais seulement qu'il soit proportionnel à la force de l'individu et gradué progressivement pour permettre à celui-ci d'augmenter sa force sans compromettre sa santé. L'entraînement est aussi nécessaire en matière d'instruction qu'en fait d'athlétisme.

III

Les obstacles aux réformes.

La phase critique des réformes. Divergences d'opinions, malentendus et ambiguïtés.

Les publications les plus récentes dans la Presse mettent malheureusement en lumière les divergences et les incertitudes du public et des journalistes en matière de réformes pédagogiques.

Ainsi récemment une discussion sérieuse a été conduite à Lyon par l'*Union des travailleurs intellectuels*. Trois orateurs qualifiés y prenaient part, M. Rentenauer au nom de l'Association des parents d'élèves ; M. Bourlade, professeur à la Faculté des lettres, exposant le point de vue pédagogique, et le professeur Latarget comme médecin et hygiéniste. Les deux premiers ont été d'accord pour considérer les programmes comme intangibles ; le premier consentirait seulement à sacrifier le grec ; il désire seulement des horaires mieux réglés, une entente plus étroite entre les maîtres de la même classe et la prolongation des études secondaires jusqu'à 18 ans. M. Latarjet réclame plus d'exercices physiques.

Un autre lyonnais, M. Edmond Locard (*La Vie Universitaire, Journal du Dimanche*) met en doute l'utilité « de chinoiseries comme le latin, l'histoire ancienne, celle du Moyen-Age, la métaphysique et l'histoire de la philosophie ». Il juge déraisonnable d'apprendre avec des livres et des leçons la géologie et la géographie physique, la chimie, la physique, la zoologie et la botanique. Il rêve une époque heureuse où les enfants, en plein air, loin des agglomérations, seraient entraînés à tous les exercices physiques et ensuite étudieraient les choses utiles avec leurs doigts et leurs yeux, dans des laboratoires et des promenades. On laisserait à quelques-uns l'étude approfondie des langues mortes, imitant la civilisation anglo-saxonne, laquelle s'arrange très bien d'une bourgeoisie qui ne latinise pas et d'un petit groupe d'érudits, qui sait non pas *du* latin et *du* grec, mais *le* latin et *le* grec.

Le Dr P. Farez (*Rev. de psychologie appliquée*), sous le titre de « sabotage des élites », insiste sur l'insuffisance de culture physique et de ventilation pulmonaire, le manque d'hygiène digestive (travail après le repas du soir), l'insuffisance de sommeil.

Curtius (du *Gaulois*) pense que, si les lycées de province ont emporté plus de succès au Concours général que ceux de Paris, cela tient aux causes morales (frivolité et absence de discipline dans les familles), et à l'afflux excessif d'élèves étrangers dans les lycées de Paris.

La *Fédération des parents d'élèves* a réclamé, le 2 juin, l'allègement des programmes pour laisser plus de place aux exercices physiques, l'augmentation du nombre des professeurs de gymnastique, la réduction des horaires et la diminution du travail des externes à la maison.

L'*Ami du peuple* estime que le surmenage sévit surtout dans l'enseignement primaire, et surtout dans le primaire supérieur et les cours complémentaires.

Une note discordante (*La Voix*, 24 juin 1928) : M. Guy Crouzet ne croit pas qu'il faille prendre au sérieux les « jérémiades » sur le surmenage, il rit de la fable du Petit Martyr et soulève une autre question :

« Les enfants de dix à quatorze ans, qui sont actuellement sur les bancs des écoles et des lycées, appartiennent à la génération de la guerre. On peut craindre qu'ils n'aient hérité des heures de trouble où ils furent conçus une tendance à certaines défaillances physiques ou intellectuelles. Il est certain que là la médecine à son mot à dire — et le dernier mot.

« Mais d'une façon générale, c'est justement parce qu'on peut éprouver pour cette génération des inquiétudes particulières qu'elle doit, corps et esprit, être élevée en « petits d'homme » et préparée à la tâche sévère qui l'attend, sans être entourée de sentimentalités nigaudes. La crainte *exagérée* du surmenage pour les adolescents — comme, toutes proportions gardées, l'indulgence excessive des jurys, — est un signe fâcheux de mollesse sociale, un trait de civilisation finissante. »

Dans une communication à la Commission de l'Instruction publique de la *Ligue d'hygiène mentale* en janvier dernier, M. Emile Bouvier, membre du Comité directeur des *Compagnons de l'Université nouvelle*, affirmait qu'on impose aux élèves un travail intellectuel excessif dans les quatre ordres de l'enseignement : primaire, technique, secondaire et supérieur.

Il critique à la fois les programmes encyclopédiques, les méthodes (abus des cours dictés ou à rédiger d'après les notes, des exercices à préparer et, en général des devoirs écrits), la monotonie des horaires, l'éparpillement des matières, l a « taylorisation » ou « standardisation » croissante des études, le « chronométrage » même de chacune des occupations (20 minutes pour chaque) dans la durée d'une seule étude où jusqu'à huit de ces occupations peuvent être imposées), — la centralisation excessive et la méconnaissance des conditions locales (les lycéens de Perpignan composent en plein été à 2 h. après-midi comme ceux de Chambéry), les dates uniformes des concours et examens dans toute la France, les mêmes heures de récréation en toute saison, enfin les exigences injustifiées des familles, qui n'admettent pas que leurs enfants restent inoccupés à la maison, n'ayant plus de devoirs à faire. Il trouve aussi les dangers d'examens et de concours qui provoquent une émulation excessive.

Ce formidable réquisitoire, qui ne tend à rien moins qu'à un bouleversement complet de toute notre organisation scolaire et universitaire, paraît excessif et risque de compromettre toute réforme partielle. M. Bouvier conclut d'ailleurs avant tout à *une triple enquête* préalable organisée par la Ligue d'Hygiène mentale : 1º pour émouvoir l'opinion ; 2º pour établir un barème des possibilités normales du travail intellectuel aux différents âges et suivant les différents types de développement cérébral ; 3º pour donner des conseils sur la façon la plus économique (au point de vue fatigabilité) et la plus hygiénique de distribuer dans ce laps de temps les connaissances choisies par les pédagogues, les législateurs, les usagers.

Je répète que les éléments de cette enquête sont depuis longtemps réunis dans la collection des *Bulletins de la Ligue d'hygiène scolaire* de 1903 à 1923 (Masson éditeur), qu'on trouve au *Musée pédagogique* et à *la Bibliothèque* de l'Académie de médecine.

* * *

IV

Les dangereuses réformes.

Depuis 1922, diverses tentatives ont été faites par nos ministres de l'Instruction publique, surtout L. Bérard et Herriot, pour orienter les études dans des sens différents. Mais il nous semble que de part et d'autre ces représentants de tendances opposées en apparence, l'humanisme et le modernisme, n'ont pas réalisé de progrès au point de vue des inconvénients des programmes et des méthodes. La politique n'a fait que compliquer les questions pédagogiques.

Les craintes de M. L. Bérard au sujet de la décadence des humanités anciennes, exprimées au Sénat et ailleurs en périodes éloquentes ; le désir qu'a M. Herriot de réaliser une école *unique* par *amalgame* des aspirants à la culture ancienne et des modernistes, par la fusion progressive du primaire et du secondaire en introduisant les instituteurs dans les classes primaires des lycées, en sélectionnant les élèves des familles bourgeoises et de la classe dite prolétaire par des examens de passage — en vue de supprimer la prétendue inégalité sociale non seulement par l'attribution de bourses, mais en s'acheminant vers la gratuité totale de l'enseignement secondaire et primaire, les discussions interminables et subtiles sur la distinction entre l'esprit primaire et l'esprit d'humanisme (abus de mots mal définis ou indéfinissables) : tout cela me semble sans intérêt au point de vue qui nous occupe.

Voici, d'après cet extrait d'un discours prononcé à Lyon, le 23 septembre dernier, quelques réformes projetées par M. Herriot :

« Il nous faut parvenir à la constitution d'un grand Ministère d'éducation nationale où les diverses formes d'enseignement se soutiendront et se complèteront mutuellement. Déjà, à l'heure présente, il y a, dans le pays, une centaine de lycées ou de collèges de garçons et de filles, auxquels s'annexe soit une école primaire supérieure, soit une école pratique ; dans ces établissements, à partir du 1er octobre, en vertu de la loi de finances de décembre 1927, la gratuité des études sera établie pour toutes les catégories d'élèves, secondaires, primaires ou techniques, jusqu'à la classe de troisième inclusivement. Les municipalités, bien qualifiées pour connaître les désirs du public, réclament de toutes parts et sans distinction d'opinion l'extension de ce régime. Les délégations financières de l'Algérie font étudier déjà, par une initiative qui leur fait honneur, un plan qui leur permette d'assurer la gratuité complète dans tous les établissements d'enseignement secondaire. On ne voit pas au nom de quelle doctrine on pourrait s'opposer à la généralisation progressive d'un régime si manifestement conforme aux principes de la démocratie et à l'intérêt national. J'essaye de satisfaire le mieux possible aux demandes de bourses qui me sont adressées pour l'enseignement secondaire ; mais la longue durée des études qu'il exige, la cherté de la vie rendent encore difficile pour beaucoup de familles le maintien de l'enfant dans les lycées ou collèges. Il y aurait lieu d'envisager une application plus large aux familles de crédits d'entretien.

« Nous avons encore des progrès à accomplir. Qu'il s'agisse de la fréquentation scolaire, de la prolongation de la scolarité obligatoire, des titres à exiger de tous les membres de l'enseignement privé comme des membres de l'enseignement public, de l'inspection médicale par laquelle je voudrais voir tous nos élèves protégés, les Chambres sont saisies d'importants projets de loi dont la discussion ne peut plus être ajournée. »

Il y a là dedans du bon et du moins bon. Quoi qu'il en soit, on peut aussi bien entretenir le malmenage intellectuel par de mauvaises méthodes pédagogiques dans le sens démocratique que dans les visées dites bourgeoises.

Nos Ministres passent à côté de la question.

Loin d'amalgamer, on devrait dissocier et catégoriser.

Non seulement je souhaite dans chaque classe la répartition des élèves en deux divisions, suivant leur développement intellectuel et leur facilité de travail (forts et moyens, — faibles). Mais je crois nécessaire la séparation complète des catégories d'enseignement : celle qui vise la culture générale avec ses deux modalités distinctes, et celle qui vise un but uniquement professionnel ou technique — dans des locaux différents, et avec des professeurs spéciaux.

Mis à part l'enseignement technique dans les écoles professionnelles, qui déjà est le plus souvent isolé, pour l'enseignement secondaire, donné jusqu'ici dans les mêmes établissements (lycées et collèges), on a signalé depuis longtemps son vice fondamental, le tiraillement entre deux tendances contraires qui se combattent et se neutralisent, bien mis en lumière par René Waltz (*Revue bleue*, 1921). « D'un côté les études secondaires apparaissent commes des études *de culture générale et désintéressée*, destinée à donner au pays une élite intellectuelle qui lui fasse honneur dans toutes les carrières et dans tous les domaines ; de l'autre, on demande à ces mêmes études secondaires de former directement la jeunesse *à la vie pratique* et d'avoir en vue, avant tout, la préparation professionnelle. » — « Deux points de vue également légitimes et qui ne s'excluent nullement l'un l'autre ; mais inconciliables, dès l'instant qu'on veut y plier *à la fois* le fonctionnement d'un seul et même organisme. »

Dans un livre qui fit grand bruit en 1885 (La Question du latin), Raoul Frary protestait contre l'ancienne culture universitaire aristocratique, qui « ne produisait que des candidats aux professions libérales, des dilettantes ou des « fruits secs ».

Ce fut pour réagir dans le sens utilitaire et démocratique que furent institués les programmes de 1902, sous le ministère de Georges Leygues, qui en résumait ainsi l'esprit « Dans un pays comme la France où la population professionnelle et active (industriels, commerçants, agriculteurs) représente 48 pour 100 de la population totale, l'Université ne peut se contenter de préparer les jeunes gens qui lui sont confiés aux carrières libérales, aux grandes écoles et au professorat ; elle doit les préparer aussi à la vie économique, à l'action. »

D'où la création des « deux cycles », divisés le premier en deux, le second en quatre « sections » et des quatre baccalauréats égaux (latin-grec, latin-langues vivantes, latin-sciences, sciences-langues vivantes.

Cette discrimination, au premier abord ingénieuse, s'est montrée à l'usage aussi funeste à l'apprentissage professionnel de la masse qu'à l'éducation supérieure de l'élite ; on voulait « constituer fortement l'armée du travail et lui donner en même temps un état major et des cadres ». L'erreur a été de confondre dans un fâcheux amalgame ces deux préparations. Alfred Fouillée l'avait prédit en 1891 : « Il faut tout ensemble fortifier les études libérales et les études plus proprement utilitaires. Mais tout ce qui tend à confondre ces deux genres d'études et à les mettre en conflit compromet à la fois les unes et les autres. »

Il fallait, il faut *dissocier les deux cultures*, leur consacrer des locaux, des personnels enseignants, des programmes et des examens distincts.

Le nombre des petits Français destinés aux carrières libérales et à l'enseignement classique n'est pas tel qu'il faille plus d'un petit nombre de lycées répartis entre les grandes villes ; beaucoup plus nombreux doivent être les lycées ou collèges destinés à l'enseignement moderne.

Mais la principale difficulté est de convaincre la majorité des familles que l'étude du latin n'est pas l'emblème de toute éducation distinguée. La seconde est d'amener celles qui ont aiguillé leurs enfants vers son étude à se résigner à son abandon, dès qu'il est manifeste que les enfants qui l'ont commencée n'y ont pas d'aptitude. C'est affaire de bons conseils donnés à propos par les professeurs et les proviseurs aux parents, d'examens de passage ou d'arrêt. C'est aussi le rôle de la Presse de modifier l'opinion publique dans ce sens.

V

La question de l'Ecole unique.

J'ai fait plus haut allusion au projet d'*école unique* ; cette expression d'école unique apparaît si souvent dans les polémiques de la Presse et les discussions du Parlement que le public a intérêt à savoir de combien de façons elle peut être com-

prise. Un intéressant article de M. J. Delvolvé : *Ecole unique et éducation intégrale* (1) vient à propos nous fournir de précieux renseignements.

Le terme d'école unique aurait été importé d'Allemagne, où l'*Einheitschule* était à l'ordre du jour des Congrès et discussions pédagogiques avant 1914 et au cours de la guerre. Que signifie-t-il chez nos voisins ?

« L'Ecole unique qui a passionné l'Allemagne impériale de 1913 et qu'a réalisée la constitution de Weimar, c'est l'épanouissement de l'organisation scolaire de tendance unitaire, au service des intérêts économiques et nationaux incarnés dans l'Etat allemand. A tous ses degrés, l'Ecole, instrument de l'Etat, doit façonner les jeunes Allemands, sans distinction de caste ou de situation économique, en utilisant les aptitudes de chacun de façon à en obtenir le meilleur rendement ; la masse est préparée professionnément au métier manuel, tandis qu'une élite triée s'entraîne intensivement pour les fonctions directrices ; mais en tous doit s'installer l'esprit unique de collaboration sociale dans le cadre national. Esprit d'Etat (Staatsgesinnung) et spécialisations utiles, voilà les deux pôles de la conception allemande, qu'on représenterait mieux par la formule allongee : *Ecole unique d'utilité nationale.*

« Dans l'école parfaitement unique, que les Etats-Unis d'Amérique se sont donnée, ils ont emprunté à la pédagogie utilitaire allemande les traits essentiels.

Mais la richesse nationale de l'Amérique lui a permis de perfectionner l'unicité par l'établissement de la *gratuité absolue de l'enseignement à tous les degrés.....*, la sécurité de la puissance américaine et son industrialisme exclusif ont imprimé à la fonction de l'Ecole le caractère d'une large distribution, à qui en veut, des moyens intellectuels pour une concurrence, dont on attend à la fois le classement social des individus et la prospérité collective.

Plus utilitaire encore que l'allemande, mais plus individualiste, l'Ecole américaine vise moins à réunir et organiser les individus qu'à servir leurs chances dans une lutte économique où trouve son compte l'intérêt collectif : avec une égale sollicitude elle entraîne et soigne tous ses boxeurs.

« Une troisième forme idéale surgit des spéculations du matérialisme marxiste : utilitaire comme l'Ecole allemande ou américaine, elle représente l'*éducation comme un moyen pour la suppression des classes sociales par égalisation économique...* Le savoir, dogmatiquement constitué, égalitairement dispensé, préparera l'établissement de tous les individus humains sur un même niveau de fonction et de puissance. *C'est l'école unique de nivellement social.*

En France l'idée, qui est en germe derrière la triple devise de notre Révolution, apparaît sous le nom d'*éducation intégrale.* Cette expression est employée par Joseph Lakanal dans son admirable rapport à la Convention pour caractériser « l'éducation à la fois intellectuelle, physique et morale embrassant tout l'homme. »

Elle est reprise au XIXe siècle par Fourier, mais avec la confiance que, pour réaliser l'esprit humain dans tous les membres de l'humanité, en étendant à toutes les classes sociales la culture maxima de l'intelligence, on réalisera l'*unité spirituelle*, où s'enveloppe la vraie fraeternité, principe d'une collaboration spontanée et féconde qui assurera la stabilité de l'ordre social: elle n'implique pas que les matières enseignées soient de même sorte et en même quantité, mais elle se propose un développement commun de l'esprit par accession aux formes de vérité les plus réelles et les plus pures.

Auguste Comte veut que l'essentiel de la vérité positive soit dispensé à toute la jeunesse, au moyen d'une initiation méthodique rigoureusement limitée aux plus hautes généralités scientifiques ; il estime que la commune possession de cette « foi démontrée » suffira à développer l'énergie du sentiment social et à assurer l'*unanimité des esprits* sur les points essentiels d'où dépendent la paix sociale et le progrès.

Cette idée de faire l'union des hommes, par la communauté des formes les plus hautes de la vie de l'esprit, est l'héritière de l'idée stoïco-chrétienne d'une fraternité spirituelle résultant d'une égalité fondamentale des hommes, soit comme êtres raisonnables, capables de s'unir dans la recherche du devoir et l'établissement de la justice sociale, soit comme enfants de Dieu. Elle fait partie de notre idéal démocratique et imprègne dans une certaine mesure nos traditions françaises d'enseignement secondaire.

Ces quatre points de vue d'*unification sociale par l'école* paraissent s'être mêlés dans les diverses propositions de loi soumises au Parlement en vue d'établir l'égalité des jeunes Français devant l'enseignement, dans les travaux des Commissions du budget de l'Instruction publique, les discours parlementaires et ministériels, les polémiques de Presse. De ce mélange il n'est résulté ni une synthèse, ni une moyenne, mais une *confusion* de nature à troubler l'opinion.

Dans notre pays, en fait, existent deux types d'enseignement à tendances absolument opposées : l'enseignement secondaire, intimement lié au supérieur, instrument très anciennement forgé de la culture de l'intelligence française, et qui a depuis plusieurs siècles rayonné sur le monde entier, enfant de l'Université, culture désintéressée, ayant sa fin en soi et qui répondait aux besoins d'une aristocratie.

L'enseignement primaire, avec ses prolongements primaire supérieur et technique, qui va en se développant et qui est caractérisé par l'utilitarisme scientifique, social et national.

Un malaise incontestable s'étant manifesté dans l'enseignement secondaire, auquel on a reproché de méconnaître les préoccupations utilitaires, on cherche depuis longtemps à le réformer ; mais les uns veulent le moderniser dans le sens d'une Ecole de Hautes-Etudes pratiques, les autres voudraient qu'on refît du lycée le temple des études cicéroniennes et des généralités scientifiques. Le jeu des intérêts politiques donne alternativement satisfaction à ces prétentions contradictoires. Mais la confusion seule en résulte et, dans la prétention de concilier ces contraires, on s'est proposé de supprimer la dualité fondamentale de nos deux types d'enseignement par une refonte de nos institutions pédagogiques, dont le mot d'Ecole unique veut symboliser l'idée, mais l'idée demeure confuse. Cela n'est pas pour déplaire aux politiques, qui savent qu'une formule frappant l'opinion provoque l'adhésion sentimentale.

Mais les faits ne s'accommodent pas toujours aux formules.

M. J. Delvolvé passe en revue trois types de réforme répondant aux trois concepts d'école unique : éducation intégrale, école unique d'utilité nationale et école unique de nivellement. Il montre que les deux dernières seraient les plus faciles à réaliser, mais aboutiraient, sous prétexte d'égalité devant l'enseignement, soit à un désastre, l'abaissement universel du niveau, soit à un leurre si on prétend recruter une nouvelle élite par un nouveau mode de sélection de quelques privilégiés, soit de la nature, soit de la chance, soit de la faveur. Ce qui est souhaitable, c'est qu'on puisse élever le niveau général de la nation, *en imprégnant l'enseignement à tous les degrés d'un esprit de culture générale*, en profondeur, à tendance désintéressée doublant les acquisitions.

Ce sera une œuvre immense, de très longue haleine, exigeant un effort technique, — la création progressive d'un corps professoral homogène imprégné à tous les degrés, primaire et technique, de cette culture vraiment spirituelle, traditionnelle dans l'Université française ; — il faudra des sacrifices financiers en rapport avec sa portée.

Mais ce sera une œuvre grandiose « dont la réalisation n'est pas impossible à un peuple intelligent et de ferme volonté. »

Puisse cette perspective soutenir le courage des bons Français, conscients de l'importance primordiale des questions pédagogiques et disposés à peser de toute la force de leur conviction sur les velléités contradictoires et changeantes des politiciens et des dirigeants, trop souvent changés, de notre Instruction publique !

---

(1) In *Revue de métaphysique et de morale* (juillet, septembre 1928).

UNE ENQUÊTE SUR LE SURMENAGE SCOLAIRE

Nous avions adressé à un certain nombre de personnalités médicales le questionnaire suivant :

1° *A votre avis, le surmenage scolaire existe-t-il ?*

2° *Si oui, que pensez-vous du rôle que devrait avoir le médecin dans l'organisation des programmes scolaires ?*

Voici les réponses que nous avons reçues.

M. le Docteur BELLIN DU COTEAU.

1° *A mon avis le surmenage scolaire existe.*

Personne, ou presque, n'en meurt. Parce que la machine humaine est de bonne constitution. Aussi, parce qu'ainsi qu'il a été prouvé expérimentalement, la résistance de l'enfant à la fatigue est supérieure à celle de l'adulte.

L'adulte — légalement — travaille huit heures.

Est-il admissible que l'enfant travaille davantage ? Non sans doute. Et cependant, la majorité des écoliers parisiens (je parle de Paris, que je connais) doit apprendre ses leçons et faire ses devoirs sur un coin de table où les parents finissent tranquillement leur dîner.

La preuve la plus positive du surmenage scolaire, celle qu'on ne peut nier, parce qu'elle crève les yeux, est la déviation vertébrale avec son retentissement thoracique. Sur cent écoliers j'estime que plus des trois quarts sont « asymétriques ».

Nous ne parlerons ni tuberculose ni surmenage intellectuel. Là il y aurait matière à discussion. Personne ne peut discuter la fréquence des scolioses, personne ne peut nier son origine.

Le surmenage scolaire existe donc. Il ne détermine pas de ravages — non du fait de l'Université, qui fait tout pour les intensifier — mais grâce à l'intelligence... ou à l'instinct de l'enfant. Celui-ci, au dire des pédagogues « fait jouer la soupape de sûreté de l'inattention ». Pour parler moins scientifiquement, l'enfant s'amuse en classe, quand il estime que la dose de travail est atteinte.

Il vaudrait mieux qu'il puisse légalement jouer, à l'air et en liberté plutôt que d'en être réduit à regarder hypocritement un livre en pensant à la prochaine récréation.

Le rôle du médecin dans l'organisation du programme scolaire ?

Un rôle avant tout de combativité.

Le rôle de combativité que la Nation entière doit adopter vis-à-vis de la vieille Université, retranchée dans de vieux bureaux, armée de vieux préjugés.

La vieille Université pour qui le corps est une guenille, pour qui l'hypertrophie de la cérébralité demeure une obligation.

Les enfants en ont assez. Les parents en ont assez. Les maîtres en ont assez.

L'Université, malgré tout, complète et complique ses programmes.

L'Académie de Médecine, les médecins, protestent. Ils le font sans doute avec timidité puisqu'à ce jour ces protestations demeurent vaines.

La combativité, l'ardente combativité. Non pas la levée de boucliers. Mais la levée du glaive acéré.

Nation à faible natalité, n'étriquons point ce qui naît.

M. le Docteur DEBIERRE,

Professeur à la Faculté de médecine de Lille,

Sénateur du Nord.

J'ai l'honneur, en réponse à votre invitation du 3 mai dernier, de vous envoyer quelques courtes réflexions sur le « surmenage scolaire » que j'ai déjà indiquées d'ailleurs dans mon intervention à la tribune du Sénat il y a trois mois lors de l'interpellation de Léon Bérard sur « l'amalgame » dans les Lycées.

Je ne sais pas si le surmenage scolaire existe dans l'enseignement primaire, mais il n'est pas douteux qu'il constitue un réel danger pour le développement physique et le développement intellectuel normal dans l'enseignement secondaire.

Les programmes — à partir de la sixième — sont mal ordonnés. Ils sont encombrés de matières inutiles ou mal aménagés qui mettent à la torture les pauvres petites cervelles des écoliers. Trop de matières *à la fois*, mauvais enchaînement et défaut d'une graduation méthodique.

Trop de maîtres également pour une même classe — spécialement pour les classes inférieures — ce qui nuit à l'unité de l'enseignement et à la formation de l'esprit et du caractère des élèves.

De ce défaut de méthode, de la multiplité et de la complexité des matières, souvent prématurément présentées, résulte un surmenage qui rebute les élèves les plus intelligents et les plus travailleurs. Le même maître pour une même classe dans l'enseignement primaire donne incontestablement des meilleurs résultats.

Il est certain que le médecin, qui doit être un physiologiste doublé d'un psychologue, peut utilement être associé à l'établissement des programmes d'instruction et de pédagogie (sans confusion des pouvoirs d'ailleurs.)

M. le Docteur Georges HEUYER, Médecin des hôpitaux.

Je vous remercie de m'avoir demandé mon avis sur la question du surmenage scolaire. Cette question m'intéresse beaucoup, du moins pour savoir si elle mérite l'intérêt qu'on lui donne.

I. — Je ne suis pas absolument certain que le surmenage scolaire existe, d'abord parce que je ne connais pas les signes du surmenage, du moins du surmenage scolaire et ensuite parce que je n'ai jamais vu un enfant surmené.

Il y a des enfants qui travaillent beaucoup et d'autres qui travaillent peu, mais je suis de l'avis du Professeur Georges Dumas, à qui j'ai entendu faire sur le surmenage scolaire des réflexions pleines de bon sens : l'enfant a une capacité admirable de défense spontanée contre les maîtres, les parents, les programmes qui risqueraient de lui imposer un effort au-delà de ses forces.

J'ai beaucoup étudié les enfants à ce sujet et j'ai toujours vu que lorsqu'un enfant avait épuisé sa capacité d'effort ou d'attention il se refusait absolument à faire davantage : sa self-défense s'exerce même à son insu.

J'ai étudié le surmenage scolaire en particulier pour savoir si on pouvait le considérer comme une cause étiologique suffisante dans certains cas de démence précoce, notamment dans les cas où la démence précoce survient chez les jeunes gens excellents travailleurs, bien doués jusqu'alors, pendant longtemps premiers de leur classe et qui, à un moment donné, deviennent inactifs, inattentifs, incapables du moindre rendement scolaire et qui finissent par sombrer dans la démence précoce. Or, je n'ai pas pu trouver un cas légitime dans lequel il y ait eu réellement surmenage pour expliquer l'entrée dans la démence précoce.

Encore une fois, j'ignore quels sont les symptômes du surmenage et je n'ai jamais vu d'enfants surmenés.

II. — Quant au rôle que les médecins pourraient avoir dans l'organisation du programme scolaire, je pense que pour l'instant ce ne peut guère être qu'un rôle de bon sens mais il devra encore être assez limité, car on ignore à peu près tout des conditions du travail intellectuel ou manuel, des symptômes de fatigue. En France notamment nous sommes si en retard dans l'étude et l'organisation rationnelle du travail qu'il me paraît bien osé de vouloir actuellement établir des règles scientifiques et médicales de l'organisation des programmes scolaires.

Aussi bien au point de vue pédagogique qu'au point de vue médical, nous sommes obligés de nous laisser aller à l'empirisme, mais je crois que l'étude de la psychotechni-

que, encore à peine ébauchée dans notre pays, permettra d'ici quelques années de pouvoir, en effet, tracer des règles rationnelles de l'organisation du travail intellectuel de l'enfant.

Je m'excuse de vous livrer ces quelques réflexions que m'a suggérées l'intéressante enquête que vous menez et de ne pouvoir vous donner une réponse très précise à votre questionnaire.

M. le Professeur LEREBOULLET.

J'avais voulu vous donner une réponse à votre enquête sur le surmenage scolaire. Mais d'une part, je n'ai pas le temps pratique de l'écrire partant dans quatre jours pour Paris, puis pour Québec, d'autre part le numéro de juin du *Journal médical français* contient sur le surmenage à peu près tout ce qu'on en peut dire, et de mes amis Lesné et Ch. Richet fils et Madame Reynier ont fait à ce sujet toutes les remarques nécessaires.

Je vous signale toutefois l'utilité qu'il y aurait à reproduire les quelques remarques de Charcot dans ses Leçons du Mardi de 1877-1888, p. 34 et 35. Il dit ne pas croire au surmenage scolaire et donne des raisons assez suggestives en faveur de son opinion.

Il part de cette notion qu'un enfant est inerte, passif et que s'il ne veut pas travailler, il ne travaille pas. « Le surmenage, dit-il, se produit seulement par des efforts de volonté ». C'est là, je crois, une remarque juste. On ne surmène pas un enfant, il se surmène, du moins si on envisage le surmenage cérébral. Lorsque l'enfant commence à se fatiguer, il cesse d'écouter, de retenir *a fortiori*, et par suite ne se fatigue pas cérébralement.

On ne surmène donc pas le cerveau d'un enfant, d'un jeune enfant du moins, si cet enfant par lui-même n'a pas la volonté d'apprendre et d'apprendre encore. Si j'osais risquer une comparaison je dirais que l'enfant qui commence à se fatiguer cérébralement ferme le guichet à la manière de l'employé qui a assez de répondre aux questions des clients. Mais — et c'est en cela que je crois l'opinion de Charcot un peu trop absolue — il est des enfants assez nombreux, même dès l'âge de 8 et 9 ans, qui, ardents au travail, intelligents, soutenus par l'émulation, veulent connaître et réussir ; chez ceux-là facilement le nervosisme se développe et le surmenage se manifeste.

A mesure que l'enfant grandit, s'il ne sait ou si on ne sait autour de lui discipliner son effort et régler son travail, il est exposé au surmenage et nous n'en voyons que trop d'exemples.

Même si le mot de surmenage est excessif et erroné (dans le sens où l'entendait Charcot), il est certain que, chez de tels enfants, le travail intellectuel prend la place des heures qui pourraient et devraient être consacrées au développement physique et que, de ce fait, la santé de l'enfant s'en ressent.

La critique de Lesné et Ch. Richet fils est particulièrement juste.

Les programmes surchargés actuels, en histoire et et géographie notamment, en sciences, l'abus sur lesquels porte actuellement l'enseignement secondaire, la multiplicité des heures de classe sont autant de raison de fatigue et de surmenage — au moins pour les enfants qui ne restent pas passifs. Pour ces derniers, c'est du temps pris inutilement sur celui qu'ils pourraient consacrer à se développer physiquement par une vie de plein air sagement réglée.

Comment concevoir une gymnastique et une culture physique vraiment efficaces avec le maintien intégral des classes d'après-midi ? A l'heure où l'enfant pourrait jouer et développer ses muscles, il est enfermé et c'est souvent juste après le repas de midi qu'on lui donne parcimonieusement quelques moments pour son éducation physique.

Une règle ne devrait pas subir d'exception : jamais l'écolier ne devrait travailler après dîner. Or si quelques enfants, bien doués et méthodiques, arrivent à régler ainsi leur temps jusqu'à leur baccalauréat (j'en ai eu près de moi), combien d'autres rapportent à la maison du travail qu'ils n'ont pu terminer à temps et veillent trop tard.

Ce sont là, non, à proprement parler, toujours des causes de surmenage mais des causes de mauvais développement physique. La croissance exige à elle seule du temps, du repos et on n'en tient pas compte dans la direction de l'enfant. Combien souvent ai-je vu des garçons de 12 à 14 ans, en apparence retardés dans leur travail intellectuel, qui en réalité se développaient physiquement, grandissaient, se transformaient. Chez eux la vie scolaire donnait temporairement un mauvais rendement intellectuel et les maîtres ne comprenaient pas toujours que c'était cette croissance physique active qui entravait le travail.

Moins surcharger les études était la vraie solution.

Mais hélas ! quels que soient les progrès réalisés dans bon nombre d'institutions en matière d'enseignement, il semble bien que le surmenage scolaire n'est pas près de disparaître.

La règle si excellemment déposée par M. Appell, je crois, que le but de l'enseignement secondaire est d'*apprendre à apprendre* est sans cesse méconnue. L'œuvre du maître même dans l'enseignement primaire est beaucoup plus une œuvre de formation qu'une œuvre d'instruction. Or on cherche de plus en plus à mettre dans les programmes ce que, dans chaque branche, on considère comme un minimum à retenir. On voit l'utilité future des connaissances ainsi acquises, comme si elles devaient être définitivement retenues. On formule ainsi un programme véritablement encyclopédique et qui ne fait qu'encombrer le cerveau de l'enfant. On s'éloigne des humanités sous prétexte qu'elles n'ont pas d'utilité future, oubliant leur supériorité évidente dans la formation et la facilité avec laquelle elles sont matière d'examen permettant de juger l'intelligence de l'enfant, sa faculté de compréhension, sa curiosité. On veut inculquer à l'enfant une série de notions scientifiques, historiques ou autres que trop souvent son cerveau ne peut retenir et qui ne développent au plus que la mémoire.

Il me semble qu'il y a là une utopie et que sans cesse ceux qui ont la responsabilité des programmes devraient considérer l'enfant sous cet angle de la formation. Combien parmi nous ont retenu vraiment ce qu'ils ont appris à l'école ! Ce qu'il faut demander à l'enseignement des premières années, c'est de former un cerveau beaucoup plus que de le meubler, et il semble bien que plus l'enseignement primaire se mêle au secondaire, plus le programme de mémoire s'enfle au détriment du programme de formation. Nous ne pouvons pas grand'chose pour modifier cette situation et il est à craindre que les projets de réforme actuelle n'aggravent le mal au lieu de l'atténuer. Mais il n'est pas mauvais d'y insister une fois de plus. Simplifier les programmes, en diminuer tout ce qui ne vise que la mémoire, faire une place plus large à l'éducation physique par la réforme des classes d'après-midi, c'est ce qui semblerait tout simple, c'est ce qui, dans l'état des idées, apparaît d'une réalisation plus que difficile. Espérons qu'un jour ou l'autre une réforme sera tentée dans ce sens.

Un dernier mot : pour lutter contre le surmenage scolaire, il ne faut pas oublier la nécessité d'une bonne nourriture. Le régime alimentaire de l'écolier dans les internats et les demi-pensionnats reste, dans la règle, défectueux, tant comme quantité que comme qualité, et malgré toutes les campagnes dans ce sens, il n'est que trop vrai que, dans les conditions économiques actuelles, l'enfant, soit dans sa famille, soit au collège, n'a pas la ration alimentaire qui lui est nécessaire ou ne l'a que préparée d'une façon insuffisante. Chez les enfants comme chez les adolescents, une bonne nourriture est un des éléments essentiels de la préservation contre la tubercu-

lose. Il y a dans ce sens un effort à tenter, car lorsqu'au surmenage vient se joindre la non-alimentation, la répercussion sur la santé ne peut qu'être grave.

Que de choses encore à dire sur ce sujet. Il mérite d'être analysé de près et il serait bien désirable qu'un petit groupe d'éducateurs et de médecins se réunisse et s'entende pour jeter les bases de quelques réformes pratiques appuyées sur des principes clairs et simples, susceptibles d'être comprises et par le public et par tous ceux qui sont responsables de la formation intellectuelle et physique de la jeunesse. Il est peu de problèmes plus urgents.

Je m'aperçois que je vous ai envoyé tout un plaidoyer alors que je pensais ne vous écrire que quelques lignes.

M. le Docteur MEILLÈRE,
Membre de l'Académie de Médecine.

Le surmenage scolaire existe-t-il ailleurs que dans l'esprit de gens considérés par nos pédagogues officiels comme simpliste et rétrogrades ?

Et d'abord, qu'est-ce au juste que *le surmenage*. Nous le définirons : Tout effort imposé à l'élève au-delà des limites de sa capacité *actuelle* d'assimilation ou de production. Nous étendrons même cette définition, et nous dirons que tout effort réalisé dans une voie qui n'est pas rigoureusement indispensable — même si le dit effort ne dépasse pas la capacité actuelle du sujet — constitue un surmenage, car il est toujours facile surtout en matière d'enseignement de canaliser les efforts dans un sens utilitaire. On n'a à cet égard que l'embarras du choix.

Le surmenage n'existe guère — pour l'instant tout au moins — dans l'enseignement primaire proprement dit, ayant uniquement, pour but, de satisfaire aux exigences de la vie moyenne, et, comme sanction, l'obtention du certificat d'études primaires. Mais il envahit déjà les classes préparatoires correspondantes de l'enseignement secondaire, comme il sévit sur ce dernier et surtout sur son aboutissant, l'enseignement supérieur.

Nous nous préocuperons donc uniquement ici de l'enseignement donné dans les collèges et lycées, c'est-à-dire de l'enseignement secondaire officiel.

Il n'est pas douteux que dans ce cadre d'études, il n'est tenu aucun compte de la capacité « *constitutionnelle* » pourrait-on dire, et surtout de la capacité *temporaire*, c'est-à-dire actuelle, de l'élève, cette dernière se trouvant conditionnée, diversifiée par une foule de facteurs *naturels* : (phases de développement, ou *accidentels* : (maladie ou toute autre épreuve physique ou morale). Toute la question du surmenage repose sur la façon dont on envisage cette inégalité inévitable de la capacité physique ou intellectuelle en face d'un effort quelconque.

Pour quelques esprits imbus d'idées préconçues, il serait inutile de ménager l'effort de l'élève qui ne retiendrait que ce qu'il peut retenir et aurait tout à gagner à cette sorte de gymnastique intellectuelle intensive.

Pour ceux qui prennent la peine de réfléchir aux données de ce problème extrêmement complexe, un effort n'est utile et réellement profitable que s'il aboutit pour l'élève à une acquisition, réelle, persistante, sans mettre par ailleurs en péril l'économie du sujet envisagé. D'où cette inéluctable nécessité de proportionner l'effort à la capacité d'assimilation, au lieu d'en faire un simple sport intellectuel.

C'est là, précisément que peut et doit intervenir efficacement le médecin des écoles, en communion étroite avec le médecin de la famille, seuls juges qualifiés pour apprécier l'endurance au travail d'un sujet donné, alors que le simple pédagogue — quelle que soit par ailleurs sa science de l'enseignement — demeure toujours hypnotisé par l'intégralité du programme à remplir dans toutes les branches de l'enseignement soumises au même régime intensif.

L'uniformité de l'enseignement universitaire s'oppose à une modifications des errements actuels, et c'est là précisément qu'une réforme radicale s'impose.

Reprenant à ce propos la thèse que nous avons maintes fois exposée et qui était celle de notre maître J. V. Laborde, nous mettons en principe qu'une discrimination devrait exister entre les notions fondamentales et les notions accessoires de l'enseignement, entre l'*essentiel* et le *superflu*.

Tous les élèves devraient être astreints à suivre régulièrement le programme pour ce qui concerne les notions fondamentales : *grammaires*, c'est-à-dire langue française comprise dans son sens le plus large : *mathématiques*, avec leurs applications immédiates, comme l'étude des phénomènes physiques. L'étude suivie des notions accessoires demeurerait libre, en ce sens qu'elle n'obligerait pas chaque élève à la fatigue de devoirs pris sur le temps réclamé par le repos intellectuel et par l'exercice physique indispensables à tout sujet, pris aussi trop souvent sur le temps que ledit élève emploierait plus utilement à l'étude sérieuse des notions essentielles de l'enseignement. Pour ces matières, dites accessoires, histoire, géographie, histoire naturelle, chimie, etc., des leçons de choses, l'enseignement cinématographique, des lectures, des manipulations judicieusement choisies, éveilleraient peu à peu chez l'élève un certain intérêt, sans provoquer de fatigue réelle, comme le fait l'étude bien comprise des arts d'agréments. Il serait facile de faire de cette partie de l'enseignement un délassement plutôt qu'une corvée, et c'est de ce côté que devrait se porter le premier effort des réformateurs.

Cette discrimination des deux catégories de matières enseignées, indispensable au cours du cycle préparatoire, serait bien entendu introduite aussi dans le cycle définitif, c'est-à-dire au cours des trois ou quatre années qui précèdent l'examen-sanction, mais avec un tempérament que la pratique instaurerait au mieux du but envisagé, qui est en somme de former l'intelligence sans compromettre à aucun moment le développement physique et manuel du sujet, ainsi mieux armé pour la lutte sévère que comporte l'existence actuelle.

Une foule d'autres points seraient à étudier, qui pour être moins importants que ceux envisagés par nous plus haut, n'en conditionnent pas moins intimement ce grave problème de l'enseignement. Forcé de nous limiter à ces quelques directives, nous rappellerons seulement, pour terminer, l'opinion de maîtres éminents, tels que le professeur Guignard, qui répétaient inlassablement, en se basant sur leur longue expérience, que *l'enseignement officiel n'était jamais assez élémentaire*, commentaire judicieux de ces aphorismes empruntés à la sagesse des nations : « Toute simplification est un progrès » — « Le mieux est l'ennemi du bien » : devises que nous voudrions voir inscrites au fronton de tous les amphithéâtres.

M. le Docteur MOURIQUAND,
Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

1° Je crois que le surmenage scolaire existe, au moins dans les lycées (j'ai peu de renseignements sur les écoles primaires).

En aucun cas, l'enfant ne devrait prendre sur ses heures de sommeil pour finir sa tâche.

Or nombre d'écoliers veillent pour cela tard dans la nuit, du fait de la surcharge des programmes.

L'âge scolaire « actif » correspond (ou à peu près) à la puberté, période d'évident surmenage nutritif correspondant à la seconde grande poussée de croissance.

A ce moment, de toute évidence l'immunité (dans son sens le plus général), fléchit. Le surmenage scolaire aggrave ce fléchissement, d'où poussées tuberculeuses aiguës, méningites, asthénies, psychoses, etc.

2° Les médecins doivent participer à l'organisation des programmes scolaires et surtout les médecins en contact permanent avec l'hygiène et la pathologie infantiles et

possédant toute compétence médicale et biologique sur les phénomènes de croissance.

M. le Professeur NOBÉCOURT,

Membre de l'Académie de Médecine.

1° Le surmenage scolaire existe-il ?

Oui. Mais il n'est pas très fréquent. et ne survient que dans certaines catégorie d'enfants et de jeunes gens.

Il n'est pas très fréquent, parce que l'écolier et le lycéen se défendent instinctivement contre des programmes trop touffus. un travail trop chargé. des horaires mal équilibrés, laissant trop peu de temps à la vie en plein air et aux exercices physiques, en faisant trop peu ou rien. La plupart des écoliers et des lycéens perdent un temps précieux. qui pourrait être utilement employé. Ils ne profitent pas de ce temps qui est immédiatement perdu, et cela aux dépens de leur instruction, de leur éducation. de leur développement physique. intellectuel et moral.

Certains écoliers et surtout certains lycéens se surmènent. Ce sont les sujets consciencieux. ceux qui veulent être les premiers de la classe, réussir dans leurs examens et leurs concours

Parmi ces derniers. il en est qui. pour des raisons diverses, ne peuvent faire pendant longtemps les frais d un travail forcé. Leur intelligence et leur santé en souffrent. Ils tombent malades et souvent seront définitivement tarés.

Il va sans dire que certains sujets particulièrement doués ne souffrent pas du travail qu'ils ont à faire. Mais ils sont la minorité.

2° Quel est le rôle que devrait avoir le médecin dans l'organisation des programmes scolaires ?

La réponse est plus délicate, car le problème est complexe.

Le médecin — en tant que médecin — n'a pas à apprécier les objectifs de l'enseignement et les méthodes pédagogiques.

Mais il lui appartient d'apprécier :

1° Le retentissement que peut avoir, sur le dévelopement de l'organisme et la santé. l'enseignement donné. par les horaires qu'il implique et le temps qu'il laisse libre pour les exercices physiques, les jeux, les repas, le repos.

2° Si les programmes sont adaptés aux conditions physiologiques des enfants suivant leur âge et leur sexe, pour éviter non seulement le *surmenage* (j'ai dit tout à l'heure ce que j'en pensais) mais en employant un mot admis le *malmenage*, qui est au moins autant à redouter.

M. le Docteur Victor PAUCHET

Les pédagogues doivent savoir que la vie physique des écoliers doit être organisée avec autant de soin que leur vie mentale. Le rendement intellectuel dépend de l'hygiène corporelle autant que de l'hygiène intellectuelle. Le programme comportant le développement physique, devrait être également contrôlé par les examens. Ceux qui. plus tard, suivront la préparation militaire. offriront une garantie de vigueur et de santé qui devra être appréciée par les représentants du beau sexe. Tous les jeunes gens dépourvus de diplômes de bonne santé risqueront ainsi d'être humiliés et laissés pour compte par les jeunes filles. comme des déchets masculins. Dans l'intérêt du pays. jeunes hommes et jeunes filles devraient boycotter les candidats éventuels à leur main. s'ils ne donnaient pas des garanties de vigueur et de santé. aussi bien que des garanties d'intelligence pratique et de moralité.

Quelques-uns déclarent que ces soins apportés à la vie physique et à l'hygiène, créent des dépenses nouvelles. A cette objection stupide. je réponds :

« Place ton argent dans le cerveau. les muscles et les poumons de tes enfants ; c'est là que ton capital fructifiera le plus sûrement et qu'il restera à l'abri des voleurs et des impôts spoliateurs »

Soyez économes de votre argent vis-à-vis des plaisirs inutiles ou nuisibles. soyez prodigues de votre argent pour acquérir des notions pratiques de la vie et pour vous initier au développement de votre corps. l'accroissement de votre vitalité. de votre santé et à la conservation de votre jeunesse.

L'étudiant. dont la vie physique est organisée avec autant de soin que l'étude. obtient au point de vue de son avenir professionnel et de sa santé. un rendement supérieur. Dans les groupements des étudiants. je ne vois guère d'animateurs qui s'intéressent à l'avenir physique de notre race. Ce qui est appelé le surmenage scolaire ne correspond pas à l'excès de travail, mais à la mauvaise organisation du travail. de l'hygiène et du repos. Il faudrait qu'il y eut entente entre les professeurs et les médecins. Dans les classes, la plupart des « paresseux », c'est-à-dire des élèves qui supportent mal le régime des études, sont atteints d'insuffisance respiratoire, visuelle, auditive, pulmonaire. intestinale, hépatique. hypophysaire, thyroïdienne. surrénale, testiculaire. etc.. Le rôle du médecin consisterait à éclairer le pédagogue pour obtenir des élèves le rendement maximum : ce rôle de médecin pédagogue est extrêmement important et ne peut être confié à des confrères « retraités » ou fonctionnaires. qui connaissent mal la question de la culture physique et du rôle des endocrines.

Cette charge doit être confiée à des médecins « à la page » dont l'esprit pratique et réalisateur se trouve inspiré de la biologie moderne et de l'endocrinothérapie. Il faut également des pédagogues modernes qui sachent que si 2 ou 3 p. 100 des élèves présentent une grande aptitude intellectuelle et une mémoire verbale étendue. qui permettent une éducation de luxe. il y en a 97 p. 100 qui doivent avant tout gagner leur vie et rendre service à leur pays avec leur plein rendement social. économique et professionnel, sans perdre de temps avec les humanités. Il faut que les pédagogues sachent sélectionner et réunir en 3 ou 4 groupes ces sortes d'élèves, suivant leurs aptitudes et leurs possibilités. avant de les confier à leurs professeurs. Il faut, pendant la période scolaire, que la gymnastique et le sport occupent non pas l'arrière plan. mais le premier plan.

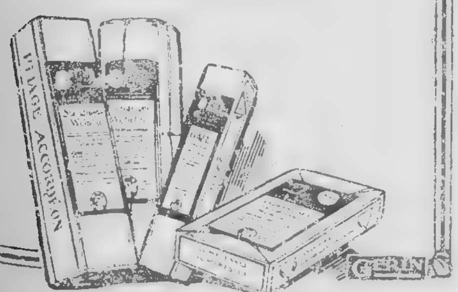
Chacun connaît cette magnifique œuvre de la Cité Universitaire, conçue et réalisée par les frères Deutsch de la Meurthe. Or, il y a quelques mois, j'adressais mon professeur de culture physique, Jean Radou, à la dite Cité Universitaire pour proposer aux étudiants de leur faire connaître les ressources du Medicine Ball. Jean Radou se présenta avec la carte d'un des bienfaiteurs de cette œuvre, le Baron Pierre de Gunzbourg, gendre de M. Henri Deutsch de la Meurthe. Jean Radou fut complètement découragé par sa première visite. Il lui fut répondu que la plupart des étudiants ne se souciaient aucunement de tout travail en dehors de la préparation aux examens et que les autres préféraient faire la noce. Voilà ce que nous voyons en 1928. Quand donc les pédagogues et les médecins s'entendront-ils pour réaliser la symbiose physique et mentale des jeunes Français en vue d'un meilleur rendement mental. moral, économique et social.

M. le Docteur G. PAUL-BONCOUR

Médecin de l'Institut Médico-Pédagogique.

1) Il n'est pas douteux qu'il existe à l'école primaire et surtout dans l'enseignement secondaire des cas de « *surmenage vrai* ». Mais je me hâte d'ajouter qu'il est vraisemblable que leur nombre est relativement restreint et qu'il serait intéressant que l'enquête nous renseignât sur ce point.

2) Il est vraisemblable. dis-je, car il faut reconnaître que ceux qui répètent avec énergie que les jeunes écoliers sont surmenés. ne nous ont jamais informés du nombre exact de ces surmenés. Il faut aussi remarquer que beaucoup de médecins affirmant cet état morbide.



confondent manifestement la fatigue (état normal) avec le surmenage (état anormal).

3) J'ai utilisé le terme « *surmenage vrai* » précisément pour souligner la nécessité de ne considérer que des états vérifiés et authentiques. Trop souvent on nous dit que le surmenage se manifeste par des vertiges, des céphalées, des troubles visuels, de l'inappétence, de l'insomnie, des saignements de nez : on parle même de méningisme, de fièvre etc. A mon avis, ce n'est pas dans ces symptômes qu'il faut chercher la caractéristique du surmenage : ils peuvent manquer ou être presents chez des personnes nullement surmenées.

4) Le besoin d'une définition du surmenage claire et limitative se fait donc sentir, et du jour où elle sera établie et adoptée toutes les questions relatives à cette affection sortiront du brouillard de l'imprécision.

C'est pour répondre à ce besoin qu'en 1912 et de nouveau en 1922 je me suis rallié à la définition suivante : *le surmenage est un état de fatigue anormale et chronique caractérisé essentiellement par un déficit de l'énergie neuro-psychique résultant d'effets disproportionnés.*

La fatigue normale succédant à un travail quelconque est un phénomène physiologique et fort utile, car si la sensation de fatigue (qui se traduit par de l'inattention, de la paresse, de l'indiscipline) n'existait pas, les cas de surmenage seraient d'une grande fréquence : et fort heureusement un écolier se défend instinctivement contre un excès de travail ou un malmenage pédagogique. Cette fatigue normale est entièrement dissipée par le repos de la nuit ou des jours de congé : elle n'est donc pas *chronique*. J'ai examiné des enfants étiquetés surmenés et je n'ai nullement rencontré le caractère de chronicité. Du reste, ce qui caractérise essentiellement la fatigue anormale, c'est le déficit de l'énergie neuro-psychique et celle-ci est mesurable comme l'a démontré Claparède à l'aide de la technique psonométrique. Combien de ceux qui affirment l'existence fréquente du surmenage ont-ils évalué scientifiquement et psychométriquement le degré d'infériorité neuro-psychique ? Et cependant c'est là l'élément primordial dont il faut s'informer car tout dépend du capital d'énergie dont on dispose : si l'énergie utilisée est récupérée durant le sommeil ou le repos, la fatigue est normale, serait elle quotidienne. Si la dose utilisée dépasse la quotité disponible et si chaque jour le capital s'amoindrit, les réserves étant épuisées, c'est le surmenage.

5) Nombreux ou non, il y a des surmenés : il est donc logique de chercher un moyen d'éviter cette situation. L'enquête propose de faire intervenir le médecin dans la confection des programmes ?

Je n'y vois aucun inconvénient, mais je me demande quelle peut être la compétence du médecin en pareille matière ? S'il se borne à proclamer que l'écolier a trop à faire, il est dans son rôle, mais pour participer à la confection d'un programme il convient de savoir : *a*) Quelle est la quotité d'énergie neuro psychique dont dispose un enfant à un âge donné (1) ; *b*) Quelle est la quantité de dépense de cette énergie pour s'assimiler une matière déterminée ; *c*) si la préparation d'une composition demande un effort plus intense, etc. Combien existe-t il de médecins bien documentés sur ces questions ? Je n'ose pas répondre.

6) Mais si je refuse au médecin toute compétence ou une compétence marquée dans l'élaboration des programmes, je suis d'avis de leur accorder un rôle prédominant dans la prophylaxie du surmenage. Une fois un programme judicieusement établi, il importe de savoir si tel écolier est capable de le suivre : sur 20 élèves il y en a 18 qui ne sont pas surmenés, pourquoi les dix-neuvième et vingtième le sont-ils ? J'ai vu de vrais surmenés, mais le plus souvent j'ai relevé chez eux une infériorité nerveuse, des indices de fatigabilité préalable.

J'ai aussi rencontré des élèves figurant dans une classe ne correspondant pas exactement à leurs possibilités neuro-psychiques. Les familles (même médicales) n'hésitent pas à mettre leurs enfants en avance. Elles désirent que le baccalauréat soit passé avant 16 ans. Tel enfant bien doué pourra tenir le coup : tel autre moyennement doué n'y parviendra qu'en faisant un effort quotidien supplémentaire d'où surmenage. Et puis n'a-t-on pas la mauvaise habitude de se baser sur l'âge chronologique sans se douter que l'âge biologique est parfois en retard.

Je pourrais citer bien d'autres cas démontrant qu'à côté des causes exogènes de surmenage (programmes mal élaborés, malmenage pédagogique, etc.) existent des causes endogènes : or des exogènes on parle beaucoup, des endogènes très rarement ! A mon avis, elles sont peut-être les plus fréquentes : en tout cas elles existent, et c'est le médecin et le médecin seul qui est qualifié pour les dépister et pour y remédier.

7) Puisque une enquête sur le surmenage est ouverte dans le *Progrès Médical*, j'émets le vœu qu'elle provoque des recherches sur cette maladie et que des observateurs compétents soient incités à répondre aux questions suivantes : l'élève est-il un surmené ou un fatigué ? Quels sont les signes observés ? Les phénomènes caractéristiques, dûment mesurés sont-ils présents ? Quelle est la valeur hiérarchique des symptômes concomitants ? Quels sont les facteurs du surmenage : causes prédisposantes, causes efficientes, endogènes et exogènes ?

D'après ces données seules peut être établie une connaissance exacte du surmenage et celui-ci étant connu, le remède adéquat sera facile à trouver.

(1) C'est ce que j'ai décrit sous le nom de capacité scolaire.

M. le Docteur SICARD DE PLAUZOLES

Le surmenage scolaire n'existe pas ; l'enfant en est automatiquement préservé par l'inattention. On n'observe de surmenage que chez quelques grands adolescents préparant examens ou concours.

On attribue au surmenage scolaire les effets d'une hérédité fâcheuse et les résultats des fautes d'hygiène dont les enfants sont victimes dans beaucoup de familles (sommeil insuffisant, usage de boissons alcooliques, de vin, de café, etc.).

Cela ne veut pas dire que le médecin n'ait aucun rôle à jouer dans l'organisation des programmes scolaires et dans l'application de ces programmes.

M. le Docteur Jean VINCHON

1° Le surmenage scolaire existe malheureusement. Nous en avons le témoignage presqu'à chaque consultation. Il sévit surtout chez les jeunes gens autour de la douzième année et chez les candidats au baccalauréat et aux grandes écoles. Les filles paraissent en souffrir moins que les garçons.

Pourtant les programmes sont également chargés pour l'un et l'autre sexe. Sans doute savent-elles mieux organiser leur temps. Les enfants et les jeunes gens surmenés ne sont pas tous des asthéniques congénitaux. Il n'est pas exceptionnel que la « fatigabilité » soit acquise avec des effets physiques et intellectuels si tenaces.

2° Le médecin est particulièrement qualifié pour donner son avis dans l'organisation des programmes scolaires. Lui seul peut doser, en toute connaissance de cause les heures de travail et de repos et surtout veiller à ce que les enfants ne soient pas surmenés par des devoirs ou des leçons qu'ils n'ont pas le temps matériel de préparer ou d'apprendre. Les programmes ne tiennent qu'un compte relatif des possibilités des intelligences ou des corps en cours de développement. L'éducateur a en vue un type d'enfants qui ne correspond pas toujours à la majorité des élèves. On peut dire qu'il s'adresse surtout aux sujets d'élite. Il se plaint ensuite de l'infériorité de la moyenne des candidats au moment des examens. A qui la faute ? Il y aurait beaucoup à dire aussi sur la tendance actuelle aux spécialisations hâtives. Mais le médecin sortirait de son rôle en intervenant sur ce terrain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 octobre 1928 (*suite*).

Un traitement de la constipation simple. — ***M. Bécart*** présente un petit appareil, sorte de suppositoire en ébonite qui lui a donné d'excellents résultats dans le traitement de la constipation simple, c'est-à-dire de celle due à un trouble dans le mécanisme de la défécation.

Sur les spirochétides. — ***M. Georges Rosenthal,*** à propos d'un ouvrage récent du Professeur Aug. Pettit, attire l'attention sur la biologie générale de ces microorganismes dont les caractères distinctifs sont encore obscurs et sur le parallélisme minutieusement étudié par l'auteur entre la spirochétose ictéro-hémorragique de l'homme et la maladie expérimentale du cobaye.

Suture nouvelle dite à anse nouée. — ***M. H. Legrand.*** — A l'aide d'une aiguille de Reverdin, on passe dans les deux lèvres de la plaie un fil double de façon que d'un côté, on ait une anse et de l'autre, deux chefs. Un des chefs est ensuite passé dans l'anse, puis noué à l'autre chef. Les deux chefs glissent très facilement dans les trous faits par l'aiguille, et tendent à faire rapprocher les lèvres tout aussi bien dans leur partie profonde que dans leur partie superficielle.

E. PERPÈRE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du samedi 13 octobre 1928.

M. Paul Delaunay a pu reconstituer, grâce à la découverte d'une liasse de documents, la carrière universitaire d'un médecin de la Sarthe sous la Révolution, le Dr Drouard, qui contribua à vulgariser le vaccin dans son département. Voici son diplôme de maître es-arts, datant de 1790, équivalent du baccalauréat, qui comprenait une thèse ; au dos une note manuscrite en latin fait l'éloge de la Constituante.

Un certificat de bonne conduite témoigne aussi des qualités, de l'intelligence du Dr Drouard. Ce premier parchemin en poche, Drouard entre comme élève dans une pharmacie ; mais la conscription le prend et le voilà pharmacien de 3e classe à l'armée de Moselle. Il tombe malade, est évacué à Saumur et réformé. Il se rend à Paris pour terminer ses études, comme élève du pharmacien François, rue de la Harpe.

L'idée lui vient alors de prendre ses inscriptions de médecine. Il suit les leçons de Corvisart, d'Antoine Dubois et de Dupuytren, entr'autres et dans ses papiers sont conservés des certificats signés de la main de ces maîtres. Son diplôme de docteur est daté de l'an XI. Il est manuscrit et signé par Laennec et Dupuytren. Drouard, rentre au Mans, y trouve un monde médical hétéroclite : docteurs des Facultés de l'ancien Régime, maîtres en chirurgie, empiriques. Une loi prescrit la création de jurys, chargés de ne permettre l'exercice de la médecine qu'à ceux qui en sont dignes. Drouard fait partie du jury de la Sarthe. Peu après il est chargé de la révision des conscrits, dont beaucoup sont réfractaires. Il doit aussi pratiquer la vaccine, l'initiative publique ayant succédé à l'initiative privée dans la pratique de l'inoculation, rapportée par le duc de La Rochefoucauld-Liancourt à son retour d'émigration. Enfin il est nommé médecin du dépôt de mendicité de la Sarthe, titre purement honorifique, puisque ce dépôt ne fut créé qu'en 1852. Il meurt quelque temps après cette nomination, célibataire. La vie de ce praticien constitue une page de l'histoire de l'exercice de notre art dans les provinces françaises sous l'Empire et la Restauration.

M. Laignel-Lavastine résume ensuite ses impressions sur le VIe Congrès des Sciences historiques, réuni cette année à Oslo, sous la présidence de Halidan Koht, président de la Société historique de Norvège. Il remarque que la langue française tient le premier rang pour les communications (189 sur 400 dans les autres langues). Le Congrès comprenait des savants de toutes les spécialités s'intéressant aux questions historiques. Dans le beau décor de la Norvège et du Danemarck au mois d'août, les réunions se poursuivirent avec succès. L'histoire de la médecine constituait une sous-section dans le groupe de l'histoire des lettres et des sciences. Les communications de ***M. Tricot-Royer*** sur Glozel, de ***MM. Laignel-Lavastine*** et ***Jean Vinchon*** sur les anormaux de la Révolution française à travers les observations de Pinel et de ses élèves, de ***M. Karl Sudhoff*** sur l'enseignement médical au Moyen-Age et ses moyens d'étude, de ***M. Tricot-Royer*** sur la vie sociale des lépreux dans l'ancien duché de Brabant, de ***M. Frédéric Grön***, d'Oslo, sur la médecine scientifique en Norvège après le Moyen-Age, de ***M. de Metz*** sur un ancien almanach vénitien contenant des secrets de guérisseurs, etc., donnent une idée des divers chapitres d'Histoire de la médecine, traités au cours des sciences. ***M. Laignel-Lavastine*** conclut en notant que trop de questions n'ayant qu'un intérêt local et particulier furent traitées à Oslo, que la science historique emprunte trop aux hypothèses et qu'enfin elle reflète trop souvent la chimère du jour, la crainte de paraître trop de son pays.

Jean VINCHON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1928.

Agglutination du spirochæta pseudo-icterohemorrogiæ (souche aquicole de Vincent au cours des cultures successives). — ***M. Gérard Gardner*** (de Montréal). Le professeur Auguste Pettit présente une note sur la forme libre du microbe qui produit la jaunisse infectieuse, note due à un jeune professeur de l'Université de Montréal, le docteur Gérard Gardner.

Ledit microbe a été isolé dans de l'eau d'égout et conservé en culture pendant plusieurs années. Au cours de ces repiquages, il a acquis la propriété de fournir un séro-diagnostic positif, avec les sérums de malades des hôpitaux de Paris guéris de spirochétose ictérohémorragique authentique ; il n'est pas encore devenu pathogène. Ces faits permettent de comprendre l'infection de l'homme ; dans le milieu ambiant, le spirochète ictérohémorragique est inoffensif ; ce n'est que dans certaines conditions du milieu ambiant qu'il acquiert successivement les diverses propriétés qui le rendent virulent pour l'espèce humaine.

Recherches nouvelles sur la fièvre exanthématique du littoral méditerranéen. — ***MM. Boinet, Jean Piéri*** et ***Dunan***. — Ni les conditions épidémiologiques, ni les recherches sérologiques, ni les inoculations au cobaye, ni les examens histologiques même ne permettent, à l'heure actuelle, une assimilation de cette maladie du littoral avec le typhus.

Les caractères cliniques, par l'éruption papulo-nodulaire, par l'escarre, par l'allure bénigne, différencient la fièvre exanthématique marseillaise du typhus exanthématique épidémique. De plus, M. Boinet ayant eu l'occasion d'observer à Marseille des épidémies de typhus exanthématique vrai et épidémique d'origine étrangère, soit dans les troupes serbes pendant la guerre, soit chez des ouvriers arabes l'ayant importé de l'Algérie ou du Maroc (ouvriers employés au percement du canal du Rove), n'a pu retrouver les caractères cliniques, sérologiques et anatomo-pathologiques permettant d'assimiler ces cas à la fièvre exanthématique marseillaise qui fait l'objet de cette étude.

Cette conclusion est capitale en raison des patentes brutes qui, comme on le sait, comportent un très grand dommage commercial, et il convient de ne pas laisser s'établir cette légende du « typhus endémique d'été » à Marseille.

Considérations sur l'acidose dite rénale. — ***MM. Chabanier, Lobo-Onell, Lebert*** et ***Lelu***. — Il n'y a pas d'acidose rénale, au sens admis par les classiques ; la notion d'acidose rénale, ayant été seulement basée par eux sur la constatation d'un abaissement de la réserve alcaline dont le mécanisme est tout autre que celui qui détermine la chute de cette réserve au cours des attaques acides bien authentifiées.

Spécialités Lecoq

ROZODERME

POMMADE **ROSE** AUX ESSENCES ANTISEPTIQUES
ERYTHÈME FESSIER — GERÇURES — BRULURES
ECZÉMAS et TOUTES AFFECTIONS DE LA PEAU

LYCIFLORE

SÉDATIF A BASE DE **LYCIUM BARBARUM**
PRÉPARÉ D'APRÈS LES TRAVAUX du Dr WEITZ
COQUELUCHE — TOUX et SPASMES

DÉPÔT : PHARMACIE **HOURTOULLE**
11, Rue des Deux-Ponts, Paris (4e).

R. C. Paris 41.132.



Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures :
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

BIBLIOGRAPHIE

L'Italiano di Mussolini. Vuoi vivero meglio,? par le Dr G. Dicorato. Un fort vol. 460 pages. Via Conte Verde 34, 1928, 10 lires,

C'est un traité d'hygiène physique et moral que publie notre éminent confrère G. Dicorato. Il étudie les différents âges de la vie et, pour chacun d'eux, il donne les conseils du praticien en même temps que ceux du moraliste. L'ouvrage se présente donc sous deux aspects harmonieusement juxtaposés ou confondus : d'une part des enseignements d'ordre sanitaire, médicaux, hygiéniques, prophylactiques, depuis l'allaitement jusqu'au traitement des maladies, en passant par les sports, la cuisine, la pharmacie de la maison... d'autre part, les leçons morales et civiques convenant aux différentes phases de l'existence, aux différentes cultures, aux obligations paternelles et maternelles, aux spécialisations diverses et les raisons de ne pas craindre la mort.

Voulez-vous vivre mieux ? tel est le sous-titre de ce traité de grande vulgarisation destiné à inciter les lecteurs à faire le nécessaire pour se garer eux et leur progéniture des maux physiques et moraux, pour acquérir à l'individu et à la Société le maximum de santé et de bonheur. L'auteur répond à la question dans les dernières pages du livre intitulées ; *décalogue eubiotique*.

On lit sur la couverture un mot de Mussolini : « *J'aime les citoyens qui me disent la vérité, même et surtout quand elle est désagréable* ».

Sans connaître le duce et ses pensées, je suis convaincu qu'il lira et prisera beaucoup l'ouvrage du Dr G. Dicorato — ouvrage dont une deuxième édition paraitra incessamment.

E. de M.

Médecins coloniaux, par le médecin-colonel Abbatucci. (Collection des Vies coloniales), Paris, Larose, 11, rue Victor-Cousin.
Le bréviaire des coloniaux.

Ainsi aurait pu intituler ce nouveau volume le Dr S. Abbatucci qui d'ailleurs a jadis publié chez Maloine : *Le bréviaire* thermal *des Coloniaux*.

L'ouvrage *Médecins Coloniaux* mérite l'éloge qu'en fait dans la préface le Professeur Calmette, lequel, en passant, rappelle les dons de la plume alerte et élégante à laquelle nous devons : *Le Parfum de la longue route* et *Devant la proue des navires*.

Mais cette fois les mérites de l'écriture passent nettement à l'arrière-plan en raison de l'intérêt technique du sujet traité.

L'auteur, après avoir indiqué, en quelques pages, comment on entre dans le corps de santé colonial, traite complètement la position du médecin devant le problème colonial dont il signale les aspects caractéristiques par la formule : *l'équation tropicale à trois inconnues* id est :

La menace climatique.
La menace pathologique,
La menace ethnique.

A l'étude détaillée de chacun de ces points, S. Abbatucci consacre des pages à la fois vécues, vivantes, documentées et documentées aux sources les plus récentes.

L'examen de la menace ethnique le conduit à la sociologie et à la politique coloniales où il exprime des idées que résume la phrase de Platon placée en exergue du volume : L'essence de l'égalité consiste à traiter d'une manière inégale des choses inégales.

Ce n'est donc pas seulement le médecin colonial, c'est le colonial tout court et particulièrement l'administrateur colonial (civil ou militaire) qui a intérêt et profit de premier ordre à lire et à méditer S. Abbatucci.

C'est pourquoi je reviens et me tiens à la formule : l'ouvrage de notre confrère doit être le *bréviaire des Coloniaux.*

E. de M.

La vocation de nos enfants, essai d'orientation professionnelle près les études secondaires et après l'enseignement primaire supérieur par le docteur Paul CHAVIGNY. Un vol. (12.5 × 19), br. : 9 fr. (Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris, V^e).

On s'est beaucoup préoccupé, ces dernières années, de *l'orientation professionnelle* ; mais on s'est borné à *l'orientation professionnelle dans les métiers*. Cependant, il semble bien que les *professions intellectuelles* puissent largement bénéficier de recherches et d'une technique similaire. Le Professeur Paul CHAVIGNY, à qui nous devons un ouvrage très estimé sur *l'Organisation du travail intellectuel*, s'est proposé de rechercher quels sont les éléments d'appréciation de la véritable valeur professionnelle future des individus que leurs études avaient préparés à des professions dites libérales et intellectuelles. Cette étude s'imposait, car elle est indispensable au point de vue individuel et au point de vue social.

L'auteur a examiné successivement :

1° Pourquoi les résultats scolaires ne peuvent pas servir de base exclusive à une orientation professionnelle bien réfléchie, bien documentée ?

2° Sur quelles bases doit être édifié un examen de l'individu en vue de son orientation parmi les professions intellectuelles ?

3° Quel est le spécialiste qualifié pour procéder à des examens de cette sorte ?

4° Quelles sont enfin les qualités indispensables pour réussir dans les diverses professions ?

Les Rayons ultraviolets, par les Drs E. et H. BIANCANI. Un volume in-8 (20 × 13) de 218 pages, 1928 : 30 fr., Gauthier-Villars, éditeur, 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

Le livre est divisé en deux parties :

Dans la première, les auteurs envisagent successivement les modes d'émission du rayonnement ultraviolet, son analyse et sa mesure, puis les actions physico chimiques de ces rayons, leurs actions photo-chimiques, photo-électrique et les phénomènes de fluorescence. Ils terminent cette partie par une étude des propriétés physiologiques des radiations ultraviolettes, abordant successivement l'étude de leur absorption par la matière vivante, de leurs actions abiotiques, des réactions cutanées, oculaires, sanguines, nerveuses et glandulaires, et enfin de l'action de ces radiations dans les processus de nutrition et de croissance.

Dans la partie consacrée aux actions thérapeutiques, après une étude de l'appareillage médical et de la technique générale des irradiations, les auteurs envisagent successivement les différentes affections contre lesquelles la mise en œuvre des U.V. a été couronnée de succès. Les chapitres les plus importants sont consacrés aux maladies des nourrissons et des enfants, aux diverses localisations de l'infection tuberculeuse, aux maladies de la peau et du cuir chevelu. Suivent deux chapitres consacrés aux autres indications de l'actinothérapie en pathologie médicale et chirurgicale.

Le livre se termine par une brève étude des incidents, accidents et contre indications de l'actinothérapie, et par quelques considérations sur le rôle des U.V. en hygiène sociale.

Les différentes questions passées en revue ont été mises au point d'après les recherches les plus récentes. C'est-à-dire que les spécialistes de l'actinothérapie eux-mêmes pourront bénéficier de sa lecture, également facile et instructive.

Au Luxembourg et chez Rodin, par Fernand VALLON. 1 vol. Prix : 20 fr. Maloine, éditeur, Paris.

Que notre bon confrère VALLON soit entré un jour de pluie, au Musée du Luxembourg pour y deviser avec son ami MAXIME LANVOL, il n'y a là qu'un minuscule fait divers. Mais MAXIME LANVOL (l'envol vers quoi ?) fait « profession d'enthousiasme. » et de même qu'une mélodie ou un poème ont le pouvoir d'évoquer, en quelques minutes, toute notre vie passée et tout notre rêve, de même le dialogue entre le héros de ce livre et le coryphée nous ressuscite mille enthousiasmes et mille envolées. Et le tout est tramé d'une philosophie de l'art, où la juste valeur du procédé d'une part, le goût de la vie quotidienne d'autre part s'emmêlent allègrement et habilement.

Il faut louer notre confrère de ses belles dissociations d'art.

La fureur sacrée des Archanges anime VALLON lorsqu'il s'agit d'exécuter les artistes poncifs : voyez les lignes consacrées aux œuvres du professeur DELBET ! !

H. VIGNES.

Souvenirs de Collège. — Plus j'avance dans l'existence (et j'y avance, hélas ! comme tout le monde, au grand trot), plus je m'aperçois que la plupart des choses qu'on appelle inutiles sont très souvent de celles qui vous servent le mieux. Eh ! oui, il est bien entendu que beaucoup des études que l'on fait au collège ne trouvent guère d'emploi dans la vie ; mais que l'on vous enseigne les mœurs des Esquimaux chez lesquels vous n'habiterez jamais, ou celles des anciens Grecs ou vous avez encore moins de chances de vivre, cela importe peu. Ce qui importe, ce sont les gestes de l'esprit et la façon dont il accueille les nourritures qu'on lui donne. Il y a fort à parier que plus tard, vous recevrez ce que vous présentera la vie exactement de la même façon que vous receviez au collège ce que vous offraient vos professeurs, avec apathie ou enthousiasme, en pure perte ou pour votre plus grand profit. Comme les leçons des classes, les leçons de l'expérience ne sont par elles-mêmes ni utiles ni inutiles : elles sont ce que nous savons en faire.

Rien ne m'a été inutile au collège. C'est au milieu de ces choses soi disant inutiles que s'est formé mon esprit. Il est ce qu'il est, il vaut ce qu'il vaut mais il a pris sa forme à peu près définitive sur ces bancs.

(Jean THARAUD, Distribution des prix du Lycée d'Angoulême, 1928).

Héliopathie et Héliothérapie. — Les accidents produits par les rayons ultra-violets se multiplient comme publications, et il en semblerait résulter que leurs méfaits sont supérieurs en nombre à leurs bienfaits thérapeutiques. Si on étudie le mécanisme de ces accidents, d'ailleurs fort rares par rapport à leurs actions inverses et utiles, on constate que les malades étaient en bien mauvais état et qu'ils avaient tout à gagner aux tentatives faites pour les améliorer. Cela n'exclut nullement certaines contre-indications, ni la science et la prudence à apporter dans leur emploi.

L'héliothérapie est certes plus heureuse, plus fréquente que l'héliopathie. Toutes les tuberculoses (sauf les scléreuses, les hémoptoïques), se trouvent bien des irradiations naturelles ou artificielles (soleil, arcs voltaïque ou mercurique...)

Quant à l'héliothérapie indirecte par insolation de substances diverses, graisses... rendues ainsi photogéniques, et qui y produisent des vitamines il semble plutôt qu'il y a de la *lumière intégrée*, véritable combinaison en nature des U. V. avec certains corps qu'ils pénètrent (stérines..). (FOVEAU DE COURMELLES Soc. de Pathologie comparée, 9 oct. 1928).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 43 LE NUMÉRO: 50 Centimes 27 OCTOBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD

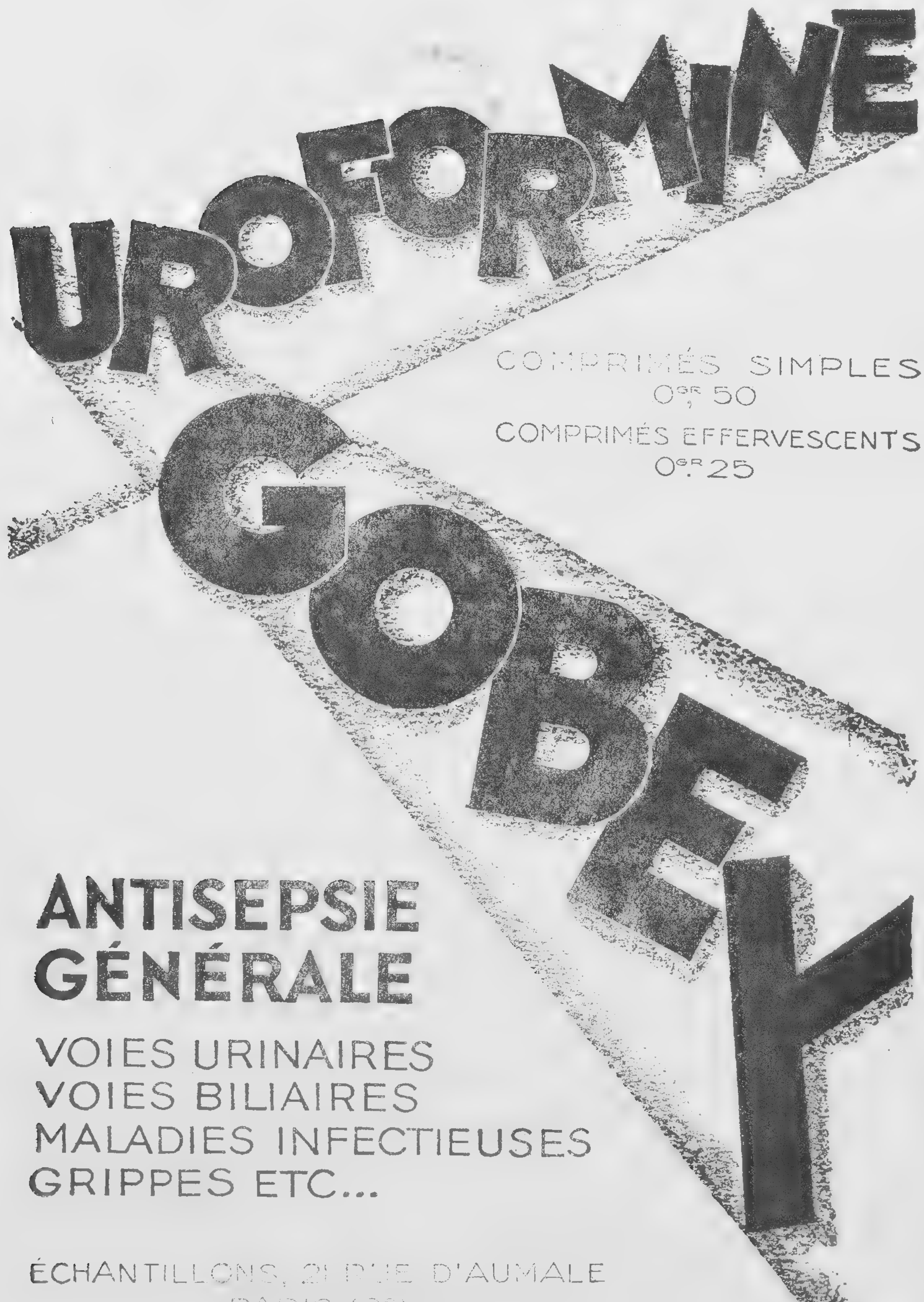
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Étranger 1re zone .... 70 fr.
Étranger 2e zone .... 90 fr.

SOMMAIRE


UROFORMINE
GOBEY
COMPRIMÉS SIMPLES
0 GR, 50
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
0 GR, 25
ANTISEPSIE
GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
ÉCHANTILLONS, 21 RUE D'AUMALE
PARIS (9e)
R.C SEINE. 244.329
LÉON ULLMANN

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours du Prix Fillioux.* — Composition du Jury : MM. les Drs Chatellier, Bourgeois, Bloch (André), Guillemot et Marion. — 4 candidats : M. Ombrédanne et Lallemant, internes et MM. Pillière de Thaouarn et Gaston, externes.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Composition du Jury : MM. l'Hirondel, Nespoulous, Didsbury, Roy, Darcissac, Rivet et Rieffel. — 6 candidats : MM. Dufieux, Fribourg, Dechaume, Lattès, Cabrol et Vilenski.

MM. Lattès et Vilenski ayant deux admissibilités antérieures sont dispensés de prendre part au concours d'admissibilité.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Composition du Jury : MM. les Drs Magitot, Poulard, Morax, Terrien et Rochon-Duvigneaud. 6 candidats : MM, Favory, Veil, Hartmann, Cousin, Lagrange et Mlle Ostwalt.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Résultat des épreuves. Epreuve écrite : MM. Aubin 25, Aubry 26. Huet 27, Lanos 22, Leroux 28, Maduro 22, Miégeville 21, Winter 21.

Consultation écrite : MM. Aubin 19, Aubry 19, Huet 19, Lanos 18, Leroux 20, Maduro 12, Miégeville 17, Winter 17.

Classement des candidats : MM. Leroux 48, Huet 46, Aubry 45, Aubin 44, Lanos 40, iégeville 38. Winter 38, Maduro 34.

Sont déclarés admissibles : MM. Leroux, Huet et Aubry.

Concours de l'internat en médecine. — Epreuve orale : Séance du 17 octobre : Questions données : Signes, diagnostic et causes de la paralysie faciale périphérique. — Signes et diagnostic des calculs du cholédoque. — MM. Kyriaco 24, Bergenstein 22, Gosset 28, Mlle Valentin 18, MM. Sanz 17, Durrbach 18, Zha 11, Durieux 17, Poilleux 29, Cottet 26.

Seance du 19 octobre. — Questions données : Zona intercostal. — Signes et diagnostic des fractures du col anatomique du fémur. — MM. Royer de Véricourt 18, Bosquet 19, Richard 27, Jarrousse 16, Pérachon 18, Bargeton 12, Sallet 18, Mlles Gathier 10, Weiss 21, Barnaud 10.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux (Nomination.) — Composition du Jury : MM. les Drs Grivot, Rouget, Hautant, Lemaître, Moulonguet, Bréchot et Renaud (Mlle.) — 3 candidats sont admis à prendre part à ce concours pour une place, MM. Leroux, Huet et Aubry.

Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier. — La réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (Section spéciale de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen) se réunira le samedi 19 novembre 1928 à 17 heures, à la Faculté de médecine de Montpellier (Salle des Actes.)

Cette réunion sera consacrée à l'étude du traitement hydrominéral et climatique de la douleur : toutes les communications se rapportant à ce sujet y seront accueillies. Les auteurs désireux de présenter à cette séance une communication de cet ordre sont priés de se faire inscrire auprès de M. le Dr PUECH, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 32, rue de l'Aiguillerie, à Montpellier.

A 20 heures un dîner par souscription sera servi à l'Hôtel de la Métropole (cotisation ; 75 francs.) Prière de se faire inscrire le plus tôt possible auprès de M. le Dr CASTAGNE, préparateur à la Faculté de médecine, 12, rue de la Vieille, à Montpellier.

Remise d'une médaille au docteur Victor Pauchet. — Dimanche 14 octobre. à 10 h. 30, dans la cour de l'hôpital Saint-Michel, une médaille sculptée par le maître de Hérain a été remise au Dr Victor Pauchet, à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'honneur.

D'anciens maîtres, de nombreux collègues et amis étaient présents.

Prirent la parole : MM. Récamier, Calmette, Tuffier, Peugniez, Blanc, Dartigues, Dominguez (Cuba), etc.

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1928-1929. une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères). Ces conférences sont publiques et gratuites.

PROGRAMME POUR LE PREMIER TRIMESTRE 1928-1929 : 11 novembre, M. CHEVALIER : Les splénomégalies primitives. — 18 novembre, M. PASTEUR VALLERY-RADOT : Les néphrites syphilitiques. — 25 novembre, M. ROUX-BERGER : Traitement actuel du cancer de la langue. Chirurgie et radiations. — 2 décembre, M. SIREDEY : Diagnostic précoce du cancer de l'utérus. — 9 décembre, M. J. RENAULT : Prophylaxie de la diphtérie. — 16 décembre, M. LE LORIER : La dystocie pelvienne en clientèle. — 23 décembre, M. ÉTIENNE BERNARD : Traitement de l'hypertension artérielle.

Hôpital Broussais (96, rue Didot. Service de M. le Dr H. DUFOUR). — M. le Dr H. DUFOUR fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. Première conférenee, le vendredi 23 novembre 1928.

Comité Cabanès. — Sous l'impulsion du Dr Noir, un comité s'est constitué à Paris dans le but d'honorer la mémoire du Dr Cabanès. Les souscriptions doivent être adressées à M. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris.

Hôpital Saint-Antoine. — (Service du Dr Félix RAMOND.) — Gastrologie clinique. Du 22 au 30 octobre, M. Félix RAMOND, assisté de MM. Charles JACQUELIN, ZIZINE, DELALANDE, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et les méthodes nouvelles d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations radiologiques et des travaux pratiques accompagneront ces conférences.

PROGRAMME DU COURS. — 22 octobre : Les gastrites. Gastrites aiguës et chroniques. Gastrites totales et dissociées. — 23 octobre : L'ulcère de l'estomac. Ulcères du pylore. Ulcères de la petite courbure. Ulcères des faces. 24 octobre : Le cancer de l'estomac. Le cancer primitif. L'ulcéro-cancer. La linite. Les lésions tuberculeuses et syphilitiques de l'estomac. — 25 octobre : L'ulcère du duodénum et les autres affections du duodénum, les périduodénites, les diverticules du duodenum, les sténoses duodénales. — 26 octobre : L'atonie gastrique. Atonies totales et segmentaires.

Les spasmes gastriques. Spasme total, spasmes dissociés, spasmes sphinctériens. La dyspepsie biliaire et les autres dyspepsies secondaires. L'épreuve de Meltzer-Lyon. — 27 octobre : Les aérogastries. Aérogastrie essentielle et aérogastrie symptomatique. Les aérocolies et les déformations gastriques d'origine colique. Eventrations, hernies et volvulus de l'estomac. — 29 octobre : Sténoses de l'estomac. Les autres formes de dilatation gastrique ; dilatations aiguës et chroniques, totales et segmentaires. Biloculation. Ptose, ptose vraie, allongement ; dislocation. — 30 octobre : Régime et médications gastriques. Indications du traitement chirurgical.

Démonstrations radiologiques et travaux pratiques. — 1. Etat radiologique de l'estomac normal. 2, Les signes radiologiques directs et indirects de l'estomac ulcéreux. — 3. Les diverses images radiologiques du cancer de l'estomac. — 4. Les déformations du bulbe dans l'ulcère et la périduodénite. — 5. Les déformations de l'image gastrique par spasme, par atonie, par aérocolie, par éventration du diaphragme. — 5. L'estomac dilaté et l'estomac allongé. — 7, Tubage gastrique. Examen du suc gastrique par la méthode de Linossier. Tubages fractionnés. Pratique de la recherche du pH. Epreuve à l'histamine. — 8. Tubage duodenal. Pratique de l'épreuve de Meltzer-Lyon et étude chimique, cytologique et bactériologique des biles. — Examens coprologiques utiles au diagnostic des dyspepsies. — 10. Tonométrie (Dr Gaultier.

Les conférences auront lieu tous les matins à 9 heures. Elles sont gratuites. Pour les examens radiologiques et travaux pratiques qui auront lieu après chaque conférence, verser un droit de 250 francs et s'inscrire, en raison du nombre limité des places, soit à la Faculté de médecine, salle Béclard au siège de l'A. D. R. M., soit à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, auprès de la surveillante générale du service.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Hôpital Saint-Antoine (Service du Dr Bensaude. *Maladies de l'intestin.*) Une semaine de cours et de travaux pratiques. — Du 5 au 12 novembre 1928, M. Raoul Bensaude, assisté de MM. André Cain, médecin des hôpitaux ; Pierre Oury, Hillemand, Rachet, Marchand, Terrial, Lelong, Lambling, Boltanski et Aine, fera, dans son service, une série de conférences sur les principales maladies de l'intestin (rectum inclus) et les méthodes d'exploration et de diagnostic. Des démonstrations pratiques accompagneront ces conférences.

Programme. — Lundi 5 novembre, à 10 heures, M. Bensaude: Diagnostic et traitement de la constipation. — Mardi 6 novembre, à 10 heures : M, Bensaude : Diagnostic et traitement de la diarrhée. — Mercredi 7 novembre, à 10 heures : M. Cain : Diagnostic et traitement des dysenteries. — Jeudi 8 novembre, à 10 heures. M. Bensaude : Diagnostic et traitement du cancer du rectum. — Jeudi 8 novembre, à 3 h. 30 : M. Boltanski : Diagnostic et traitement du cancer du côlon. — Lundi 5 novembre, à 2 h. 30, M. Cain : Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique — Mardi 6 novembre, à 2 h. 30, M. Hillemand, Diagnostic et traitement de la tuberculose intestinale. — Mercredi 7 novembre, à 2 h. 30 : M. Oury. Diagnostic et traitement des hémorrhoïdes. — Jeudi 8 novembre, à 2 h 30 : M. Lambling: Diagnostic et traitement des tumeurs villeuses. — Vendredi 9 novembre, à 10 heures. M. Oury : Diagnostic et traitement des rectocolites. — Vendredi 9 novembre, à 2 h. 30 : M. Rachet. Diagnostic et traitement des rétrécissements du rectum. — Vendredi 9 novembre, à 3 h. 30 : M. Hillemand Diagnostic et traitement du mégacôlon. — Samedi 10 novembre, à 10 heures : M. Oury :Diagnostic et traitement des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. — Samedi 10 novembre, à 2 h. 30 : M. Lelong : Diagnostic et traitement des syndromes coliques chez l'enfant. — Samedi 10 novembre, à 3 h 30 : M. Aine : Le traitement hydro-minéral des affections intestinales.

Travaux pratiques. — Tous les matins, à 11 heures, travaux pratiques : Rectoscopie. Injections sclerosantes des hémorrhoïdes. Examens aux rayons X. Electrothérapie. Examen chimique et parasitologique des selles.

Les élèves, divisés en séries, pratiqueront eux-mêmes des examens et s'initieront aux méthodes nouvelles, sous la direction du Dr Bensaude et de ses chefs de laboratoire.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, verser un droit de 250 francs, et s'inscrire; en raison du nombre limité de places, auprès du Dr Oury, hôpital Saint-Antoine (service du Dr Bensaude.) Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

Nécrologie. — Drs Hippolyte Bouchez (1892), de Busigny (Nord); François Platelle (1879), de Rosult (Nord) ; Fernand Guillemaud, de Bourbon (Pas-de-Calais).

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Roget, Damez, Thies, Racouchot, Boulez, Barbier, Rouquet, Bouquin, Friech, Charton, Bucher, Bérard, Soustelle, Vagnieux, Clerc, Brun, Mlle Bourgeois, MM. Rochedix, Contamin, Aulagner, Vachon, Roulet, Mansuy, Mlle Anselme, M. Ferragne, Mlle Jourdanet, MM. Bizollon, Loras, Piaget, Duparc, Giulaini, Mlle Durand, M. Olivier, Mlle Barral, MM. Ribollet, Grégoire, Pliante, Molossane, Vernus, Chauviré, Duguet, Siffre, Gaillard, Garo, René Blanc, Mlle Joly, MM. Jer, Netty, Sauft, Chabalier, Dubauz, Allemand, Marmet.

Externes provisoires : MM. Rodriguez, Sarrazin, Perche, Raynaud, Chen, Bazrioz, Verrière, Cholat-Namy, Héritier, Mlle Berrier, MM. Kelidjian, Henri Blanc, Cousty, Martinet, Aigrot, Bertrand, Delrous, Falconnet, Lévi, Charlet, Pycheva.

— Le docteur R. Martine, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin adjoint de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la consolidation accélérée des fractures.

Par G. JEANNENEY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

La question de la consolidation accélérée des fractures ayant suscité de divers côtés des remarques et des expériences il serait intéressant de connaître sur ce point les résultats des observations des chirurgiens.

Des premiers, dans le service de mon maître Guyot, j'ai vu appliquer son traitement par le sérum de fracturé guéri et j'en ai obtenu un intéressant résultat.

En 1926, toujours intéressé par ces questions de biologie chirurgicale, je signalais aux lecteurs du *Journal de Médecine de Bordeaux*, les travaux de Crétin et j'ai appliqué à une vingtaine de cas la méthode de cet auteur : j'en ai obtenu des résultats qui m'ont souvent heureusement surpris. Je crois utile de résumer ici les grandes lignes des idées de Crétin (1).

a) Le muscle est un élément primordial de l'édification du squelette.

b) Les premiers points d'ossification que l'on trouve chez l'embryon humain sont : le point claviculaire et le point supra occipital, qui correspondent aux insertions du muscle sterno-mastoïdien déjà différenciées chez l'embryon de 7 mm. (Keibel et Mall) et l'os se développe après le muscle.

c) Le muscle apporte au tissu squelettogène tout ce qui est nécessaire comme minéraux pour faire la minéralisation de l'os.

d) Le muscle est également l'agent de résorption des minéraux au niveau d'un délabrement osseux et ce par le mécanisme suivant : Le muscle traumatisé ou désinséré brûle son glycogène, fabrique de l'acide lactique qu'il sature au moyen de la chaux qu'il contient. Si cette quantité de chaux n'est pas suffisante il en prend à l'os ; (ceci, soit dit en passant, expliquerait certains phénomènes d'autophagie musculaire et d'atrophie au cours des arthrites.)

e) Le muscle ne peut servir de véhicule aux minéraux que lorsqu'il est inséré. Dans une fracture il faut donc attendre que le muscle soit fixé sur la condensation conjonctive (période provisoire de Crétin) qui limite le foyer de fracture après l'arrêt de l'hémorrhagie, c'est-à-dire après le 5e jour, pour voir des phénomènes histologiques de réparation.

f) C'est au niveau du périoste que se fait la réaction minérale indispensable à la fixation de la chaux. Le périoste est donc non seulement une barrière limitant l'ossification, comme l'a dit Policard, mais encore le lieu de rencontre et de contact des éléments minéraux qui vont vers l'os. (Crétin).

g) Toutes ces considérations sont d'ailleurs parfaitement d'accord avec les idées chirurgicales dans les fractures ouvertes, avec les diverses constatations que l'on peut faire sur l'état et sur la valeur des muscles après une fracture grave. Dupuy de Frenelle en a tiré déjà une conclusion pratique pour son instrumentation chirurgicale.

Basé sur cet ensemble d'idées bien étudiées et logiquement assemblées, Crétin a essayé d'améliorer le sort des fracturés. Il a donné sur ses expériences une foule de renseignements techniques ou pratiques que je ne puis reproduire ici, mais de ces expériences se dégage une conclusion formelle : c'est qu'en apportant à l'os fracturé rien que les minéraux nécessaires, on hâte sa consolidation dans des proportions notables (de 30 à 50 % du temps normal).

Des faits, et personnellement j'en ai d'assez nombreux, valent mieux que toute théorie.

J'ai essayé la méthode de Crétin dite méthode à la Sylcase chez une vingtaine de fracturés. J'ai choisi d'abord de mauvais cas : Qui peut le plus peut le moins. Les doses journalières ont varié de 0 gr. 30 à 1 gr. 80 ; c'est-à-dire de 3 à 6 comprimés.

La quantité minimum de produit nécessaire pour accélérer la consolidation d'une fracture ou obtenir celle d'une pseudarthrose montre mieux que n'importe quelle affirmation que la théorie histologique de Crétin est exacte.

Enfin l'absorption du médicament est souvent suivie dans un délai de quarante-cinq à soixante minutes de phénomènes locaux, subjectifs qui sont le témoin de l'apport *in loco dolenti*. La constatation a même été faite sur des blessés qui avaient eu d'autres fractures auparavant et qui ont souffert de l'ancienne fracture et de la fracture récente.

Il n'y a pas de cal exubérant, souvent même le cal fusiforme clinique n'existe pas ; il semble s'être fait une coulée de ciment entre les deux extrémités fracturées. L'immobilisation est si courte qu'il n'y a pas de raideur articulaire. La non-ankylose, l'absence de gros cal sont les phénomènes tout à fait favorables. Et cependant la consolidation est définitive. Il ne paraît pas y avoir de « maladie du cal ».

Voici trois résumés d'observations typiques à mon sens, me réservant de rapporter en détail à la Société de chirurgie l'ensemble de mes cas :

I. — Lev. 40 ans. *Fracture ouverte de jambe au tiers inférieur par écrasement.*

Large plaie des parties molles. Six heures après l'accident sous-rachianesthésie désinfection du foyer de fracture. Réunion primitive. Mais au sixième jour élévation de température, sphacèle des bords de la plaie. Suppuration.

Dès le 3e jour le traitement de Crétin a été institué (12 centigrammes par jour). Au 35e jour, la consolidation est obtenue, cal solide, non difforme. Il persiste une fistulette qui se tarit spontanément un mois plus tard après élimination d'une esquille.

II. D. L. 27 ans. *Fracture de jambe chez un tuberculeux. Retard de consolidation.*

D. est écrasé par une automobile le 30 *mars*. Fracture directe, en rave, des deux os de la jambe. L'accidenté est hospitalisé et immobilisé dans une gouttière plâtrée. Le 13 *mai*, ablation de l'appareil. *Absence de consolidation* ; *absence de cal*. La réduction est d'ailleurs mauvaise.

Le 11 *juin* sous l'écran, avec rachianesthésie tentative de réduction qui ne fait rien gagner. Application d'un appareil de marche de Delbet. Traitement de Crétin. 28 *juillet*. Ablation de l'appareil. Gros cal mou. La radio montre des jetées d'os nouveau entre les fragments. Le 15 août la consolidation est complète, cal dur, d'excellente qualité. On suspend le traite-

(1) CRÉTIN. — Recherches sur l'ossification et sur la réparation des os fracturés. (1 vol. 351 p., Le Mans 1925.)

ment silicique. Il persiste encore des troubles fonctionnels et de l'œdème. Le blessé est un scléreux pulmonaire réformé de guerre à 100 %.

III. Cit.. J. 23 ans. 7 février 1928. *Ecrasement par une charrette chargée de bois.* **Fracture du bassin. Eclatement des branches ischio et iléopubienne. Enfoncement de la cavité cotyloïde avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale. Rupture de l'urètre membraneux, déchirure de la vessie. Intervention : Cystostomie ; désinfection du foyer de fracture. Extension continue.**

Le 10 *février*, **on institue le traitement de Crétin, (12 centigrammes par jour). 10** *avril. Urétrorraphie.*

Le 10 mai. Le malade commence à se lever. La fracture du pubis est consolidée. Mais gène considérable de la marche liée à la fracture de la cavité cotyloïde. La fracture du pubis quoique ouverte et infectée a parfaitement guéri.

J'ai appliqué le traitement pendant un temps variant de vingt à quarante jours.

Mes blessés ont gagné au moins 20 % sur le temps normal de consolidation ; (1 fracture de l'humérus en 25 jours, 1 fracture de la clavicule en 15 jours, etc). Ainsi le rapport de Leo sur le travail d'Ebrard (de Trouville) ne m'a nullement surpris car il corrobore entièrement mes résultats. (Soc. des chirurgiens de Paris 1928.)

En somme la théorie de Crétin dit que si l'organisme ne consolide pas une fracture, c'est qu'il manque de minéraux et que le transport per-musculaire de ces minéraux est entravé. Comme les muscles ont besoin de ces minéraux pré-osseux pour vivre, on active leur vitalité en les leur apportant.

Est-ce à dire que les glandes endocrines n'interviennent pas ? Non certes, mais à mesure qu'avancent nos connaissances en histo-physiologie on s'apérçoit que beaucoup d'organes ont un rôle endocrinien et que les glandes endocrines nettement individualisées n'ont pas un monopole. Il faudrait, en outre, faire la part de chaque glande car l'édifice endocrinien est très complexe et chaque élément est solidaire des autres. Toucher à un rouage de la machine est peut-être toucher à d'autres et cette interaction fonctionnelle ne permet pas *a priori* de rejeter le rôle de l'ion silice et calcium introduit dans l'organisme d'un fracturé.

Ainsi, jusqu'à plus ample informé je continuerai à appliquer à mes fracturés ce traitement.

Un homme chez les microbes. Roman, par Maurice RENARD, 1 vol. Prix : 12 fr. Editions Grès, 11, rue de Sèvres, Paris.

Un homme chez les microbes évoque *Micromégas*. M. Maurice Magre a déployé tout au long de son récit, cette ingéniosité. cette humeur, cette nerveuse ironie par quoi il sait gagner à coup sûr l'audience du lecteur.

Almanach Payot 1929. Agenda de poche pour la jeunesse. (Septième année). 15.000 francs de prix. Un élégant volume in-12, orné de plus de 500 illustrations et de 16 hors-texte. Relié : 12 fr. Broché : 7.50. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Almanach Payot 1929, impatiemment attendu par la jeunesse, vient de paraître.

Tous les parents, tous ceux qui s'intéressent à des enfants sont sûrs, en faisant cadeau de l'*Almanach Payot*, à leurs jeunes amis, de leur causer le plus grand plaisir ; chaque année, des milliers d'écoliers l'attendent avec joie, car l'*Almanach Payot* est considéré à juste titre, depuis sa création, comme le *vade mecum* sans rival des écoliers et des écolières de France auxquels il offre, sous une forme aimable, une variété inépuisable de faits et d'idées.

Ce précieux petit livre sera leur compagnon pendant toute l'année scolaire et la recherche des solutions de concours, qui seront dotés de 15.000 francs de prix, sera pour eux un très agréable divertissement.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Notions générales concernant les amputations des membres.

II. Les moignons d'amputations, normaux et pathologiques. Leur appareillage (1)

Par L. PLISSON,
Professeur au Val-de-Grâce.

I. *Evolution normale des moignons d'amputation.* Qualité d'un bon moignon.

II. *Les moignons pathologiques.*

- Moignons onniques.
- Moigons désaxés.
- Moignons fistulisés.
- Moignons avec troubles trophiques.
- Moignons douloureux.
- Moignons atrophiques.
- Notions générales concernant les indications du traitement des moignons pathologiques.

III. *Quelques conseils concernant la pratique des amputations.*

VI. *Règles générales applicables à la prothèse des moignons.*

***

I. *Evolution normale des moignons. Qualité d'un bon moignon.*

Quand le chirurgien a pratiqué une amputation, il doit penser à mener à bien une cicatrisation qui assurera les trois qualités fondamentales d'un bon moignon : *indolence, solidité, forme facilement adaptable à un appareil prothéique.*

Ces qualités sont fonction : 1° de la *confection des lambeaux* d'amputation qui doivent être taillés de *longueur convenable*, être *souples, bien vivaces, matelassés de parties molles résistantes, taillés proprement*, sans hachures. etc.

2° Des *soins chirurgicaux qui suivent immédiatement l'amputation.*

Après la section des parties molles et de l'os, le chirurgien doit s'assurer qu'il ne laisse pas de pointe osseuse menaçant les parties molles, abraser les angles osseux qui pourraient comprimer les lambeaux qui y sont appliqués, enlever de quelques coups de ciseau les tissus tailladés et exubérants, ébarber les tendons trop longs ; en un mot parer la surface de section. Il doit assurer une hémostase parfaite en liant les bouts des artères et des veines principales du membre qu'il doit rechercher dans les interstices musculaires connus où ils sont en général rétractés. Il les attire légèrement à lui et les dénude soigneusement avant de les enserrer dans un fil. Les collatérales qui saignent sur la tranche doivent être recherchées et liées avec soin. Vous les trouverez en général dans les petits interstices fibro-celluleux qui séparent entre eux les faisceaux musculaires.

Les extrémités nerveuses doivent être recherchées avec soin. Elles seront réséquées le plus haut possible afin de disparaître dans la profondeur et de ne pas adhérer à la cicatrice, car il se fait toujours à l'extrémité du bout ner-

(1) Voir l'article précédent paru dans le *Progrès Médical*, numéro 40, 6 octobre 1928, relatif aux *Procédés opératoires et aux amputations cliniques*.

veux sectionné un névrome de cicatrisation qui peut être le point de départ de troubles divers considérables (voir moignons pathologiques).

Pour éviter les formations exubérantes de ce névrome terminal sur les gros troncs, et principalement sur ceux qui donnent plus volontiers des phénomènes douloureux ultérieurs (médian, sciatique primitif ou poplité interne) vous pourrez peut être essayer de suturer le bout du nerf en recouvrant les tranches fasciculaires d'un manchon névrilemnatique.

Quand le foyer d'amputation est paré, si l'opération a été *aseptique*, il convient de suturer le moignon pour obtenir une cicatrisation par première intention.

S'il s'agit d'une amputation à *lambeaux purement cutanés*, les deux lèvres sont rapprochées de façon à ce que la cicatrice se cache si possible dans une dépression (espace interosseux) ou de manière à ne pas porter ultérieurement sur un point de contact avec l'appareil prothétique.

Quand les lambeaux sont cutanéo-musculaires, il faut faire un plan de suture profond qui coiffe la tranche de section osseuse d'une couverture musculaire qui isole l'os de la suture cutané.

Dans tous les cas, les sutures ne doivent pas tirer, les lambeaux doivent tomber naturellement au contact l'un de l'autre, faute de quoi ils sont trop courts.

Quand l'opération aura été faite en milieu *septique ou même douteux*, vous devrez laisser le moignon ouvert et le suturer secondairement, mais vous aurez toujours avantage, pour éviter l'infection de la moelle osseuse et l'ostéite secondaire du moignon, à recouvrir immédiatement la tranche de section osseuse par une suture musculaire ou périostique de protection qui masque la cavité médullaire. Si vous n'avez pas fait de suture secondaire. vous guiderez par des soins appropriés la cicatrisation par seconde intention, en luttant contre la rétraction secondaire qui tend toujours à remonter les lambeaux vers la racine du membre et à faire saillir l'os.

C'est la persistance de cette disposition qui crée une variété de moignons pathologiques qu'on appelle les *moignons coniques* et nécessite une réamputation de régularisation pour permettre l'appareillage utile du blessé.

Quand la cicatrisation est affectuée, l'extrémité osseuse est arrondie, recouverte par une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux, reliquat de la dégénérescence des muscles suturés à son niveau.

Par dessus, se voit la cicatrice cutanée, souple, non adhérente au plan profond quand on a fait une suture profonde, adhérente au contraire par l'intermédiaire d'un petit bloc fibreux à l'os quand on s'est contenté d'une manchette cutanée.

Le moignon est en général étoffé au début, quelquefois trop. Plus tard, il maigrit progressivement par amincissement des muscles qui le garnissent. Il faut au moins six mois avant qu'il ait pris sa forme définitive.

A ce moment, le bon moignon est indolent, spontanément et aux pressions ; la peau a repris sa couleur normale, tous les tissus sont souples, la cicatrisation est rectiligne, mince, sans ces plis radiés qui indiquent toujours la formation dans la profondeur de fâcheuses brides fibreuses qui tiraillent la cicatrice.

Quand la cicatrisation s'est faite secondairement, les résultats ne sont pas en général aussi favorables. La cicatrice est plus large, étalée, luisante, mince, adhérente aux plans profonds et à l'os, des rainures profondes alternent avec des bourrelets cutanés indiquant un travail de rétraction fibreuse dans la cicatrice. L'os est saillant, à fleur de peau.

Certains de ces moignons sont cependant indolores et appareillables, mais c'est déjà le début de la variété des moignons pathologiques dont je vais vous parler maintenant.

II. Les moignons pathologiques.

Parmi les moignons pathologiques, les uns seront :

1º Observés précocement. — Ils seront presque toujours dus à l'infection.

a) Infection primitive du foyer d'amputation ayant nécessité une amputation d'urgence, atypique (amputation à section plane par exemple) et suivie de conicité secondaire ;

b) Infection plus tardive due à la suppuration du moignon avec ou sans suture primitive des lambeaux, et ayant amené la désunion et la rétraction secondaire des tissus.

2º D'autres moignons pathologiques ne seront observés que *plus tardivement*. Leur développement tient soit au mode opératoire employé, soit à l'évolution anormale du moignon.

Pratiquement, vous pourrez diviser les moignons pathologiques en :

A) Moignons coniques. — Vous devrez savoir faire la différence entre la forme conique d'un moignon (conicité anatomique parfaitement compatible avec la bonne utilisation fonctionnelle du membre) et la conicité physiologique. Ici ce n'est pas la forme conique du moignon qui est pathologique mais les rapports défectueux des différentes parties du moignon entre elles. Ces lésions sont dues soit à la technique employée (lambeaux mal taillés, trop courts, mal vascularisés) ou à l'infection.

Ces moignons présentent en général une forme tronc-conique accentuée. L'extrémité est représentée par la saillie de l'os qu'on sent près de percer la peau et qui, à son niveau, est adhérente, gaufrée, luisante, mince, excoriée au moindre contact et souvent ulcérée. L'extrémité du membre est très sensible, même au moindre contact, le malade ne peut supporter son appareil prothétique. On a en un mot la sensation que l'os est trop long pour les parties molles et qu'il faudra le recouper pour l'envelopper convenablement si l'on veut modifier l'état du moignon.

B) Moignons désaxés.— Certains moignons sont difficilement appareillables car l'axe de l'extrémité du membre a été modifié soit par une lésion ostéo-articulaire de voisinage, soit par un cal vicieux sus-jacent, soit par des rétractions musculo-tendineuses.

C) Moignons fistuleux. — Les fistules accompagnent souvent les moignons coniques. Elles peuvent provenir des parties molles, mais le plus souvent elles sont dues à des ostéites diffuses ou localisées (virole terminale) avec production d'ostéophytes très variés, de séquestres, etc.

D) Moignons atteints de troubles trophiques. — Ces troubles, surtout apparents sur la peau, sont de nature encore indéterminée. Les uns peuvent être rattachés à l'infection. Mais d'autres (œdème, troubles circulatoires, ulcération, modification dans la structure de la peau et des poils, troubles de la sécrétion sudorale, etc. ne sont encore qu'imparfaitement expliqués. Leriche en fait des troubles réflexes d'origine sympathique dont le point de départ serait dans les névromes coiffant les bouts périphériques des nerfs sectionnés dans la tranche d'imputation.

E) Moignons douloureux. — A côté de ces moignons atteints de troubles trophiques, il faut placer ceux qui sont douloureux. La douleur peut avoir son point de départ dans une lésion banale (ulcération, ostéite, abcès, suite d'infection).

Mais, souvent vous observerez des moignons parfaitement cicatrisés et présentant des phénomènes douloureux très tenaces et très aigus, survenant par crises et s'accompagnant en général de troubles trophiques associés (en particulier œdèmes et troubles circulatoires). Leriche attribue encore tous ces phénomènes à des troubles sympathiques à point de départ névropathique.

F) Moignons atrophiés. — Enfin certains moignons s'atrophient dans toutes leurs parties, transformant l'extrémité du membre en un mince fuseau.

Notions générales concernant le traitement des moignons pathologiques.

Je ne puis vous donner ici des notions détaillées sur le traitement qu'il convient d'appliquer à chacune de ces variétés principales de moignons pathologiques. La connaissance de leur cause sera à la base des méthodes thérapeutiques à employer.

Il faudra avant tout éviter leur production par l'emploi d'une méthode opératoire judicieuse, par les soins apportés pendant tout le temps de la cicatrisation, par les soins post-opératoires.

Vous éviterez bien des moignons pathologiques en pratiquant la suture primitive, ou à son défaut la suture secondaire précoce après désinfection soignée.

Les moignons pathologiques sont difficilement appareillables quelquefois même difficilement tolérés par les malades quand ils sont douloureux. Il convient donc d'y remédier par des opérations appropriées.

Les *moignons simplement coniques* pourront être facilement réparés par une *recoupe osseuse* après excision des parties fibreuses ou ulcérées.

On tarira les *fistules* en *supprimant les causes* (clapiers dans les parties molles, mais le plus souvent ostéite diffuse ou séquestres, présence de corps étrangers). Les clapiers seront curettés, les os malades réséqués, les séquestres et les corps étrangers extirpés.

Souvenez-vous que des *interventions secondaires même tardives* sur des anciens moignons ayant primitivement suppuré peuvent donner lieu à des retours graves de l'*infection primitive* par une sorte de réveil d'un microbisme latent (gangrène gazeuse, streptococcie, etc.). Aussi est-il prudent, avant de réamputer, de pratiquer l'injection préventive de sérum anti-gangréneux polyvalent sur ces malades porteurs de moignons pathologiques ayant présenté antérieurement des phénomènes d'infection gangréneuse ou streptococcique.

Les moignons présentant des phénomènes pouvant être rapportés à des *troubles vaso-moteurs* ou à des *troubles nerveux d'origine sympathique* pourront quelquefois bénéficier de la sympathicectomie péri-artérielle faite sur l'artère principale du membre à la manière de Leriche. Malheureusement, certains moignons douloureux ne sont nullement améliorés par des amputations successives, et seules des interventions sur le système nerveux (sympathicotomies, radicotomies) sont susceptibles d'apporter quelques soulagement aux malades qui en sont porteurs.

On évitera la création d'un moignon pathologique après les amputations à section plane si on a soin de procéder le plus tôt possible à la réamputation.

III. Quelques conseils concernant la pratique des amputations.

Dans toute amputation, quelle que soit la méthode envisagée, vous devrez vous conformer aux règles générales suivantes :

1° *Position de l'opéré* : membre en pleine lumière, dépassant largement le bord de la table.

2° *Le chirurgien* sera toujours placé la main gauche du côté de la racine du membre. Il n'y a d'exception à cette règle que pour la désarticulation de l'épaule gauche et de la hanche gauche et pour les amputations hautes du bras et de la cuisse du même côté ; dans ces cas, le chirurgien est obligé de se placer la main droite vers la racine du membre.

3° En général, *deux aides* sont nécessaires, l'un en face du chirurgien, l'autre au bout du membre.

4° Marquez toujours le *point de section osseuse* en prenant pour repère, non pas une marque cutanée, qui remontera avec le relèvement des parties molles, mais une longueur fixe (4 doigts 10 cm. etc.) à partir d'un repère osseux fixe situé au-dessus du point de section du membre.

5° La section circulaire soit de la peau, soit des muscles se fait toujours par deux coups de couteau 1/2 circulaires en forme d'U. Le premier comprend généralement la section de l'U inférieur et commence, pointe haute, pour finir au point diamétralement opposé, pointe basse. Le second coup de couteau est destiné à la section de l'U supérieur. Il commence du talon du couteau pointe basse pour finir de la pointe du couteau pointe haute. Quand vous repassez dans une section incomplète, il est élégant de refaire le geste total plutôt que d'achever la section à petits coups.

6° Pour la *taille* et la *libération des lambeaux*, il faut toujours autant que possible procéder en allant de votre gauche vers votre droite. Cette section se fait soit par entailles successives, soit par transfixion.

7° Pour sectionner proprement et complètement les *muscles* situés dans les espaces interosseux des segments de membres à deux os, il faut savoir exécuter correctement *la manœuvre dite du 8 de chiffre*.

8° Quand vous *relevez les lambeaux*, il faut que le tranchant du couteau soit toujours dirigé vers les parties qui seront séparées du membre et non vers la face profonde du lambeau afin de ne pas taillader ce dernier. De même, quand *vous dénudez un os*, il faut que le tranchant du couteau reste au contact de l'os et ne menace jamais les parties molles qu'il détache et qui sont destinées à la confection du lambeau.

9° Ne remontez jamais les lambeaux plus haut que le point de section osseuse.

10° Pour scier les os, placez votre corps perpendiculairement à l'axe de l'os à scier de façon à laisser toute liberté à votre main droite qui tient la scie. Ne terminez jamais la section sur une crête osseuse qui éclaterait avant d'être sciée, ce qui détermine une pointe osseuse que vous serez obligé d'abraser ensuite à la pince coupante.

Quand un segment de membre comprend deux os, commencez par scier le moins fixe et le plus mince.

IV. Règles générales applicables à la prothèse des moignons.

Pour qu'un appareil prothétique puisse être appliqué à un amputé, il faut qu'il puisse être *toléré*. Pour être bien toléré, il faut qu'il soit bien adapté au moignon. Les

moignons d'amputation sont quelquefois longtemps à se cicatriser, et après la cicatrisation, ils changent de forme et de volume lentement. D'autre part, il y a avantage à appareiller le plus rapidement possible l'amputé de façon à le rendre le plus tôt qu'on pourra à ses occupations, à la vie commune et à le mettre en mesure de se rééduquer.

Il convient donc de munir précocement les amputés même non cicatrisés d'*appareils provisoires* et d'attendre le plus longtemps possible (6 mois au moins) avant de les munir de *leur appareil définitif*.

L'*appareil provisoire* qui pourra, qui devra peut-être être changé plusieurs fois au fur et à mesure que le moignon se modifie devra être peu coûteux, simple, facile à construire, à réparer, à remplacer. L'*appareil définitif* devra être parfaitement adapté, robuste et aussi simple que possible.

Les appareils prothétiques ne sont jamais assez légers au gré des mutilés. Si vous voulez qu'un appareil soit toléré, il faut qu'il ne blesse pas le moignon, qu'il ne gêne pas le blessé et qu'il lui soit de quelque utilité, soit *esthétique*, soit *surtout fonctionnelle*.

Au membre supérieur, l'amputé d'un segment quelconque du membre devra être considéré comme un amputé du bras gauche quelque soit le côté atteint, car la réadaptation fonctionnelle du membre restant sera toujours ramenée par le blessé au degré d'éducation fonctionnelle du bras le plus adroit avant l'amputation. (Tous les amputés du bras droit arrivent à se servir du bras gauche avec la même aisance que celle qu'ils avaient du bras droit pour les travaux ou les mouvements ne nécessitant que l'usage d'un bras).

Les appareils prothétiques pour le membre supérieur sont de deux sortes :

Les uns sont dits *appareils de parade* et destinés à masquer la difformité par l'application d'un membre artificiel, aussi léger que possible, mais ne permettant pas, à moins de dispositions particulières très compliquées et encore peu pratiques, une utilisation rationnelle de ce bras pour le travail.

Les autres sont *dits appareils de travail*. Ils doivent être simples, robustes et bien fixés. Parmi ceux-ci les uns sont applicables à tous les mutilés du membre supérieur car ils leur donnent la possibilité de suppléer aux deux grandes fonctions principales du membre, préhension, suspension, grâce à l'adaptation à l'appareil d'un anneau et d'un crochet. D'autres appareils de travail sont réservés à l'adaptation spéciale à tel ou tel métier, à tel ou tel mouvement. Ce sont des *appareils dits professionnels* dont la description varie à l'infini depuis la simple pince jusqu'à la main artificielle la plus perfectionnée.

Au membre supérieur, l'appareil prothétique le mieux construit ne sera toléré ou utilisé par le malade que s'il ne le gêne pas par son poids, ses attaches, ses contacts et que s'il lui est de quelque utilité. Aussi voyez-vous actuellement presque tous les amputés du membre supérieur abandonner leur bras de parade et se promener la manche vide dans la poche alors qu'ils ne placent leur bras de travail que le temps strictement nécessaire à son emploi.

Membre inférieur. — Les anciens qui ne savaient pas comme aujourd'hui faire des appareils prothétiques appropriés aux amputations pratiquées à toutes les hauteurs, ne faisaient qu'une seule amputation de jambe au lieu dit d'élection pour toutes les lésions allant du pied au genou, parce qu'ils ne connaissaient qu'une manière de faire marcher le malade après l'intervention grâce à l'emploi d'un pilon appuyé sur le genou en flexion.

Il y avait donc déjà dans leur esprit un rapport étroit entre la hauteur d'amputation et la prothèse fonctionnelle à appliquer ultérieurement.

Actuellement, le principe général n'a pas changé, mais nos moyens de prothèse se sont perfectionnés et ont permis d'appliquer des règles moins rigides.

La tendance des amputés du membre inférieur ayant besoin de travailler est de sacrifier de plus en plus le côté purement esthétique au profit du côté pratique et fonctionnel.

Tout appareil du membre inférieur doit permettre des aplombs normaux sur le sol et la possibilité pour le malade d'effectuer des mouvements facile de marche, de ne pas être encombré par son membre artificiel au repos, etc.

Tout appareil doit donc, autant que possible, permettre la flexion du genou, soit d'une façon permanente (appareils à flexion libre) soit au gré du malade (apppareils à verrous).

Quand le malade est porteur d'un pilon, l'ensemble du membre doit être un peu plus court que le côté sain afin de lui permettre de déplacer son membre en avant sans faucher, et quand l'appareil est muni d'un pied artificiel, celui-ci doit jouir d'une légère mobilité tibio-tarsienne et être placé un peu plus qu'à l'angle droit sur la jambe pour éviter au malade de butter.

A partir du tiers moyen de la jambe, il est nécessaire d'avoir un appui ischiatique, mais on peut appareiller en flexion libre jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Passé ce niveau, il faut mieux faire marcher sur le genou en pratiquant l'amputation au lieu dit d'élection.

Les amputés de cuisse sont d'autant plus difficiles à appareiller que l'amputation est plus haute. Faites donc toujours vos amputations de cuisse le plus bas possible et tâchez d'éviter par les soins consécutifs l'ankylose de la hanche en mauvaise position (flexion et rotation externe).

TECHNIQUE MÉDICALE

Le contrôle de l'herméticité des ampoules.

La crainte de l'abcès est, en thérapeutique hypodermique, le commencement de l'asepsie ; avec le développement de cette méthode, le risque de ce petit incident — qui menace toujours de devenir un gros accident, tout au moins professionnel — s'est accru dans des proportions notables ; sans parler de l'ennui qu'éprouve le médecin à constater que le siège de la piqûre est infecté, il ressent une inquiétude pour l'avenir, s'il n'arrive pas à déceler la faute minime d'asepsie qui fut à l'origine du mal.

Les ouvrages de petite chirurgie signalent tous la nécessité de désinfecter la peau du sujet, les mains du praticien et de stériliser la seringue et l'aiguille ; il ne suffit pas d'obtenir une asepsie suffisante et relative, il faut encore éviter les contaminations au cours de la petite intervention, par exemple en vérifiant la pointe de l'aiguille avec un index négligemment lavé. L'ampoule doit être, théoriquement, encore plus stérile que la seringue, bien que l'esprit s'accommode mal de différents degrés dans la stérilité ; mais on ne paraît guère s'être préoccupé, sauf pendant la période de transvasement, de la conservation de la vertu aseptique du liquide à injecter, et c'est un

point qui mérite quelques réflexions et appelle quelques commentaires.

Si la stérilité du liquide semble facile à maintenir du moment que l'ampoule l'a acquise en faisant le stage réglementaire dans l'autoclave, qu'elle a été scellée et que ses pointes sont restées intactes, les choses ne se passent pas toujours aussi simplement dans la réalité pour la bonne raison que la soudure constitue le point faible de toute ampoule. La raison de cette fragilité est facile à comprendre : la flamme du chalumeau, qui fond le verre, échauffe indirectement le liquide, qui émet des vapeurs, lesquelles tendent à empêcher la fermeture complète en laissant persister un canalicule dans la perle de verre, quand elles ne la transforment pas en une bulle fragile, souvent perforée d'un trou minuscule. L'art de fermer une ampoule correctement, c'est-à-dire hermétiquement, consiste à obtenir la fusion complète du verre avec le minimum de vaporisation du liquide, ce qui est d'autant plus difficile que les pointes sont plus courtes.

Suivons maintenant ces soudures pendant leur passage au laboratoire. Tout d'abord il faut envisager deux cas différents, correspondant aux deux méthodes de préparation des ampoules. Les uns soudent une pointe, placent l'ampoule dans l'autoclave, où elle se stérilise et se remplit si la soudure tient, et ferment la seconde pointe à la sortie de l'autoclave ; voilà donc une garantie pour la première pointe, mais non pour la seconde. Les autres soudent une pointe, remplissent l'ampoule à l'aide de l'autoclave, soudent la seconde pointe et stérilisent enfin à l'autoclave ; ils obtiennent ainsi une sécurité plus grande, car l'ampoule se vide à la stérilisation, si la pointe déficiente est en bas ; où la précaution devient inutile, c'est lorsque la soudure insuffisante est placée en haut, l'ampoule étant disposée verticalement dans l'autoclave, car cette ampoule reste pleine comme si elle ne présentait rien d'anormal.

Dans les deux cas et quelle que soit la conscience du préparateur, il n'existe aucune garantie pour l'une des deux soudures, car il peut subsister, entre le contenu de l'ampoule et l'air extérieur, une communication, qui constitue un risque de pollution de la solution injectable. Ce défaut d'herméticité est relativement rare, il est vrai, mais, sur les milliers d'ampoules que l'on emploie chaque jour, admettra-t-on facilement que toutes les soudures soient parfaites ? Le fait qu'un nombre réduit d'ampoules sont mal fermées diminue simplement la fréquence et non la gravité des accidents. Naturellement le médecin n'emploie jamais une ampoule dont une pointe est brisée ; il n'est plus sûr de la stérilité du liquide ; s'il utilise une ampoule insuffisamment scellée, c'est qu'il lui est difficile de s'apercevoir de cette tare, le minime orifice ne se voyant qu'exceptionnellement à l'œil nu et se devinant plutôt qu'il ne se voit à la loupe. Quoi qu'il en soit et dans tous les cas la prudence élémentaire nous oblige au contrôle des ampoules : un procédé très simple, dont voici la technique, permet une vérification rapide et efficace, sans nécessiter aucun appareillage spécial.

On prend un récipient rempli d'eau, on immerge les ampoules, stériles et scellées, à éprouver et on porte l'eau à l'ébullition. Les ampoules tarées se vident de leur contenu chassé par la vapeur intérieure et acquièrent des qualités de flottabilité, ce qui permet de les pêcher et de les éliminer au fur et à mesure de leur apparition en surface. Admettons cependant que le préparateur ait autre chose à faire que de surveiller leur émersion ou que certaines d'entre elles demeurent au fond du récipient, maintenues par le poids des ampoules pleines sous lesquelles elles sont prises ; la surveillance n'est même pas indispensable ; après cinq minutes d'ébullition on retire le récipient, on le laisse refroidir : les ampoules de surface continuent à flotter ; si par hasard l'orifice est à la face inférieure, en contact avec la surface du liquide, ou si certaines ampoules sont restées au fond, la vapeur intérieure se condense et les ampoules défectueuses se remplissent complètement d'eau : il n'y reste pas une seule bulle d'air comme dans les ampoules normales, le vide de l'autoclave étant moins parfait puisqu'il doit s'équilibrer avec le poids de la petite colonne de liquide qui monte dans l'ampoule verticale. Donc ampoules vides et ampoules trop pleines sont également à rejeter.

Cette vérification n'est pas inutile comme le montre un petit fait que chaque médecin a été à même d'observer, l'ampoule qui se vide spontanément après qu'on a coupé une seule pointe ; ce qui prouve que l'autre n'était intacte qu'en apparence, et encore a-t-on une chance sur deux de ne pas s'en apercevoir, parce qu'on aurait aussi bien pu détacher la mauvaise pointe. Depuis que nous avons adopté le procédé indiqué nous avons eu la surprise de constater que la proportion des ampoules mal scellées n'était pas négligeable, surtout dans les capacités supérieures à deux centimètres cubes, la soudure étant d'autant plus difficile à réaliser que le calibre de la pointe est plus gros et réclame une plus grande quantité de verre en fusion pour être obturé.

Nous nous excusons d'avoir insisté si longuement sur une chose aussi simple et aussi banale ; mais certains accidents d'infection à peu près inexplicables, dont nous avons tous eu l'occasion d'être témoins, nous incitent à croire qu'ils pourraient bien être mis à l'actif d'un scellement insuffisant des ampoules ; estimant qu'il n'y a pas de précaution inutile en médecine, nous nous permettons de recommander ce procédé que nous n'avons vu signalé nulle part et qu'il y aurait tout intérêt à employer systématiquement au laboratoire, au moment où les ampoules sortent de l'autoclave et où la manipulation supplémentaire, portant sur une série entière, représente, par unité, une perte de temps insignifiante.

J. Lafont.

BULLETIN DU PROGRES MÉDICAL

Pierre MASSON.

Pierre Masson vient de mourir, emporté en trois jours par une congestion pulmonaire. Et c'est un éditeur de grande classe qui disparaît.

Sa mort sera durement ressentie par le monde de la Librairie où il occupait une place éminente, par le monde Médical aussi, dont il fut le collaborateur, l'appui et souvent le conseil.

Il tenait de son père une maison d'édition respectée, où se donnaient déjà rendez-vous l'Académie et les Hôpitaux, où Charcot avait fondé les *Archives de Médecine expérimentale* et Bouchard, le *Journal de pathologie générale* et où Dieulafoy publiait chaque année une nouvelle édition de son « Manuel de Pathologie interne ».

Masson consacra à sa maison presque tout son temps, son intelligence et son activité, conserva facilement les amitiés de son père et les étendit, , acquit la *Presse Médicale* que Naud avait fondée, entreprit des périodiques nouveaux qui, chacun, occupent une place importante, édita des leçons, des traités, des précis dont il sut assurer le succès. Il fut le collaborateur obligé de presque tous les Congrès, le trésorier de presque tous les Comités et reçut la vice-présidence du Syndicat de la Presse périodique qu'il dirigeait effectivement.

Il aimait ce qui est beau, bien présenté et élégant ; il détestait le médiocre ou le mesquin.

Il voyait grand et se laissait souvent séduire par de vastes projets pourvu qu'ils procédassent d'une idée neuve et alors même qu'ils fussent quelque peu osés. On en peut voir

NOUVELLES

Faculté de médecine d'Alger. — La chaire d'histoire naturelle médicale et de parasitologie est transformée en chaire de microbiologie et de parasitologie. M. Pinoy, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie, est nommé professeur de microbiologie et de parasitologie.

La chaire de matière médicale de la même Faculté est transformée en chaire de botanique et matière médicale. M. Sevenat, agrégé près la Faculté, est nommé professeur de botanique et matière médicale (chaire transformée).

Service de santé colonial. — Le concours qui s'ouvre le 3 décembre prochain à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, permet à tout docteur en médecine ou pharmacien, de nationalité française, âgé de moins de trente-deux ans, ayant satisfait à ses obligations militaires d'activité, d'entrer dans le corps de santé colonial avec le grade de lieutenant.

Les conditions de ce concours sont fixées par un arrêté ministériel endate du 31 juillet 1928, paru au *Journal officiel* des 6 et 7 août 1918.

Des bourses de 10.000 fr. sont offertes aux candidats admis à ce concours en compensation de leurs frais d'études.

Des renseignements détaillés sur la carrière de la médecinec oloniale, sur les soldes, indemnités, etc., seront fournis sur demande adressée au ministre de la Guerre, direction des troupes coloniales (1er bureau).

UMFIA (Union médicale franco-ibéro-italo-américaine). — Le prochain dîner amical de l'UMFIA aura lieu le mercredi 31 octobre, à 8 heures précises au restaurant de l'Eau de France, 6 rue de Strasbourg (gare de l'Est).

Le prix du dîner sera de 45 fr. (tout compris).

Ce dîner sera un repas de gourmets.

Envoyer les adhésions *avant* le 28 octobre à M. le docteur Grunberg, 74, rue Blanche, à Paris (IXe).

Concours pour les emplois de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indochine. — A la date du 22 octobre 1928, le ministre de l'intérieur, chargé de l'intérim du ministère des colonies, a pris un arrêté fixant au 15 décembre 1928 l'ouverture d'un concours pour quinze emplois de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indochine.

Les épreuves écrites éliminatoires auront lieu à Paris, Marseille et Bordeaux. Les épreuves orales et pratiques auront lieu à Bordeaux.

Les dossiers de demande doivent être envoyés avant le 15 novembre 1928, 27, rue Oudinot, Paris (7e), au ministère des colonies (direction du personnel et de la comptabilité, 2e bureau A).

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Inspection générale du service de santé des colonies, 2e section, ministère des colonies.

Une enseigne lumineuse pour les médecins allemands. — Au Congrès des médecins allemands qui vient de se tenir à Dantzig, on a proposé l'apposition d'une enseigne lumineuse spéciale à la porte des médecins pour faciliter la nuit les recherches des personnes ayant besoin des soins d'un docteur.

L'enseigne aurait la forme d'un triangle bordé de rouge avec le mot : Arzt (médecin) et le fait que l'enseigne serait éclairée indiquerait la présence du praticien à son domicile.

Le Syndicat des médecins allemands, tout en reconnaissant que cela ne porterait pas atteinte au prestige, ni à l'honneur des médecins, ne s'est toutefois pas prononcé quant au caractère obligatoire de l'enseigne et a laissé aux sections locales le soin de prendre des dispositions à cet égard. (*Science méd. pratique*).

La Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 23 *octobre.* — Mlle Lorot. Accidents nerveux au cours des vomissements. — M. Lévy. Etude sur le traitement des plaies et fistules.

25 *octobre* . — (Thèses vétérinaires). — M. Bazin. Considérations sur le typhus du chien. — M. Mauboussin. Etude clinique de la gourme. — M. Huchin. Le cheptel bovin du Pas-de-Calais.

26 *octobre.* (Thèses vétérinaires). — M. Rault. Renversement de l'utérus chez la vache. Traitement. — M. Godet. De l'intoxication des bovins par l'alcool.

la preuve dans la publication qu'il fit du premier grand « Traité de médecine » sous la direction de Charcot-Bouchard.

C'est à lui et à son exemple, au moins en grande partie, que le livre de médecine français doit sa rénovation et sa perfection et son nom reste inséparable de notre succès à l'étranger et de notre prestige.

Son teint bronzé, ses yeux noirs, et toute sa personne avaient quelque chose d'oriental. La main au coin de son binocle, il regardait de haut le jeune auteur qui lui apportait son travail et n'était pas sans l'impressionner.

De la première entrevue, on sortait un peu surpris ; mais c'était le premier contact. A la visite suivante, la glace était rompue et la conversation se terminait par une poignée de main qui avait la franchise et la solidité d'un pacte.

Je dois à mon maître Dieulafoy de me l'avoir fait connaître. J'ai depuis 30 ans pas mal publié chez lui et je n'ai garde d'oublier l'accueil qu'il m'a fait dès mes débuts déjà lointains.

C'est pour moi un devoir de saluer sa dépouille, de rendre hommage à sa mémoire et d'exprimer à sa famille et à ses collaborateurs, qui sont des amis, toute la sympathie du *Progrès Médical*.

Maurice Loeper.

REVUE DE LA PRESSE DEPARTEMENTALE ET COLONIALE

Cœur.

Le bruit de galop était considéré par les classiques comme un signe d'hypertension ; la sphygmomanométrie a montré qu'il apparaît non pas quand la tension artérielle est à son maximum, mais quand elle commence à décroître, c'est-à-dire à la période de début de la décompensation ; il se rencontre aussi dans les syndromes de l'hypotension véritable et non plus seulement relative ; il apparaît enfin, au cours des maladies infectieuses, comme symptôme de collapsus tensionnel accidentel, ce qui ne signifie pas toujours que le cœur est défaillant, mais qu'au contraire il lutte contre l'insuffisance circulatoire. L'étude d'A. Dumas, parue dans le *Journal de médecine de Lyon* (20 septembre 1928) aboutit aux conclusions suivantes : 1° le galop dans l'hypotension ne diffère pas du galop rencontre au cours des états hypertensifs ; dans les deux cas, c'est un signe de défaillance tensionnelle ; 2° qu'il se rencontre dans l'hypotension ou l'hypertension artérielle, le galop obéit à un même mécanisme pathogénique : le soulèvement de la paroi du ventricule gauche par l'arrivée de l'ondée sanguine auriculaire ; 3° le caractère présystolique ou diastolique du galop tient simplement au moment où s'inscrit, au cours de la révolution cardiaque, la systole auriculaire au niveau du ventricule ; 4° le galop de l'hypotension artérielle est fréquemment un galop diastolique, notamment au cours de l'infarctus du myocarde ; 5° les affections accompagnées d'hypotension artérielle, au cours desquelles se rencontre le bruit de galop, peuvent tenir soit au collapsus cardiaque, soit au collapsus vasculaire, soit à l'association de ces deux états. Le bruit de galop d'origine vasculaire peut être dû soit à des hémorragies abondantes, soit à un état de choc, soit à l'insuffisance surrénale, soit à l'anévrysme artério-veineux, soit à l'hypotonie primitive. Le bruit de galop d'origine cardiaque peut être dû soit à l'infarctus du myocarde, soit au gros cœur primitif. Le bruit de galop d'origine cardio-vasculaire se rencontre le plus souvent au cours des maladies infectieuses.

Tuberculose.

La région hilaire est un véritable réservoir de virus tuberculeux, dont l'importance a été trop longtemps méconnue et dont les réactions vont de la tuberculose latente à peine perceptible à l'incendie hilo-scissural violent ; la clinique, l'expérimentation et les études radiologiques en série ont permis à E. Leuret et F. Piéchaud (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 septembre 1928) d'établir les notions suivantes, qui marquent un pas en avant : 1° quelle que soit la porte d'entrée du bacille de Koch, même sans lésion d'inoculation, l'aboutissant de l'infection tuberculeuse est la tuberculisation des ganglions trachéo-bronchiques ; 2° la tuberculose pulmonaire de l'adolescent ou de l'adulte est à point de départ hilaire et se traduit d'abord par une hilite et une périhilite tuberculeuses ; 3° à ce stade de périadénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse succèdent des poussées de lymphangite tuberculeuse rétrograde sous-pleurale ou périvasculaire s'irradiant autour du hile (périhilite radiée tuberculeuse) ; 5° c'est alors seulement que surviennent après cette infection de la trame lymphoïde les complications (infection tuberculeuse de la plèvre, lésions lymphoïdes tuberculeuses intra-parenchymateuses, réactions alvéolaires, formation, maturation, puis fistulisation des tubercules intra-alvéolaires ou bronchiques) ; 6° à cette période, souvent tardive, quelquefois hâtive, appartiennent les bronchio-alvéolites et l'apparition des bacilles de Koch dans les crachats ; 7° la localisation de la tuberculose pulmonaire débutant aux sommets des poumons est une apparence purement clinique et ne correspond qu'à la perception des signes d'auscultation. Anatomiquement, la tuberculose pulmonaire, affection du système lymphatique, naît au hile et se propage depuis le hile.

Obstétrique.

Deux observations d'accouchement gémellaire de Jean Robert Henry (*Marseille Médical*, 5 août 1928) mettent en relief les points suivants : 1° le diagnostic de gemellité, malgré des examens répétés, n'est pas toujours faisable au cours de la grossesse et au cours du travail ; dans tous les cas où la certitude du diagnostic porté au cours de la grossesse n'est pas pratiquement absolu, on doit y penser ; 2° il est nécessaire de toujours sectionner le cordon entre deux pinces justement, pour les cas, même improbables, de gémellité ; 3° la rétraction utérine, les contractions qui vont réapparaître provoquent de la gêne de l'hématose fœtale et amorcent le décollement du placenta, conditions qui entraînent de la souffrance fœtale, souffrance qui est d'autant plus grave qu'elle touche un prématuré et un débile : 4° contrairement à ce que disent les auteurs classiques, la délivrance est souvent très rapide après la sortie du second fœtus.

Pour éviter ces complications : souffrance fœtale et risque d'hémorragie grave chez la mère par décollement prématuré du placenta normalement inséré, il faut intervenir dans les quelques minutes qui suivent la sortie du premier fœtus et extraire le deuxième enfant avant que l'utérus qui vient de se rétracter n'ait eu le temps de trop diminuer l'hématose fœtale et n'ait pas encore eu le temps, en se contractant, de décoller le placenta en totalité ou en partie ; la meilleure manœuvre sera la grande extraction, précédée ou non de version par manœuvre internes suivant le mode de présentation.

Urologie.

Les injections de glycérine boriquée sont indiquées dans les cas de rétention aiguë chez les prostatiques non distendus ; elles ont donné à Martin Laval (*Marseille médical*, 5 septembre 1928) quatre succès sur quatre cas traités et le résultat a été durable. Ce traitement n'a été essayé qu'après échec de la sonde à demeure pendant quinze jours et du cathétérisme répété pendant plusieurs jours ; il est

indispensable, pour n'avoir pas à enregistrer de douleurs vives et pour obtenir un bon résultat, de faire l'injection de glycérine boriquée dans la vessie pleine dont on n'aura soustrait que les quelques centimètres cubes nécessaires à l'injection.

La solution de glycérine boriquée stérilisée employée est une solution au dixième, dont on injecte de 10 à 30 cc. Il faut généralement deux injections à 24 heures d'intervalle pour obtenir un résultat complet.

Dermatologie.

C'est le détatouage par diathermocoagulation qui donne les cicatrices les plus esthétiques ; F. Bourgoing, de Montpellier, recommande la technique suivante (*Languedoc médical*, 10 septembre 1928) : injection sous-cutanée d'une solution anesthésiante quelconque ; réglage de l'appareil de haute fréquence entre 150 et 200 milliampères ; application de l'électrode pointe sur la peau, avec passage du courant pendant un temps très court. La région tatouée se couvre de petits cercles blanchâtres de deux ou trois millimètres de diamètre, s'œdématie et enfin s'escharifie. La cicatrice, rouge et souple, s'estompe jusqu'à être à peu près invisible.

Stomatologie.

La névralgie faciale d'origine dentaire sans odontalgie donne lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic (M. Achard et L. Guien, *Sud médical et chirurgical*, 15 août 1928) ; c'est par hasard ou devant l'échec thérapeutique persistant que le malade se décide à consulter le stomatologiste ; celui-ci peut découvrir une carie non douloureuse, une pulpe exposée ou mortifiée, une dent (déchaussée ou non) sensible à la percussion, une dent de sagesse en voie d'éruption encore encapuchonnée, une racine infectée ; d'autres fois la radiographie révèlera une dent incluse ou des calcifications plus ou moins étendues de la pulpe. La névralgie ne guérit que par le traitement de la lésion dentaire ou péridentaire qui l'a provoquée.

Thérapeutique.

Le salicylate de soude intraveineux donne de beaux résultats dans les formes sévères de rhumatisme articulaire aigu. Alex (*Bourgogne médicale*, juillet-août 1928) le prescrit lorsque les doses élevées (10 à 12 gr.) de salicylate de soude sont inefficaces ou mal supportées par voie buccale ; il emploie une solution contenant 1 gr. de salicylate et de 1 gr. de glucose pour 20 cc. et la fait suivre d'une deuxième injection de quelques cc. de sérum artificiel ou d'eau distillée pour éviter la slérose veineuse : il injecte 10 cc. le premier jour, 20 cc. et quelquefois 40 cc. les jours suivants. Les injections sont indolores et très bien tolérées ; elles donnent une amélioration immédiate. La guérison a toujours été obtenue avec quatre piqûres au maximum.

Varia.

Ainsi va la médecine. Elle aussi a ses modes qu'il est de bon ton et du plus grand profit de respecter. Peu importe, a dit un confrère philosophe, qu'elle avance ou recule, il faut surtout qu'elle change et il n'y a pas jusqu'à la vulgaire sangsue tant oubliée, la pauvre, après avoir connu la gloire, à qui on ne recommence à trouver quelques vertus thérapeutiques. (Sendrier, de Savigné)

En médecine, comme en stratégie, les défaites sont malheureusement fréquentes ; ces défaites, force nous est de les accepter, mais il nous faut du moins les utiliser (Merle, de Clermont-Ferrand).

Pour nous, praticiens, il existe des médicaments inutiles, des médicaments indispensables ayant une action pour ainsi dire certaine, des médicaments d'usage traditionnel mais dont l'efficacité est douteuse et enfin des médicaments dangereux. (Brelet, de Nantes).

Faire un diagnostic en pathologie nerveuse, c'est déjà quelque chose ; en faire un légèrement inhabituel, c'est autre chose ; pouvoir le contrôler anatomiquement, c'est presque un évènement. (Veillet, de Dijon).

Les données récentes bien acquises posent la question de savoir si, aux colonies, ne sont pas couramment étiquetées paludéennes des affections qui n'ont rien à voir avec le paludisme (J. Peyrot, Médecin principal des troupes coloniales).

J. Lafont.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1928.

Influence de la chloruration sur le taux de l'urée sanguine. (A propos de la communication de ***MM. F. Rathery et M. Rudolf*** : « Crises d'azotémie aiguë récidivantes »). — ***M. Pasteur Vallery-Radot***, dès 1914, a étudié l'action de la chloruration sur le taux de l'urée sanguine. Il a montré que, dans certains cas, l'azotémie était modifiée d'une façon très appréciable sous l'influence de la chloruration du régime. Dans plusieurs observations de néphrite chronique, suivies pendant de longs mois, il a pu alternativement faire baisser ou faire monter le taux de l'urée sanguine, suivant que l'alimentation comprenait du sel ou en était exempte : après quelques jours d'un régime chloruré, il a observé une baisse importante de l'azotémie et, après un régime sans sel, une élévation de l'urée dans le sang. Mais cette action de la chloruration sur l'azotémie est loin d'être constante. Deux causes peuvent expliquer la baisse de l'urée sanguine pendant la chloruration : l'hydrémie et l'augmentation de la perméabilité rénale à l'urée. L'hydrémie détermine une baisse fictive de l'urée ; l'augmentation de la perméabilité rénale, une baisse réelle. Ces deux causes s'associent ou sont isolées. L'auteur en a tiré les déductions suivantes :

1° Les dosages de l'urée sanguine doivent être pratiqués, autant que possible, chez des sujets soumis depuis plusieurs jours à un régime déchloruré ;

2° Le régime déchloruré permet de dépister les azotémies initiales ;

3° Chez les œdémateux, il faut tenir compte de l'hydrémie dans l'appréciation du taux réel de l'urée sanguine ;

4° Une alimentation déchlorurée ne s'impose pas systématiquement dans les néphrites chroniques. La déchloruration doit être commandée, soit par l'imperméabilité rénale au chlorure de sodium, soit par l'hypertension artérielle, mais l'azotémie seule ne semble pas justiciable du régime déchloruré.

La transfusion ou l'injection du sang provenant des sujets vaccinés contre la streptococcie dans le traitement de l'infection streptococcique grave. — ***M. Manoussakis*** présente quatre observations de sujets atteints de streptococcie et traités par la transfusion du sang de sujets vaccinés ; un cas d'érysipèle de la face, un cas de méningite à streptocoque, deux cas de septicémie à streptocoque d'origine otitique. Les résultats sont encourageants dans l'ensemble ; seul le second cas, traité tardivement, succomba. L'originalité de sa méthode consiste dans l'étude préalable qu'a faite l'auteur de la réactivité spécifique des donneurs, plus ou moins aptes à tirer parti de l'antigène injecté. Son emploi se heurte à deux difficultés d'ordre pratique : trouver en nombre suffisant des volontaires qui se soumettent à la vaccination progressive et retrouver ces mêmes volontaires comme donneurs de sang au moment voulu.

Rhumatisme tuberculeux et virus filtrant. — ***MM. G. Paisseau et V. Oumansky*** rapportent deux observations nouvelles où la

forme filtrable du bacille tuberculeux a été mise en évidence dans des exsudats pathologiques à l'exclusion du bacille de Koch. Ces observations concernent un cas de tuberculose ostéo-articulaire ancienne réchauffée par une poussée rhumatismale. L'ultra-virus a été trouvé dans le pus et dans les fongosités d'ostéite bacillaire.

Le second malade était atteint d'hydarthrose double du genou également consécutive à une poussée aiguë. L'ultra-virus a été décelé par inoculation de la sérosité articulaire.

Le plus grand nombre des cas où le bacille filtrable a pu être retrouvé isolément concernent des tuberculoses atypiques, rhumatisme tuberculeux, scrofulo-tuberculose, etc.

Il semble que la recherche de l'ultra-virus présente un grand intérêt paur l'étude des tuberculoses inflammatoires ou la recherche du bacille de Koch donne des résultats négatifs ou très inconstants.

La forme filtrable du bacille tuberculeux apparaissant jusqu'à présent dépourvue de pouvoir pathogène réel pour les animaux de laboratoire, il n'est pas actuellement possible de lui attribuer un rôle actif dans la production des lésions parfois graves au niveau desquelles il a été rencontré isolément.

Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée. — ***MM. Tinel, Baruk et Lamache*** rapportent une observation de crise hystérique caractérisée, tantôt par des mouvements désordonnés d'allure clownesque, tantôt et surtout par des crises toniques spéciales durant plusieurs heures, bien différentes du sommeil pathologique ou de l'épilepsie, et qui rentrent dans le cadre des crises de catalepsie. Ces crises de catalepsie présentent le caractère capricieux, théatral, en apparence artificiel des accidents hystériques, mais cependant à une étude plus précise, elles présentent un *substratum physiologique* indiscutable. En effet :

1° Il existe des perturbations vasculaires (ralentissement du pouls, spasme rétinien) et organo-végétatives (exagération extrême du R. O. C.) ;

2° On peut provoquer ou suspendre les crises par des procédés physiologiques constants dans leurs résultats (adrénaline, pilocarpine) ;

3° Enfin, les crises cataleptiques réalisent une attitude physiologique de *rigidité décérébrée*. En raison de ces données, et en comparant, à certains points de vue, ces crises aux crises oculogyres de l'encéphalite léthargiques, les auteurs estiment qu'on ne peut plus considérer de telles crises comme des créations volontaires, d'une fantaisie imaginative, mais comme des réactions physiologiques réelles.

M. René Bénard, à propos de deux cas, confirme l'opinion de ***M. Tinel*** et considère que dans l'hystérie il peut exister des modifications physiologiques et pathologiques.

M. Laubry note que l'existence des phénomènes physiologiques, signalés par ***M. Tinel***, est indépendante de la volonté du malade. Il considère que dans les crises hystériques, il existe une association de phénomènes physiologiques et d'un état pithiatique en rapport avec une neurotonie.

M. Tinel pense que ces malades ont une physiologie spéciale et notamment présentent une facilité spéciale aux angiospasmes.

M. P.-E. Weil signale le cas d'un malade qui présentait à volonté un ralentissement du pouls et du tympanisme hystérique. Il en conclut que ce malade pouvait agir à volonté sur son vago-sympathique.

M. Bezançon rapproche de ces faits des crises d'asthme qui surviennent après une émotion par spasmes pulmonaires.

Diabète et goitre exophtalmique. — ***MM. Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus*** rapportent une observation de diabète thyroïdien au cours de laquelle ils ont étudié successivement l'action du diabète par le régime de l'insuline. L'insuline, qui agit sur le diabète, n'a aucune action sur le goitre exophtalmique. Par contre, l'iode, qui a ramené le métabolisme basal à la normale a exercé aussi une action sur le diabète en élevant la tolérance pour les hydrates de carbone. Ainsi, le diabète, associé à la maladie de Basedow, est sous la dépendance de l'hypertrophie, mais il ne dépend pas exclusivement d'elle, car la guérison de l'hypertrophie amène l'amélioration du diabète, mais ne le guérit pas complètement.

Syndrome hémogénique avec anémie grave du type pernicieux traité par la méthode de Whipple. — ***M. Mondon*** (de Cherbourg) communique l'observation d'un matelot qui à la suite d'un traitement par la vaccination antigonococcique (vaccin de l'Institut Pasteur) présenta un syndrome hémogénique avec anémie grave (globules rouges : 2.050.000 — valeur globulaire : 1,5). Ce matelot présentait depuis son enfance des signes discrets de purpura chronique. Amélioration extrêmement rapide par le foie de veau : arrêt des hémorragies — guérison de l'anémie (4.450.000 globules rouges — valeur globulaire 1,06) après un mois de traitement.

Cette observation montre l'instabilité sanguine des sujets atteints de purpura chronique, l'action déclanchante du choc hémoclasique dû à la vaccination antigonococcique dans la genèse des accidents aigus. Elle met en valeur l'efficacité de la méthode de Whipple dans le traitement des anémies — même secondaires — et autorise également à penser que le traitement par le foie de veau a une action directe sur la dyscrasie sanguine, dans laquelle les tares hépatiques paraissent jouer un rôle important (P.-E. Weil). La méthode de Whipple paraît indiquée dans le traitement du syndrome hémogénique.

Séance du 19 octobre 1928.

Syndromes spléno-pneumoniques et pleurésie interlobaire gauche. Intervention. Guérison. — MM. ***D'Hour*** et ***Desplats*** (de Lille) rapportent le cas d'un syndrome pleuro pulmonaire correspondant à une spléno-pneumonie présentant en outre une pleurésie interlobaire dont l'existence fut reconnue à la radiologie et confirmée par l'intervention.

A ce propos, les auteurs insistent sur la rareté de la pleurésie interlobaire et sur la difficulté de l'étude radiologique. Ils insistent en particulier sur l'examen des malades en position de Flexner, de Vienne, c'est-à-dire les malades placés en lordose accentuée qui permet de mettre nettement en évidence la bande d'ombre de la pleurésie interlobaire.

Remarques sur les modifications du sang produites par la cure du foie ou de ses extraits dans les anémies. — M. ***G. Hayem*** a étudié les modifications produites par la méthode de Whipple dans le traitement des anémies. Il présente à ce propos des courbes de réparation sanguine au cours de certaines maladies, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde et montre qu'il y a un rapport entre la courbe des réticulocytes et celle des hématoblastes. Il considère que les réticulocytes et les hématies granuleuses sont des éléments jeunes en évolution, des formes intermédiaires entre les érythrocytes et les hématies adultes.

M. ***Fiessinger*** rappelle ses travaux avec M. Chauffard sur la genèse des éléments granuleux, en 1904. Il constate que ceux-ci étaient des éléments de néoformations atypiques n'apparaissant que dans les réparations rapides et imparfaites.

Evolution d'un abcès pulmonaire para-pneumonique. Guérison spontanée. — M. ***Roger Cattan*** rapporte l'observation d'une femme de 33 ans qui présenta à la suite d'une pneumonie particulièrement grave, un abcès du poumon qui évolua pendant deux mois. Des radiographies successives permirent de suivre l'évolution de cet abcès jusqu'à sa guérison. Celle-ci survint spontanément malgré l'intensité de l'affection causale.

Trois ans de prévention anti-diphtérique à l'hôpital maritime de Berck. — MM. ***M.*** et ***G. A. Mozer*** et ***Cofino*** indiquent les résultats obtenus à l'hôpital maritime de Berck où sont hospitalisés 1.100 enfants atteints de tuberculoses externes ou de rachitisme depuis décembre 1925, date de l'emploi systématique de l'anatoxine diphtérique chez tous les enfants. Les cas de diphtérie, qui étaient chez les enfants hospitalisés de 137 dont 12 décès pour les 35 mois qui ont précédé la pratique de la vaccination — années 1923, 1924 et aux premiers mois de 1925 — sont tombés à 36 cas, dont 16 chez les non vaccinés (un décès) et 11 chez des enfants n'ayant reçu que deux doses d'anatoxine pour les 34 mois qui ont suivi la vaccination. A la suite de

trois injections d'anatoxine, la proportion de Schicks positifs est tombée de 36 à 4,5 %. Une quatrième injection supplémentaire a réduit à quatre le nombre des 44 sujets chez lesquels le Schick était resté positif.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1928.

Annexite bacillaire de forme anormale. — M. ***Picard*** (de Douai). Rapporteur M. ***Grégoire***. — A l'opération, il y avait une tuberculisation d'un fibrome et de la paroi rectale. Quoi qu'il fût obligé de faire une résection du rectum, l'auteur obtint la guérison. M. Grégoire, sur huit cas personnels de tuberculose génitale, a eu six résultats éloignés remarquables

Traitement de la plaie tétanigène. — M. ***L. Bazy*** fait un rapport sur un travail de M. *Arrivat* (de Béziers). — Jeune homme de 21 ans, arthrite bacillaire du cou-de-pied droit. Astragalectomie, curetage du calcanéum, de la malléole tibiale. Léger mouvement thermique sept jours après. Le lendemain, apparition d'un trismus. Sérum intra-rachidien et intra-musculaire. Les jours suivants, la situation s'aggrave et les paroxysmes reviennent tous les quarts d'heure.

Malgré des inhalations de chloroforme et un traitement sérique journalier, la situation ne s'améliore guère.

Au bout de dix jours d'évolution du tétanos, on fait une amputation de jambe. Après l'opération, le malade n'a plus qu'une seule crise et malgré quelques incidents, la guérison survient. M. Arrivat conclue que cette observation constitue un fait d'une rigueur presque expérimentale. M. L. Bazy est du même avis : si le tétanos est, comme dans ce cas, d'évolution lente, l'extirpation du foyer tétanigène peut donner d'excellents résultats.

Il insiste aussi sur l'excellence de la méthode qui consiste à calmer les crises par l'anesthésie générale.

M. *Sorrel* s'associe aux conclusions de M. Bazy ; il a fait il y a deux ans un rapport sur une observation analogue.

Traitement par la sonde à demeure des fistules œsophagiennes dues à des ablations de diverticules œsophagiens. — M. ***Grégoire***. — L'extirpation des diverticules pharyngo-œsophagiens n'est pas une opération bénigne : 18 % en effet, pour la plupart des opérateurs meurent des suites de l'opération. M. Grégoire en a opéré douze sans une mort opératoire. Mais les résultats tardifs n'ont pas été toujours simples. Il a observé trois fois des fistules secondaires. Dans le premier cas, il s'est produit, 48 heures après l'opération, une fistule alimentaire. L'état de dénutrition s'accentue vite. Une sonde à demeure dans l'estomac fait cesser tous les accidents. Le deuxième cas concerne une femme où les accidents furent analogues et cédèrent de la même façon à la sonde à demeure. Dans le troisième cas, la guérison se fit spontanément.

Ostéochondromatose de la hanche. — M. ***Fredet***. — L'auteur rappelle combien la question des corps étrangers articulaires était confuse jusqu'à ces temps derniers. Henderson est le premier qui ait indivualisé, l'ostéochondromatose, qu'il considère comme une néoplasie bénigne. Récemment Monlonguet s'élève contre cette opinion. Cette entité est assez rare et presque tous les cas ont trait au genou ou au coude. M. Fredet en a observé un beau cas à la hanche.

Par voie antérieure, il a extrait un certain nombre de corps étrangers :

M. ***Mouchet*** rapporte un cas d'ostéochondromatose du genou, diagnostiquée par la radiographie : le malade est si peu gêné qu'il n'a pas voulu se faire opérer.

M. ***Rouvillois*** rappelle que, dans son observation, la gêne fonctionnelle était nulle.

Rétrécissement du rectum avec destruction du périnée et de la paroi antérieure de la vessie. — M. *Sauvé* montre cette malade où les lésions paraissent devoir être rapportées à une application intempestive de rayons X.

Volumineux calcul à la base d'un appendice perforé. — M. ***Cadenat***.

Diverticule de Meckel énorme. — M. ***Grimault*** (d'Algrange) Rapporteur : M. ***Capette***.

Restauration d'un nerf radial arraché qui pendait le long de la poitrine. — ***J. Ch. Bloch***.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

Coprostase et cascarine.

« La santé d'une fonction est dans son énergie », WILDE.

La physiologie pathologique décrit deux formes distinctes de coprostase : celle du cæcum et celle du côlon.

C'est surtout la première qui a coutume de se compliquer d'accidents graves, dus surtout à l'auto-intoxication chronique. C'est pourquoi la pratique médicale a, de tous temps, reconnu la nécessité de ne point négliger les états de torpeur de l'intestin, avant que la période de stase simple ait dégénéré en rétention stercorale habituelle et fait le lit à l'intoxication et aux virulence variées.

Que de méthodes et combien d'agents médicamenteux ont été préconisés, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, pour assurer le cheminement régulier du bol fécal et solliciter l'exonération foncière du gros intestin. Aujourd'hui surtout qu'on envisage la puissance ténébreuse des microbes et des toxines ; aujourd'hui que l'on reconnait que presque toute la pathologie a des racines viscérales, l'antique purgation galénique est revenue à l'honneur. La libération alvine est un dogme, qui a survécu et survivra à toutes les doctrines médicales : car il est basé sur la pure vérité.

Ce qui est l'essentiel, pour le praticien, c'est de renoncer aux purgatifs violents, pour adopter un laxatif rationnel, d'une douce activité, dépourvu de tout danger perturbateur ou agressif. Depuis longtemps, la Cascarine Leprince a fait ses preuves en ce sens, elle sollicite une défécation rationnelle, s'oppose aussi bien à l'atonie qu'au spasme de l'intestin et restitue à la fonction toute son énergie, par son pouvoir parallèlement osmotique et excito-moteur, sans exagération secrétoire, sans contracture péristaltique. C'est grâce à cette modération dans son activité, que la Cascarine Leprince a conquis les préférences médicales, même lorsque la congestion, l'inflammation et le catarrhe font cortège à la constipation habituelle ; même lorsque le sang et la nutrition sont menacés.

L'action cholagogue, si remarquable, de la Cascarine la fait adopter comme remède journalier de l'insuffisance hépatique et de la toxémie gravidique : par son secours, on préviendra les périls de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite. Chez l'arthritique et chez l'obèse tachyphages et polyphages, dont la déficience biliaire entraine, si volontiers, la putréfaction intestinale et la disposition à la diathèse du foie, la Cascarine offrira les avantages d'un eccoprotique exempt d'accoutumance comme d'accumulation. Elle est indiquée, au surplus, dans toutes les occurences de dysfonction cæcale, dans les constipations par compression, brides et adhérences, ainsi que dans les stases stercorales d'origine paralytique, au cours des affections de l'axe cérébro-spinal.

En enlevant au coli-bacille toute virulence néfaste, grâce surtout à son potentiel biligénique, la Cascarine Leprince prévient et réfrène le syndrome entéro-rénal de Heitz. Son pouvoir évacuateur et épurateur des toxines rajeunit toutes les fonctions et convient aux eczémateux, aux artérioscléreux, aux insenescents, aux uricémiques de tout ordre. En supprimant les barrages de l'intestin ; en exerçant une bienfaisante influence de catalyse et de dérivation ; en régularisant les échanges moléculaires et restaurant le métabolisme, la Cascarine agit comme un récupérateur fidèle de l'énergie biosthénique. Cette puissance du « vegetable calomel » (c'est le nom que les Anglais ont donné à la découverte de Leprince) est due, d'une part à la coordination du rythme hépatobiliaire ; d'autre part, à la galvanisation du plexus d'Auerbach, qui préside, comme on sait, au reflexe exonérateur.

En résumé, pour vaincre l'incapacité de propulsion fécale, quelles que soient les causes et origine de l'inertie alvine, songeons toujours à la Cascarine ; c'est elle qui rétablira, le plus solidement, cette évacuation matinale ou post-prandiale, *vis a tergo* de la santé et de la longévité.

VARIETES

Ugolin, l'anthropophage imaginaire.

« Regarde, mon fils, regarde Ugolin dévorer ses enfants pour leur conserver leur père ! » s'écriait M. Prud'homme devant une toile du grand salon.

J'aime beaucoup M. Prud'homme. C'est la vérité bourgeoise qui parle par sa bouche. Il ne prononce par conséquent que de réjouissantes bêtises.

J'ai déclaré aux vérités bourgeoises une guerre à mort, souriante mais implacable ; et je bondis sur l'occasion qui m'est offerte de démolir un poncif de plus :

Il a mangé ses enfants, Ugolin ? En voilà une plaisanterie

Il n'a rien mangé du tout.

C'est même de cela qu'il est mort !

Rappelons le drame.

Le 30 juin 1282, la population de Pise s'endormait paisiblement à l'ombre de sa tour penchée. Rien ne laissait présager une catastrophe. Dans son palais le seigneur de la ville, comte Ugolin de Gherardesca, sa femme et ses sept enfants ou petits-fils devisèrent entre eux jusqu'à une heure avancée de la nuit.

Et soudain, à l'aurore du 1er juillet une rumeur emplit les rues.. En quelques instants tous les Pisans furent debout, l'arme au poing. Les deux fils aînés du comte, à la tête de quelques cavaliers se précipitèrent vers la grande place. Ils n'y arrivèrent pas vivants, car des émeutiers postés à un carrefour les massacrèrent. Tout aussitôt, sous la conduite de l'archevêque Ruggieri la foule furieuse donna l'assaut au palais.

Le combat fit rage jusqu'à midi. Mais enfin, débordés, les derniers hommes d'armes d'Ugolin se rendirent. Les Pisans venaient de renverser un tyran cruel, sans se douter qu'ils se donnaient en la personne de leur pieux archevêque un maître bien plus féroce encore.

En procession, le peuple conduisit sous une pluie d'injures Ugolin, ses deux jeunes enfants Gaddo et Ugoccione, ses deux petits-fils Nino — surnommé la Brigata — et Anselmuccio, jusqu'à une vieille tour fortifiée, la tour de la Muda, au bord de l'Arno.

Ici commence le second épisode. Pendant quatre mois les malheureux prisonniers attendirent leur jugement. Mais l'acte d'accusation était difficile à établir, et Ruggieri commençait à regretter que le comte ait échappé au massacre. Un jour cependant que l'archevêque était venu regarder ses victimes à travers l'étroit guichet, une inspiration lui vint soudain : le geôlier s'amusait à entrechoquer ses lourdes clefs. D'un geste brusque Ruggieri lui arracha le trousseau. Puis sautant dans une barque il se fit conduire au milieu de l'Arno. Parvenu au milieu du fleuve il jeta alors les clefs dans l'écume bouillonnante.

Troisième épisode : les prisonniers attendent leur nourriture habituelle. Le premier jour de jeûne leur paraît long, mais ils croient à une négligence de leurs gardiens. Le second jour l'inquiétude les étreint. Bientôt le doute ne reste plus possible : on les a condamnés à mourir de faim. Dans la tour glaciale, l'horreur écrase les misérables.

Mais déjà aux alentours les curieux circulent. On se montre avec effroi ces murs menaçants. Bientôt des cris atroces font reculer les plus braves. La porte résonne sous les coups désespérés des prisonniers. Fou de douleur et de faim Ugolin hurle éperdument sa peine, et le vent des nuits effiloche sur Pise les clameurs d'agonie.

Le supplice se prolonge. Pendant plusieurs semaines, on entend des lamentations de plus en plus sourdes.

Le grand silence tombe enfin sur la tour.

Alors les corbeaux prennent courage. Ruggieri et ses hommes se montrent. A coups de béliers ils enfoncent la porte de chêne. Cinq cadavres déjà rongés par les rats, voilà tout ce qui reste de l'orgueilleuse famille du tyran de Pise. Un trou est creusé. On y jette les corps. Soulagé de son inquiétude, l'archevêque soupire et sourit.

Une cinquantaine d'années plus tard, en 1342, de pieuses mains tireront de leur fosse les squelettes des Gherardesca. On les enterre cette fois dans le cloître de St-François. Est-ce fini ? Pas encore, puisqu'une inscription qui subsiste toujours sur une des pierres du monas-

tère nous apprend que « les restes du comte Ugolin et de ses enfants reposèrent dans cet asile avant leur transfert à Florence : « *fanche non furoro transferite a Firezo* ».

Or, il est très probable que les fossoyeurs se sont trompés de corps. En 1908, en effet, des fouilles méthodiques entreprises dans les sous-sols du cloître amenèrent la découverte d'une grosse pierre ronde sur laquelle étaient profondément gravés un nom et une date :

Ugolino — MCCCXLII.

Sous cette dalle funéraire reposaient un squelette d'adulte celui du comte évidemment et quatre squelettes d'adolescents : les corps de ses quatre enfants.

Voici les faits dans leur tragique nudité. De leur examen critique il résulte que ces cinq malheureux ont dû mourir de faim presque simultanément.

Or, comme si cette aventure n'était pas assez sinistre les historiens sont venus y mêler une histoire d'anthropophagie. Ugolin pour prolonger sa lamentable existence se serait résigné à manger la chair de ses enfants. Quel est le mauvais plaisant qui a lancé le premier cette horreur ? A coup sûr ce n'est pas un contemporain du drame.

Tous s'accordent au contraire à tracer sobrement le récit. Presque tous estiment que les jeunes gens succombèrent à la faim avant leur père, homme robuste, mais aucun ne se permet d'en induire que le comte les mangea. Dante lui-même n'est pas allé jusque-là ; il prête à Ugolin ces gémissements :

« Alors que mes enfants agonisaient, je les regardais d'un air si dément que mon cher petit Anselmuccio me dit en pleurant : père, mangez-moi si cela peut prolonger vos jours. Hélas ! A demi aveugle je me traînais à tâtons sur leurs corps et trois jours après leur mort je les appelais encore. »

Leonardo Aretino, Oberto Villani n'ont jamais dit autre chose. Aucun d'eux n'a daigné consacrer la romance que le populaire échafaudait sur ce crime, et il a fallu l'absence d'esprit critique et le manque de vergogne de nos historiens contemporains pour que la fable du festin macabre s'accrédite officiellement. Ces messieurs font de l'histoire comme on fait du roman-feuilleton. La méthode est enfantine : on recueille une légende, on s'assure qu'elle repose sur quelque fondement, on l'enjolive un peu et on l'étale. Quelques réflexions hypocrites achèvent de donner au tout un cachet d'authenticité. « Quels qu'eussent été les crimes, l'horreur de son supplice les fait oublier ! » s'écrie Sismondi. Allons donc ! Un peu d'honnêteté. Si les artistes ont besoin de légendes, l'esprit humain réclame avant tout la vérité. D'ailleurs notre recherche, notre poursuite de l'émotion historique dans le fait nu n'est-elle pas aussi artistique et plus noble que cette perpétuelle compromission de l'absolu et du rêve ?

Dans l'affaire Ugolin nous disposons d'une pièce essentielle : l'ossature des victimes. Que peut souhaiter de plus magnifique un médecin légiste pour préciser son diagnostic ? Or elle a été examinée : d'autres savants peuvent l'étudier encore. Il s'agit d'observer les ossements l'un après l'autre et d'y chercher les traces de coups de dents. On m'objectera : si affamé que fut Ugolin il n'a peut-être pas entamé les os de ses enfants, un comte Pisan n'est pas un chien, ni un canaque. N'empêche que lorsqu'on ronge avec désespoir les membres de son fils on doit mâcher ferme.

Pas un seul coup de dent n'a été remarqué sur les quatre squelettes ; aucun os n'était fracturé, ils occupaient tous leur place anatomique normale dans la fosse où ils furent découverts.

Je pense qu'après cela nous nous attendrirons un peu moins devant la célèbre terre cuite de Carpeaux — qui du reste (pourquoi ?) représente Ugolin entièrement dévêtu — et que nous trouverons moins cynique le cinglant couplet de Villers de l'Isle-Adam :

Les enfants. — Nous sommes dans l'œsophage !
Ugolin. — Mes enfants ! Mes enfants, soyez sages !
Les enfants. — Nous sommes dans l'intestin !
Ugolin. — A chacun son destin ! A chacun son destin !

Paul MOINET..

BIBLIOGRAPHIE

DANTE : **Inferno. Cha.** 33. — Leonardo ARETINO : **His. Florent. L. III.** — Bernardo MARONGONI : **Script. Etrur.** (1536) **t. I pages** 371-584. — SISMONDI : **Hist. des Rep. Ital. T. IV, pages** 21-42. — Paolino de PIERO : **Cronica** : t. II, p. 42. — OBERTO VILLANI : t. VII, cap. 120 et 127, **pages** 320-324. — DORIA : *Annales Gennenses*, liv. X, p. 593.

BIBLIOGRAPHIE

Initiation à la biologie, par Désiré TITS, docteur ès sciences. Collection des initiations. Un vol. in-16, avec 69 illustrations, broché : 10 francs. Librairie Hachette, 79, boulevard St-Germain.

Si la biologie est une science qui date du XIXe siècle, ce n'est qu'en ces dernières années qu'elle a acquis sa grande envergure et sa portée sociale.

L'étude du mystère si complexe de la vie, depuis l'antiquité jusqu'au XVIIIe siècle, on ne la conçut que sous forme de philosophie naturelle où la spéculation le disputait aux affirmations arbitraires.

Au siècle dernier, la connaissance des êtres vivants devint enfin une science naturelle, la science biologique, dont le perfectionnement véritable fut la recherche objective et expérimentale des problèmes de la vie.

A cette recherche, les savants s'adonnent avec leur ardeur et leur précision habituelle, non plus seulement dans les laboratoires de nos Universités, mais dans les laboratoires créés, de par le monde entier, au bord de la mer et des lacs ainsi que sur les montagnes.

On trouvera ici les résultats de ces recherches, de ces expériences, de ces travaux.

Est-il besoin de souligner leur intérêt, leur importance, leurs répercussions ? Non. Comment, en effet, ne pas se passionner pour des études qui affectent notamment l'origine et la transmission de la vie, l'hérédité, etc., etc. ?

Lisfranc et la chasse. — Lisfranc avait la passion de la chasse, passion malheureuse. Il était aussi maladroit chasseur qu'opérateur plein de dextérité, et des bois de Chelles, où nous allions, il revint souvent bredouille à son grand désespoir.

Mon beau-frère — une lame en fait de chasse — glissait quelque pièce de gibier dans le carnet du chirurgien, qui ne refusait pas cette marque de bonne confraternité. Dans les bois, quand il grondait son chien, la voix de Stentor, que possédait Lisfranc, éclatait comme une détonation d'arme à feu. Quelles colères aussi, quand l'animal n'obéissait pas ! Le pauvre chien passait toujours pour coupable, lorsque le coup de feu du docteur restait improductif.

Les jours de chasse, Lisfranc faisait sa visite de très grand matin : il s'était béni dès l'aurore, comme le « chasseur de Robin des Bois », il était diligent au possible.

Parfois à l'auberge où nous déjeunions, l'hôtesse lui présentait quelques malades et l'illustre opérateur ne manquait jamais de leur donner gratuitement des soins » (Aug. CHALLAMEL. *Souvenir d'un Hugolâtre. La génération de* 1830.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

Ce Numéro a été tiré à 30.000 Exemplaires

FONDÉ EN 1873. — N° 44 LE NUMÉRO : 2 FRANCS (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 OCTOBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLEMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois

France et Colonies	40 fr.
Étudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

Un **DON** de **30.000** fr.
en faveur des Abonnés du PROGRÈS MÉDICAL (voir page 1767)

SOMMAIRE

UN DON de 30.000 FRANCS

En faveur des Abonnés du **Progrès Médical**

Nous avons reçu la lettre ci-après :

Cher Monsieur,

Comme suite à notre entrevue, je mets à votre disposition une somme de **30.000** *francs en faveur des Abonnés de votre excellent journal* **"Le Progrès Médical".**

Je vous laisse le soin de répartir cette somme au mieux de leurs intérêts.

Croyez à mes meilleurs sentiments.

X.....

Cette somme, mise à notre disposition par un de nos amis qui désire *absolument garder l'anonymat*.

Nous avons décidé de la répartir ainsi :

Une réduction de 10 frs sera faite sur le prix de l'abonnement d'un an au *Progrès Médical* :

Aux **2.500** premiers Abonnés ou Lecteurs de France et des Colonies, soit **25.000** frs,

et aux **500** premiers Abonnés ou Lecteurs de l'Etranger, soit **5.000** frs ;

Qui nous enverront leur réabonnement ou abonnement à l'aide du bulletin ci-joint.

Cette réduction est applicable à toutes les combinaisons de notre bulletin, à la condition que la combinaison choisie comprenne le *Progrès Médical*.

Toute souscription doit être accompagnée de son montant, valeur sur Paris, chèque, mandat, etc...

Chèque postal : BOUZAUD, 357.81, Paris.

Ce bon est valable jusqu'au 15 Novembre pour la France et jusqu'au 15 Décembre pour les Colonies et l'Etranger (date d'envoi).

Tout Abonné NOUVEAU recevra le Progrès Médical gratuitement jusqu'au 31 Décembre; l'abonnement partira du 1er Janvier 1929.

CE NUMÉRO A ÉTÉ TIRÉ A 30.000 EXEMPLAIRES

ainsi répartis :

27.000 France et Colonies ; 3.000 à l'Etranger (adresses sélectionnées)

VARIÉTÉS

I. — Le marsouin égyptologue.

II. — Une vocation malheureuse.

Un matin de 187., l'un des gardiens du Louvre, préposé aux salles des antiquités égyptiennes, occupait son désœuvrement à chercher, parmi les visiteurs assez rares qui s'arrêtaient autour des vieilles pierres et momies, quelque visage féminin digne d'intérêt. Il ne jeta qu'un regard distrait sur un soldat dont l'uniforme éclatait pourtant parmi les costumes des civils gentlemen touristes : tunique et pantalon bleu foncé à liserés jaunes, avec épaulettes jaunes, c'était la tenue des soldats de l'infanterie de marine, ceux qu'on appelait alors «*marsouins*» pour les distinguer des marins à col bleu et blanc et béret, les «mathurins ». Ces braves marsouins, qui ont été si héroïques dans les rues de Bazeilles sous Sedan, en 1870, ont disparu pour faire place à l'infanterie coloniale en costume kaki, non moins vaillante en 1914 que ses anciens.

Le gardien ne tarda pas cependant à être intrigué de voir le jeune soldat, au lieu de traverser la salle d'un air indifférent, s'arrêter à chaque « numéro », tourner autour des sarcophages, momies et statues, se pencher pour regarder attentivement, se relever, puis se baisser de nouveau.

Il finit même par s'approcher lentement de ce visiteur qui paraissait perplexe et lui dit : « Ça vous intéresse, ces vieilleries, militaire ? » — Celui-ci, ayant fait poliment le salut militaire, répondit : « Oui, M. le Gardien. Mais qu'est-ce que c'est que ces signes-là ? » et il désignait les caractères hiéroglyphiques.

— « Ça, c'est des écritures du temps de la vieille Egypte. Ça s'appelle des hiéroglyphes. C'est comme ceux qui sont sur l'Obélisque, place de la Concorde. Vous connaissez ? » — « Oui, mais ça m'intrigue. Je voudrais savoir ce que ça veut dire ». — « Ah ! je ne sais pas non plus, moi. Vous trouverez peut-être dans le catalogue ce que signifient quelques-unes de ces inscriptions . » — « Ça coûte trop cher », murmura le soldat. « Et puis, ce que je voudrais, c'est de pouvoir lire tout ce qu'il y a d'écrit. Ça doit être amusant. » — « Peut-être bien, mais ça doit être long et difficile. Champollion, dont vous voyez le nom, a mis bien du temps à les déchiffrer. Mais il y un collège où on enseigne ça, le Collège de France. » — « Dame! je ne suis plus d'âge à aller au collège ! » — « Oh ! vous êtes comme le Ministre de l'Instruction publique », s'esclaffa le gardien, « quand il est allé le visiter..... Vous croyez qu'il y a des dortoirs ; non, ça s'appelle un collège, mais c'est un endroit où on fait seulement des cours publics et gratuits ; on entre et on sort comme on veut. » — « Où est-ce, ce collège ? » — « Rue des Ecoles, près de la Sorbonne, au coin de la rue Saint-Jacques . Si ça vous amuse, vous verrez des affiches sur le mur. »

La conséquence de cette conversation fut que le professeur de philologie et archéologie égyptiennes au Collège de France remarqua un jour parmi ses auditeurs — peu nombreux et à peu près les mêmes en général, — un soldat en uniforme bleu avec des épaulettes jaunes qui tiraient l'œil.

C'était une bonne figure de jeune homme timide et il s'était assis sur le gradin le plus élevé, tout proche de la porte, comme s'il craignait que sa présence ne fît scandale et pour pouvoir en ce cas se retirer plus vite. Le fait est que tous les auditeurs le regardaient successivement, mais non d'une manière gênante.

Je dois souligner qu'à l'époque où cela se passait, les antiquités égyptiennes n'étaient pas encore un article de mode, comme elles le sont devenues depuis que les fouilles de la Vallée des Rois et la personnalité de Tout-Ank-Amon ont été utilisées par les Illustrés, toute la presse et le cinéma comme sujet sensationnel et que par suite les conversations des snobs et snobinettes en ont tiré parti, comme les compagnies de navigation franco et anglo-égyptiennes, les hôtels, etc. Grâce à cette vulgarisation et mise à la mode de la vieille Egypte, l'amphithéâtre du Collège de France, où parle le savant professeur spécialiste, a vu depuis cette époque s'asseoir à son cours, au moins passagèrement, des femmes du monde







et des hommes de tout costume ; un militaire de plus parmi les belles toilettes n'aurait pas, même avec un uniforme si voyant, fixé son attention comme cela advint alors.

Les professeurs de notre plus haut enseignement ont toujours vu s'asseoir de temps à autre dans leurs salles de cours, outre les habitués, des désœuvrés et surtout en hiver de pauvres hères frileux, désireux de se réchauffer, sinon à la parole ardente du maître, du moins dans la tiédeur d'une salle chauffée par l'Etat. On connaît la plaisanterie consistant à prétendre qu'un professeur d'une ces matières trop spéciales pour attirer un public, même restreint, après avoir consciencieusement lu sa leçon sans lever la tête, entendant sonner l'heure qui en fixait la fin avant qu'il eût tout à fait terminé son sujet, s'excusa en réclamant encore quelques minutes de patience, mais leva enfin les yeux, quand il eut entendu une voix s'élever dans la salle : « Faut pas vous presser, bourgeois ! Vous m'avez pris à l'heure ! » et constata avec déplaisir que son seul auditeur était un cocher ! — Histoire que j'ai toujours jugée invraisemblable, un professeur aussi modestement rétribué que ceux de notre savant établissement n'ayant pu garder un fiacre à l'heure pendant sa leçon, — à moins que ce ne fût un jour de neige et qu'il dût craindre de ne pouvoir en trouver un autre à sa sortie.

Si le professeur de philologie et d'archéologie égyptiennes avait été un peu étonné d'apercevoir à sa leçon précédente un soldat en uniforme, il fut vraiment surpris à la suivante de le revoir, cette fois plus près de lui et prenant des notes sur un cahier. Enfin, à la troisième fois, il ne put réprimer sa curiosité et à la fin de la leçon, il se décida à guetter le jeune soldat pour faire sa connaissance et lui demander par quel concours de circonstances celui ci était amené à suivre ce cours.

Le soldat rougissant et balbutiant, tournant et retournant son képi entre ses mains, répondit qu'il avait été poussé d'abord par la curiosité de connaître la signification des caractères égyptiens et que maintenant il s'intéressait à la vieille Egypte en général. Bientôt le professeur, l'ayant pris familièrement par le bras, n'eut pas de peine à connaître son histoire, assez banale sauf en un point.

Ayant fait quelques frasques et désireux de voyager, le jeune homme avait été poussé par sa famille à s'engager pour cinq ans dans l'infanterie de marine Après avoir « bourlingué » dans plusieurs colonies et enfin au Sénégal, au cours d'une expédition, il avait été pris par des indigènes de la brousse et presque étranglé ; ses camarades l'avaient délivré à temps. Ensuite il avait contracté des fièvres et une maladie de foie ; après un séjour à l'hôpital, on lui avait donné un congé et il était venu le passer à Paris N'ayant que peu de ressources, il était héberge au quartier latin chez un étudiant compatriote ; il couchait sur un divan et rôdait le jour dans les endroits où on peut avoir des distractions gratuites, au Louvre, par exemple ; le hasard l'avait poussé dans les salles du rez-de-chaussée et sa curiosité s'était trouvée excitée par les monuments égyptiens. Il avait fait de mauvaises études dans un petit collège de province et n'avait même pu les pousser jusqu'au bout. Il allait bientôt être libéré du service, mais ne savait pas quelle profession entreprendre. Des camarades du quartier, voyant qu'il dessinait volontiers, lui conseillaient l'École des Beaux-Arts ; mais sa famille ne pouvait lui assurer les moyens d'existence.

Le professeur fut ému par cette histoire racontée avec une mélancolique simplicité. Au bout de quelque temps, le voyant toujours assidu à son cours, constatant qu'il comprenait et retenait parfaitement les leçons, il lui dit un jour que, si l'offre le tentait, il pourrait, après acquisition de certaines connaissances archéologiques indispensables le faire attacher comme employé à un musée archéologique en Egypte, les appointements seraient au début modestes, mais pourraient s'améliorer quand il serait plus instruit.

Une telle perspective éblouit le jeune marsouin ; il se mit à travailler sans relâche dans les bibliothèques et les Musées suivant les indications données par le Maître et fut, au bout de quelques mois, assez au courant des questions d'archéologie égyptienne et du déchiffrement des inscriptions pour que son protecteur pût le faire nommer à sa libération du service employé dans un Musée français en Egypte.

Là-bas, il plut à la fille du concierge du Musée, l'épousa et plus tard fut promu adjoint au conservateur. Ainsi s'écoulèrent plusieurs années.

Mais le pauvre garçon ne s'était pas guéri de la maladie

A NOS LECTEURS

Nous prions instamment nos Lecteurs de remplir le questionnaire porté sur le bulletin bleu, inclus dans ce numéro.

Ces renseignements sont destinés à la prochaine édition de **MEDICUS**.

Ils nous permettront de contrôler ceux qui s'y trouvent déjà et de les compléter ou modifier s'il y a lieu.

L'INSERTION en est **GRATUITE**

contractée au Sénégal ; comme elle s'aggravait, il vint à Paris, et, à bout de ressources, entra dans un hôpital où j'étais interne. Il y succomba malheureusement, après plusieurs semaines d'un séjour pendant lequel il m'apprit sa curieuse et attendrissante histoire.

***

L'hiver de 1879 fut d'une rigueur exceptionnelle ; les hôpitaux étaient si encombrés que l'A. P. ouvrit des services provisoires, dans de vieux baraquements, pour recevoir le trop-plein des malades qui se présentaient chaque jour à la consultation, surtout des chroniques tuberculeux ou miséreux. On mit à la tête du service le dernier nommé des médecins du Bureau Central, ayant à peine dépassé 30 ans, quoiqu'il fût rigoureusement chauve ; on lui adjoignit deux internes provisoires et, comme tous les externes disponibles étaient placés, une demi-douzaine de simples étudiants, alléchés par l'indemnité d'un franc par jour et le titre d'externes provisoires.

Parmi eux, un original, à idées socialistes, qui, désireux d'aller au peuple, s'était fait embaucher comme typographe et menait de front, non sans peine, cette profession et ses études ; — un jeune fastueux, avec paletot bordé de fourrure, qui « faisait des affaires » comme agent de publicité et sa médecine en amateur ; — enfin, un brave homme, dont l'âge et l'aspect hirsute nous frappèrent tous : plus de 40 ans, une forêt de cheveux noirs en désordre, une barbe à l'avenant et le costume d'un pauvre. Ce doyen d'âge ne tarda pas à nous confier qu'il avait été jusqu'alors instituteur en Bretagne, mais qu'il avait toujours eu la passion d'étudier la médecine et que, quoique marié et père de famille, il avait laissé au pays femme et enfants et, grâce à quelques économies, était venu à Paris afin de se faire recevoir officier de santé, n'étant pas bachelier.

Ce vieux Jeune nous intéressa, mais nous ne tardâmes pas à constater qu'il était aussi maladroit qu'ignorant et ne pouvait ni examiner, ni interroger un malade sans se disputer avec lui. Comme il avait une belle écriture, le chef décida de lui confier la tenue du cahier de visite, ce dont le brave garçon était aussi satisfait que fier, parce qu'il voyait là une bonne occasion d'étudier la thérapeutique et l'art de formuler. A vrai dire, les formules étaient simples : J. D. — Pot. E. Q. Q. P. — de Todd et plus rarement quelques pilules. La plupart de nos clients étaient des phtisiques ; parmi eux quelques chroniques.

Un jour, une polyurie insipide prêta à un intéressant diagnostic et le chef jugea devoir, comme traitement, essayer la belladone à doses progressives ; il prescrivit le premier jour : extrait de belladone deux centigrammes dans une potion gommeuse.

A la fin de la visite, il signa le cahier, où les prescriptions, quoique peu variées, étaient nombreuses, il y avait une centaine de malades dans le service et le chef était excusable de ne pas vérifier l'exactitude de toutes les prescriptions la plupart sans toxicité et presque interchangeables.

Nous finissions de déjeuner quand la religieuse chargée de tenir la pharmacie (c'était avant la laïcisation) vint à la salle de garde pour s'excuser de n'avoir pas exécuté une des prescriptions exactement, parce qu'il y avait eu erreur manifeste ; l'externe avait écrit : extrait de belladone, 2 grammes. Comme je sursautais, elle s'empressa, pour me rassurer, d'ajouter : « J'ai mis seulement vingt centigrammes dans la potion. » — « Mais, ma sœur, c'est encore trop. Le chef avait prescrit deux centigrammes. » Je me rendis aussitôt dans la salle où se trouvait le polyurique.

(Voir la suite p. 1841).

Le traitement des rétrécissements de l'urètre,

Par

M. le Dr F. CATHELIN,

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL D'UROLOGIE,
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

Le rétrécissement de l'urètre constitue une des affections les plus ingrates de la chirurgie urinaire (1).

C'est le plus souvent une complication de la blennorragie contractée quelquefois dix à trente ans auparavant, tant est tenace le développement « souterrain » de cette affection essentiellement sténosante et dont le point de départ est dû à des nids microbiens plus ou moins enkystés. C'est une des meilleures démonstrations du microbisme latent.

Beaucoup de malades s'imaginent — et ne le cachent pas, — que ces « *angusties* » comme disaient les anciens sont dues à une faute de thérapeutique de l'époque aiguë ou chronique de leur affection. Ils incriminent presque tous ou les grands lavages permanganatés à la Janet ou les instillations nitratées qui constituent encore — malgré les vaccins, — la base d'un bon traitement de la gonococcie. C'est là une profonde erreur et il importe de le leur prouver en leur montrant le rôle des microbes dans un conduit étroit naturellement et que la moindre bague scléreuse suffit à boucher. Il est toutefois certain que le développement de ces sténoses est plus fréquent chez les mal soignés d'où la nécessité d'une éducation spéciale chez les jeunes gens, candidats à cette infection.

***

La symptomatologie *subjective* des rétrécissements n'a que peu de valeur car les mêmes signes fonctionnels s'observent dans des affections où le canal n'est pas en cause et rien ne vaut le *toucher*, c'est-à-dire le doigt prolongé, c'est-à-dire l'exploration directe, c'est-à-dire la sonde à boule ou sans boule, à extrémité olivaire ou pointue qui passera ou ne passera pas, en exceptant bien entendu les spasmes transitoires de la région bulbo-membrano-périnéale ou des contractions purement nerveuses mais qu'une attente prudente arrive quelquefois à franchir. Il suffit alors de laisser l'explorateur au contact du point qui arrête et de faire respirer largement le malade : en attendant quelques secondes ou quelques minutes, on ne tardera pas alors à passer.

Cette exploration est supérieure aux signes secondaires comme la difficulté d'uriner ou son attente, le jet filiforme ou déformé, en lame de sabre ou en pomme d'arrosoir, même avec perte de la trajectoire. Le fait de « pisser sur ses bottes » n'est pas un signe évident de sténose, ni les gouttes retardataires, ni l'évacuation incomplète du réservoir, ni même l'infection.

L'incontinence jointe à une odeur ammoniacale des urines permet cependant de soupçonner une sténose.

Un des faits les plus curieux de l'histoire des rétrécissements est l'impossibilité ou nous sommes de passer avec une sonde ordinaire alors que le malade prétend uriner très bien.

C'est donc à nous de montrer aux malades que la nature est plus habile que nous et que l'urine, avec un bon piston vésical peut trouver sa route alors que nous nous égarons.

Cela tient à des déviations du canal, à des rétrécissements plus ou moins excentrés, à des rétrécissements hélicoïdaux ou en vrille que nous avons les plus grandes peines à franchir. Il est d'ailleurs certain que nous voyons moins de rétrécissements aujourd'hui qu'autrefois ce qui tient à une meilleure éducation des malades et à l'observance des règles ignorées autrefois du public.

***

L'aspect morphologique des rétrécissements est très variable et à chacun d'eux correspond une variété de sondes qui permet de franchir la sténose dans presque tous les cas.

Il y a des rétrécissements *centrés* où passe la filiforme droite ; des rétrécissements *excentrés* où passe la filiforme en forme de baïonnette, des rétrécissements *hélicoïdaux* ou en spire où passe la filiforme tortillée des rétrécissements *larges* ou en tunnel où passe la bougie pleine ; des rétrécissements *valvulaires* ou en nid de pigeon, des rétrécissements superposés que révèle l'explorateur à boule de Guyon et des rétrécissements juxtaposés qui donnent la sensation d'une *râpe*.

Je laisse de côté les prétendus rétrécissements tuberculeux de l'urètre profond qui ne sont en réalité que des *déformations du canal*.

De même qu'une tuberculose prostatique présente sur sa face rectale des noyaux indurés en plus ou moins grand nombre, de même on peut rencontrer les mêmes noyaux au niveau de la face urétrale inférieure, faisant croire à une sténose qui n'existe pas en réalité.

En réalité, le problème se complique quand on a affaire à une tuberculose génitale qui a contracté autrefois la blennorragie.

Comme toujours dans ces sortes de mariages, le départ est difficile à faire entre ce qui revient à l'une ou à l'autre affection et c'est là, comme toujours, où intervient ce « flair d'artilleur » qui est la marque du doigté clinique, supérieur à tout et qu'on n'acquiert qu'après une longue expérience.

***

Enfin il nous faut encore dire un mot des *formes compliquées* des rétrécissements.

(1) Dr F. CATHELIN. — Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire. 1 vol., 550 pages et 201 figures, 2e édition, chez Baillière).

Elles existent à côté des formes classiques mais heureusement on les voit de moins en moins.

Ce sont les formes avec *infiltration périphérique* siégeant surtout *au périnée.*

On sent un canal dur, une périuréthrite intense gagnant de proche en proche les tissus voisins du périnée et formant là un gros noyau induré, véritable *périnite scléreuse* avec ou sans fistule unique ou multiple, par où l'urine peut s'écouler au moment des mictions, irritant la peau qui rougit et donnant au périnée le plus vilain aspect.

Ce sont ces formes avec abcès ou infiltration qui commandent, comme nous le verrons plus loin, une thérapeutique spéciale.

***

Le *traitement* des rétrécissements de l'urètre est multiple Il varie avec les divers cas cliniques ce qui oblige à sérier les cas pour mieux les traiter.

1° Le traitement le plus simple consiste à *dilater* le canal avec des *bougies molles et pleines* qu'on passe deux ou trois fois par semaine, à raison de trois numéros chaque fois et graduellement croissants. On peut, dans les cas faciles, sauter plusieurs numéros et cette dilatation progressive donne le plus souvent d'excellents résultats.

On conseille au malade de faire une *vérification annuelle* ou bisanuelle du canal afin de voir s'il a gardé son calibre normal et afin de le dilater à nouveau pour lui faire récupérer les numéros perdus.

Avec des bougies bien stérilisées aux vapeurs de formol ou bouillies, bien huilées, on passe en général sans difficultés, surtout si on a eu soin de soulever le bassin du malade avec un coussin glissé sous les fesses et de bien contracter la verge (verge au plafond).

2° Dans d'autres cas, où la sténose est plus ingrate ou chez certains canaux difficiles au passage des bougies, il faut recourir aux *béniqués* seuls ou munis de la filiforme armée. Cette dernière sert de conducteur et il est certain qu'on peut franchir ainsi les obstacles les plus ingrats.

On passera de même trois numéros à chaque séance, deux fois par semaine et légèrement croissants en s'assurant bien que le pas de vis de l'extrémité du béniqué est bien adapté au pas de vis jumeau de la bougie conductrice.

Si par malheur, ce pas de vis venait à se desserrer au retour du passage ou si la filiforme venait à se casser audessus de l'armature métallique, ce ne serait qu'un petit accident, sans importance.

Immédiatement ou dans une séance ultérieure on introduirait dans la vessie un lithotriteur à mors plats qui permettrait de ramener rapidement et sans douleur cet indésirable.

Dans le cas de canal dur et saignant, mieux vaut espacer les séances.

La technique du passage des béniqués doit être rappelée : dans un premier temps, l'instrument dont l'extrémité est solidement tenue par la main droite entre dans le méat et a une direction parallèle à l'arcade crurale, la verge inclinée de ce côté ; dans un deuxième temps, on ramène le béniqué qui progresse dans le canal de façon à ce qu'il devienne médian, parallèle à la paroi abdominale et bien sur la ligne axiale ; dans un troisième temps et tout en progressant pour faire engager le bec sous le pubis, l'instrument devient alors perpendiculaire à la paroi : dans un quatrième temps enfin, on l'abaisse, le bec entre dans la vessie et l'instrument est alors horizontal, entre les deux cuisses. Quand on a une certaine expérience, ces quatre temps ainsi décomposés sont à peine visibles car l'introduction se fait rapidement.

Je les ai d'ailleurs fait représenter aux pages 529 et 530 de mes *Conférences cliniques* (1) et j'ai eu le plaisir de voir reproduire ces figures un peu partout depuis 20 ans. J'éprouve seulement le regret de n'avoir jamais vu mentionné le nom de l'auteur qui le premier les a dessinées ce que je ne puis mettre que sur le compte d'un manque de loyauté de ceux qui se sont rendus coupables de ce pêché véniel, tant est encore éloigné de leur esprit la question de la propriété scientifique.

La dilatation avec les instruments articulés, dits de Kollman, est surtout employée dans les pays anglo-saxons mais non chez les Latins qui restent avec raison fidèles aux béniqués.

3° Il est des cas où l'on ne peut passer une sonde même petite et de ce fait la dilatation se trouve entravée. Que faire ? Il faut alors chercher à passer une simple filiforme ce qui même peut être rendu difficile.

On utilise alors la méthode du *cathétérisme en faisceaux,* consistant à introduire dans le canal *plusieurs* filiformes jusqu'à la sténose.

On bouche alors à peu près tout le diaphragme sténosé et il arrive alors que la troisième ou quatrième filiforme passe.

On retire les autres et on *laisse à demeure* pour 24 à 48 heures celle qu'on aura pu avoir tant de mal à placer.

A ce moment, le canal s'est assoupli à ce point qu'il permet de poursuivre une dilatation normale.

4° Dans les formes à canal dur dans sa totalité, — ce que j'ai appelé le *canal en bois* — et où l'on sent la perte d'élasticité des parois sur tout ou partie du canal, il faut un artifice particulier pour arriver *à agrandir* ce conduit, ce qui peut être nécessaire avant une lithotritie où l'on sera obligé de passer des instruments gros, longs et coudés.

On fera mettre le malade au lit et on placera *à demeure* une sonde-béquille du numéro qui passe. On la laisse dans le canal et tous les deux à trois jours, on la remplace par une sonde d'un calibre supérieur.

On arrive alors à monter d'un 12 au 25 dans l'espace d'une dizaine de jours, ce qui peut être très utile.

5° On a conseillé également dans les cas les plus rebelles les procédés électriques, l'*électrolyse linéaire ou circulaire,* avec ou sans le contrôle de l'urétroscopie.

C'est une assez bonne méthode, mais elle exige des appareils plus ou moins compliqués, une éducation plus complète et enfin n'est pas exempte de tout danger, même quand elle est suivie de sonde à demeure.

Nous ne la conseillons donc que dans des cas spéciaux. L'électrolyse linéaire a été inventée par Tripier et perfectionnée par Fort. L'électrolyse circulaire a été imaginée par Wertheimer, comme on le trouve signalé, dans un mémoire de Leroy d'Etiolles datant du 24 juin 1851 relatant l'histoire d'un malade de la salle St-Jean de l'Hôtel-Dieu de Paris.

6° L'idéal du traitement chirurgical des sténoses, indilatables ou même infranchissables c'est *l'urétrotomie interne* avec l'instrument de Maisonneuve, cette petite merveille de mécanique qu'il mit dix ans à mettre au point; mais pour faire rendre à cette petite opération son maximum d'effet, il faut faire non pas une seule incision sur la paroi supérieure, comme le faisaient Maisonneuve et Guyon et son école, mais des *sections multiples*, ce qu'on

(1) *Loc. cit.*

peut faire avec le même instrument qu'on tourne successivement à 35° à droite et à gauche.

Il s'agit là d'une méthode que j'ai publiée il y a plus de 20 ans, qui a été expérimentée par d'autres avec un plein succès, entre autres par notre collègue Lebreton, et qui me donne toute satisfaction.

Point n'est donc besoin d'inventer de nouveaux appareils permettant de faire la section d'arrière en avant, comme ceux d'Albarran ou de Bazy et qui sont insuffisants, du fait que, pour bien fonctionner, ils doivent d'abord franchir la sténose.

Avec le Maisonneuve au contraire et en adoptant notre méthode, aucun rétrécissement n'est au-dessus de l'art.

C'est le procédé chirurgical simple par excellence. Il donne pour l'avenir une sécurité à laquelle aucune autre méthode ne peut prétendre. L'essentiel est de bien faire remarquer aux malades qu'ils doivent se faire régulièrement dilater 8 à 10 jours après l'opération, sous peine de perdre le bénéfice de l'urétrotomie.

C'est une opération qui, bien conduite, ne donne aucune mortalité même quand elle se fait d'urgence avec menace d'infiltration périnéale. Guyon la conseillait même d'urgence au cours d'abcès urineux toxémiques qu'il ouvrait.

7° Il ne nous reste plus à parler que des cas de *rétrécissements compliqués* avec périnite, allant du simple noyau cicatriciel périuréthral au « terrier de lapin » avec masses scléreuses plus ou moins diffuses.

On a conseillé successivement et suivant les cas :

a. Le passage de béniqués tranchants.

b. La libération externe ou périnéotomie.

c. L'urétrotomie externe avec urétrectomie partielle et urétrorraphie circulaire ou avec urétrostomie périnéale d'attente suivie quelques mois plus tard d'*opérations plastiques* à lambeaux qui en général donnent de bons résultats (1).

Toutes ces interventions demandent d'ailleurs de la part du chirurgien beaucoup de perspicacité et de doigté pour être menées à bien.

***

En résumé, le rétrécissement de l'urètre constitue une des affections les plus rebelles de la pratique urinaire, car il s'attaque à un canal étroit où la moindre stricture amène des désordres et où les *fausses routes* peuvent être suivies d'accidents graves.

De plus ce n'est pas une affection d'ordre purement local. L'infection bien qu'urétrale est aux portes de la vessie et des reins comme le prouvent ces *cystites ammoniacales* si pénibles et ces *pyélites ascendantes* qui frappent pour longtemps les reins de nos malades.

Elle a donc une importance d'ordre social considérable et ses méfaits valent certainement ceux de la syphilis.

Sans trop compter sur ces substances chimiques, fibrolysines ou autres qui agissent plus ou moins sur ces tissus sclérosés, il faut se dire que nous sommes merveilleusement armés pour y parer, avec ou sans opération, et que, grâce aux nombreux travaux de nos grands ancêtres, surtout de Béniqué, d'Otis, de Reybard et de Maisonneuve, nous sommes en mesure de les traiter aujourd'hui avec d'autant plus de nécessité que suivant le proverbe ancien mais toujours jeune : « il faut pisser ou mourir ».

Sur l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol,

Par

G. COTTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol a fait dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux. En France, en dehors des recherches que j'ai poursuivies, seul ou avec la collaboration de Pierre Bertrand, de F. J. Martin, il faut, retenir surtout les études de Pierre Mocquot, de Grégoire-de Proust et de Claude Béclère. En même temps, à l'étranger, l'hystérographie a fait l'objet de mémoires fort nombreux. Il suffit de parcourir les principales revues de gynécologie du monde entier pour voir la faveur avec laquelle ce nouveau mode d'exploration de l'appareil génital de la femme a été accueilli un peu partout et l'utilisation qui en a été faite aussitôt. Au dernier *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française* (Lyon 1927), (dans son rapport sur la stérilité d'origine tubaire), Douay, qui jusque-là s'était surtout montré partisan de l'insufflation tubaire, a reconnu ses avantages, et les auteurs qui prirent part ensuite à la discussion de son rapport furent unanimes à souligner la précision qu'elle apporte dans le diagnostic étiologique de la stérilité féminine. Malgré cela cependant, l'exploration radiologique de l'utérus n'a pas été sans rencontrer certaines résistances de la part de beaucoup de médecins et, chose curieuse, ce sont ceux surtout qui ne l'ont jamais utilisée qui hésitent le moins à affirmer que c'est une méthode dangereuse et qu'il ne faut pas l'employer. J'ai vu souvent, moi-même, des femmes stériles qu'on avait précieusement mis en garde contre les dangers de la radiographie utérine et devant le « veto absolu » qu'un autre médecin consulté avait prononcé, elles hésitaient à se faire examiner. Mais, comme toutes acceptaient qu'on leur fit de la dilatation utérine je n'eus jamais beaucoup de peine à leur démontrer que l'injection prudente de lipiodol n'était pas plus dangereuse, et toujours l'examen radiologique s'est fait sans accident.

(1) Cette méthode s'applique également au rétrécissement dit traumatique de l'urètre, résultant d'une rupture accidentelle du conduit, caractérisée par de l'urétrorragie, une rétention réflexe et une collection périnéale d'abord sanguine, puis uro-purulente.

Au reste, aujourd'hui, cette question des accidents provoqués par l'injection intra-utérine de lipiodol a été discutée en pleine lumière. A la *Société de chirurgie de Paris*, Pierre Duval en a signalé récemment les dangers, mais l'examen attentif des faits mêmes que cet auteur avait retenus contre la méthode montre que dans aucun cas le lipiodol n'était en cause. Dans un certain nombre de cas, il s'agissait d'insufflation d'air ou d'oxygène et non d'exploration radiologique ; dans les autres, le produit utilisé pour faire cette exploration avait des propriétés caustiques et c'est à cela qu'il faut imputer les accidents observés.

Personnellement depuis le mois de février 1925, sur près de 200 examens, je n'ai observé aucun accident. Une de mes malades est morte six jours après l'exploration ; mais la clinique et l'autopsie faite par mon collègue et ami, le Dr J. Chalier, dans le service duquel cette malade fut envoyée dès les premiers accidents cérébraux montrèrent qu'il s'agissait d'une encéphalite léthargique. Le lipiodol ne peut donc être rendu responsable et cela d'autant moins qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une grossesse méconnue dans un utérus polyfibromateux donnant lieu à des métrorragies continuelles. L'injection n'avait pas dépassé le segment inférieur, et à l'autopsie l'œuf était intact (1). Quant à la possibilité d'accidents infectieux consécutifs, je n'en ai jamais observé, même dans les cas où il y avait eu des poussées d'annexite antérieure. Dans des annexites aiguës gonococciques graves même, à cinq ou six reprises différentes, j'ai essayé d'injecter prudemment du lipiodol à l'intérieur des trompes dans un but thérapeutique sans noter le moindre trouble consécutif. Enfin les constatations opératoires que j'ai été amené à faire en opérant les malades, soit une à deux heures après l'exploration, soit au contraire deux, trois ou plusieurs jours après cet examen, ne m'ont jamais permis de constater au niveau du péritoine pelvien la moindre trace d'inflammation. Ceci confirme donc tout à fait ce que l'on sait de la parfaite tolérance du lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens, les séreuses, les bronches, les canaux biliaires, etc. L'examen histologique confirme d'ailleurs, complètement ces données. A différentes reprises, nous avons examiné, avec F.-J. Martin, des trompes qui avaient été injectées au lipiodol. Lorsque celles-ci étaient ouvertes et que l'huile iodée n'avait pas séjourné dans leur cavité nous n'avons jamais trouvé aucune altération des parois qui puisse être imputable à cet examen (2).

Malgré une statistique aussi heureuse, puisque je n'ai jamais observé d'accidents, je me garderai bien d'affirmer cependant, comme on le fait trop facilement, que la méthode n'offre aucun danger. Jusqu'à ce jour nous ne connaissons aucun cas de mort à la suite d'injection intra-utérine de lipiodol, mais nous savons tous que le fait d'introduire dans l'utérus le moindre instrument peut suffire parfois à provoquer des phénomènes réflexes graves, voire même des syncopes mortelles. On en a signalé avec la simple hystérométrie, surtout lorsqu'on s'est servi de l'hystéromètre pour redresser une rétroversion. On en a eu au cours de dilatations utérines avec des bougies d'Hégar ou après des instillations intra-utérines de substances caustiques. Mais de même que l'existence de tels accidents ne nous empêche ni de nous servir de l'hystéromètre, ni de dilater le col lorsqu'il est nécessaire de le faire, de même pour la radiologie utérine, la possibilité d'accidents qui restent, d'ailleurs, à démontrer avec l'emploi du lipiodol, ne doivent pas faire rejeter systématiquement une méthode qui, au triple point de vue physiologique, clinique et thérapeutique, est susceptible de nous fournir des renseignements excessivement intéressants.

Au point de vue physiologique d'abord, il est bien certain que la radioscopie de l'utérus et des trompes ou des radiographies prises en série offrent un moyen d'étudier les contractions de l'utérus et des trompes bien supérieur à tout autre et qui permettra peut-être de préciser davantage le mécanisme de la migration de l'œuf fécondé. S'il est facile, en effet, de comprendre l'ascension des spermatozoïdes allant à la rencontre de l'ovule puisqu'ils sont animés de mouvements, nous sommes bien plus ignorants sur la migration de l'œuf fécondé. Celle-ci est-elle due seulement aux mouvements vibratoires de l'épithélium cilié vibratile de la trompe ou bien le péristaltisme tubaire intervient-il ? Il faut avouer que jusqu'à ce jour les mouvements péristaltiques de la trompe ont été assez peu étudiés. Longtemps discutés, parce qu'on ne les observe généralement pas au cours d'une laparotomie, ils sont cependant indiscutables. Chez l'animal, ils ont été étudiés par Corner, Seckinger et Snyder qui ont montré leurs rapports avec l'activité ovarienne. Chez la femme, ils ont été signalés par Rubin au moyen de l'insufflation et de la radiologie, mais ils sont d'autant plus difficiles à mettre en évidence qu'ils sont lents et peu nombreux. A l'état pathologique, les trompes sont souvent paralysées, d'où leur suppression complète. Il semble en tout cas qu'ils soient indépendants des contractions du sphincter décrit par Schneider et par Eisler au niveau de l'*ostium uterinum* et que j'ai retrouvé moi-même (1) sur plusieurs clichés. On a pu les constater, en effet, sur les autres portions de la trompe et en particulier au niveau de l'*ostium abdominale*. Dans deux cas récents où les conditions d'examen étaient particulièrement favorables, Cahen (2) et Paquet ont vu nettement les trompes se contracter avec un rythme de neuf contractions par minute pendant l'intermenstruum et de quatre à cinq seulement dans le prémenstruum, ce qui confirme en tous points les constatations faites chez les autres mammifères.

Du côté de l'utérus, la contractilité musculaire n'a guère été étudiée jusqu'ici que par les accoucheurs ; mais, en dehors du travail, nous ignorons complétement les réactions que le muscle utérin peut présenter au cours du cycle menstruel. Dans deux communications récentes à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Gosset, Ledoux-Lebard et Cl. Béclère, d'un côté, P. Petit-Dutaillis et Sorel, d'autre part, ont abordé l'étude de ce problème qui avait été déjà envisagé par Schultze ; moi-même, au cours des nombreux examens que j'ai faits sous l'écran, j'ai pu me rendre compte des phénomènes suivants. Lorsqu'on injecte du lipiodol dans l'utérus avec une sonde dont le bec reste à l'intérieur du canal cervical, on voit que le lipiodol se collecte d'abord dans le fond de la cavité utérine ; puis les cornes apparaissent. Au fur et à mesure que l'injection progresse les contours de la cavité du corps se dessinent de mieux en mieux sans que le col soit encore visible ; il semble qu'un spasme au niveau de l'isthme rende celui-ci infranchissable. Ce n'est généralement que lorsque la cavité du corps est pleine que celle du col apparaît. Pour arriver à ce résul-

(1) Voir le cliché se rapportant à ce cas, dans l'article que j'ai consacré avec Pierre Bertrand à l'Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. (*Gynécologie et Obstétrique*, XIV, 2 août 1926, fig. 16.)

(2) G. Cotte et F.-J. Martin. — Que devient le lipiodol injecté dans les trompes. (*Gynécologie et Obstétrique*, XVI, n° 4, 1927.)

(1) G. Cotte. — *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. (Paris 1928, Masson, édit., p. 257.)

(2) Cahen. — Les modifications de la trompe utérine chez la femme et leur déterminisme. (*Arch. intern. de médic. expérim.*, IV, 1, 1928.)

lat la quantité de lipiodol nécessaire est, d'ailleurs excessivement variable, ce qui tient non seulement à la capacité anatomique de l'utérus mais aussi à sa capacité physiologique. Comme pour la vessie dont on cherche à mesurer la capacité, on voit en effet qu'il y a des utérus hyperkynétiques qui se laissent à peine distendre et d'autres, au contraire, dont la musculature lâche, atonique réagit à peine à la distension. Quant au remplissage de la trompe, il est plus ou moins précoce suivant les cas, et la pression nécessitée pour le passage du lipiodol à travers l'ostium uterinum varie souvent beaucoup d'un sujet à l'autre sans que nous puissions dire encore si ce facteur intervient dans la pathogénie de certains troubles fonctionnels : dysménorrhée, stérilité, etc. Dans quelques cas même on voit le lipiodol passer dans la trompe et le péritoine avant même que l'utérus soit complètement distendu, ce qui montre le rôle des contractions utérines dans le remplissage de la trompe.

Dans son étude sur l'image radiographique de la trompe, Schultze (1), a prétendu que la pression sous laquelle on fait l'injection n'a aucune importance, que celle-ci s'épuise sur les parois utérines et que le passage du lipiodol dans la trompe est dû non à la pression employée mais aux contractions utérines elles-mêmes. D'après lui, il faudrait, pour forcer le passage de la trompe, des pressions impossibles à atteindre sur le vivant ; mais je ne partage pas cette opinion et la meilleure preuve qu'il n'en est pas toujours ainsi, c'est que j'ai observé des cas de rupture interstitielle de la trompe dues à un excès de pression. Au dernier Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française (Lyon, 1927) j'ai rapporté avec F.-J. Martin quatre observations de ce genre qui ont toutes été recueillies au moment où je faisais l'injection de lipiodol sans contrôle manométrique, ce qui suffit à démontrer l'utilité de mesurer la pression au cours de l'examen.

Il est difficile de préjuger à l'heure actuelle l'importance que ces données physiologiques auront dans la suite. Il est possible que l'étude du péristaltisme tubaire ou utérin ou bien que les données relatives à la quantité ou à la pression nécessaires pour que les trompes soient injectées modifient les conceptions que nous nous faisons encore de certains troubles fonctionnels et nous conduisent à des solutions thérapeutiques autres que celles que nous utilisons actuellement. Il n'est pas douteux, en tout cas, que l'exploration radiologique n'ait ici les mêmes avantages que dans l'exploration du tube digestif et qu'elle constitue un moyen d'étude excellent pour analyser le jeu des contractions utérines ou tubaires à l'état normal et pathologique.

Au point de vue clinique, les renseignements que peut apporter l'exploration radiologique de l'utérus ne sont pas moins grands, mais je crois qu'il ne faut pas en exagérer l'importance. Pendant plus de 18 mois, j'ai radiographié la plupart des malades de mon service justiciables d'une intervention gynécologique, de façon à vérifier *de visu*, au cours de l'opération qui suivait les images obtenues sous l'écran et je pourrais publier actuellement un atlas de radiologie utérine reproduisant tous les types de déformation de l'utérus. Il suffirait donc de choisir les clichés et de les opposer de façon convenable pour montrer qu'à des types de lésions différentes correspondent des images différentes ; mais ce serait, je crois, induire les médecins en erreur que de leur mettre ainsi sous les yeux la gynécologie en images et de leur laisser croire que la radiographie pourra solutionner tous les cas difficiles.

Dans les tumeurs pelviennes, où il n'est pas toujours possible de situer exactement l'utérus ou de préciser le point de départ de la tumeur, il n'est pas douteux que la radiographie pourrait apporter le plus souvent la solution du problème. En fait, il n'est pas un gynécologue qui croyant intervenir pour un fibrome ait trouvé un jour, au cours de l'intervention, un kyste du ligament large, une tumeur de l'ovaire, une annexite chronique ou un hématosalpinx. La radiographie permettrait certainement d'éviter souvent de telles erreurs ; mais si la lésion ou les troubles qu'elle engendre sont justiciables de l'intervention, cet examen préalable perd certainement beaucoup de son intérêt. En cours de route on est toujours à temps de rétablir le diagnostic et de faire l'intervention adéquate au mal. Je crois, par contre, que si la malade devait être soumise à la radiothérapie il serait bon, toutes les fois qu'on a un doute sur la nature de la tumeur, de préciser le diagnostic avant de commencer le traitement de façon à éviter des séances d'irradiation qui peuvent être inutiles ou dangereuses. De même, dans le cas de ces gros abdomens distendus à l'excès par un épanchement liquide où l'on ne peut arriver à déterminer s'il s'agit d'une ascite ou d'un kyste de l'ovaire, la radiographie après injection intra-utérine de lipiodol est souvent très utile. Dans le cas de kyste, en effet, l'utérus est souvent dévié, et la trompe allongée, étirée en quelque sorte par la tumeur, se prolonge parfois bien au-delà du champ de la plaque tandis que, dans l'ascite, l'utérus est généralement en place ; le lipiodol passant à travers la trompe libre tombe dans la cavité péritonéale et forme dans le pelvis des taches sombres irrégulières.

Dans les métrorragies, je ne crois pas non plus que l'exploration radiologique soit d'une très grande utilité pour le diagnostic différentiel des lésions. J'ai publié dans mon livre sur les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (1) des clichés ayant trait à différents types de lésions, mais j'ai également dans ma collection une série de clichés dans lesquels de petits myomes intra-cavitaires développés sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus ont passé inaperçus à l'écran. D'autre part, ce n'est pas la radiographie qui permettra de dépister un cancer du corps au début, surtout si la lésion respecte les bords de l'organe. Aussi bien à ce point de vue l'examen radiographique ne peut remplacer l'exploration digitale intra-utérine après dilatation et l'examen histologique de fragments de muqueuse ramenés à la curette.

J'ai insisté ailleurs sur les renseignements parfois très utiles que l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes peut donner chez des malades atteintes de dysménorrhée ou d'aménorrhée. De même, chez certaines femmes atteintes de fausses couches à répétition, la radiographie a montré parfois l'existence de malfaçons utérines qui avaient échappé à l'examen clinique. Mais il est certain que c'est *dans l'étude de la stérilité chez la femme que la radiographie tubo-utérine présente le plus d'avantages.* Non seulement elle nous permet, en effet, de préciser la part de l'utérus et celle des trompes dans l'étiologie de la stérilité mais elle montre encore le siège des lésions. A ce point de vue, je dirai donc qu'en présence d'un cas déterminé où la responsabilité du mari peut être mise hors de cause et où la stérilité ne semble

(1) SCHULTZE. — Die Darstellung der Eileiter im Rörtgenbild. (*Zent. f. Gyn.*, 1928, n° 12, p. 736.)

(1) G. COTTE et P. BERTRAND. — Sur l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes en cas de stérilité ou de dysménorrhée. (*Lyon médical*, 25 avril 1926.)

être sous la dépendance ni d'une insuffisance ovarienne, ni d'une lésion utérine évidente, avant de faire empiriquement de la dilatation utérine comme on le fait généralement, il faut d'abord rechercher la perméabilité tubaire. Je sais bien que dans certaines stérilités primitives il a suffi parfois de passer quelques bougies d'Hégar pour voir une stérilité rebelle cesser brusquement ; mais à côté



Fig. 1. — Exploration radiologique de l'appareil génital. Aspect normal de l'utérus et des trompes. Remarquer que la cavité cervicale ne renferme pas de lipiodol alors que les trompes sont déjà injectées et qu'il y a déjà du lipiodol dans le péritoine.

de ces faits heureux, je pourrais citer le cas de nombreuses femmes chez qui on a fait maintes dilatations ou qui ont subi même une stomatoplastie alors que les trompes étaient fermées. Il est bien évident qu'elles auraient pu

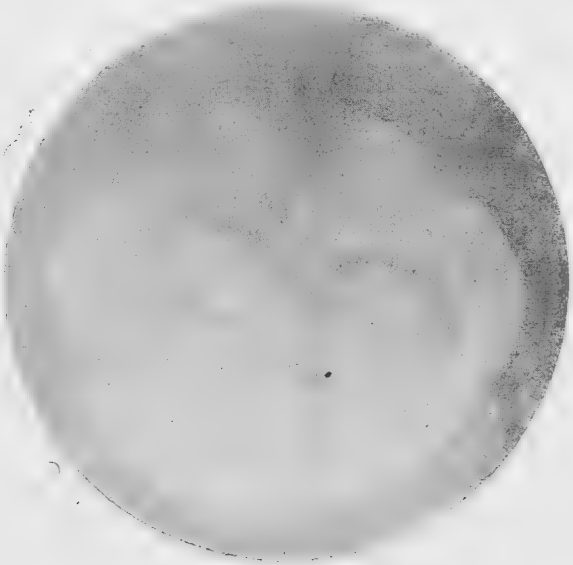


Fig. 2. — Quelques heures après l'injection, l'utérus et les trompes se sont vidés. Le lipiodol brassé par les anses intestinales a diffusé dans le pelvis.

prolonger longtemps encore ce traitement sans avoir un meilleur résultat. Actuellement, j'estime que la technique de l'exploration radiologique de l'utérus est assez bien établie et assez sûre pour qu'on y ait recours sans arrière-pensée ; là est son indication majeure.

Dans les stérilités secondaires à une poussée de salpingite ancienne, l'exploration radiographique de l'utérus et des trompes n'est pas moins indispensable puisque seule elle peut nous mettre sur la voie d'une thérapeutique efficace.

Au point de vue thérapeutique, en effet, indépendamment des cas où l'injection intra-utérine de lipiodol a suffi à elle seule à débloquer les trompes et à permettre la conception, il n'est pas douteux que la radiographie de l'ap-



Fig. 3. — Stérilité d'origine tubaire. Trompes fermées. La portion ampullaire distendue présente des blocs compacts de lipiodol. A droite il est difficile de savoir si la trompe est perméable.

pareil génital n'ait une grande utilité. En précisant le siège de l'oblitération tubaire, elle permet de faire suivant les cas, soit une libération simple du pavillon, soit une salpingostomie, soit une implantation tubo-utérine, voire même une implantation de l'ovaire dans l'utérus. Mais

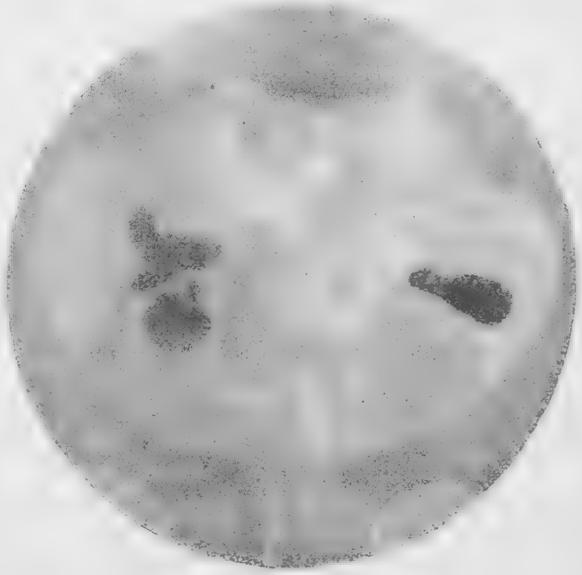
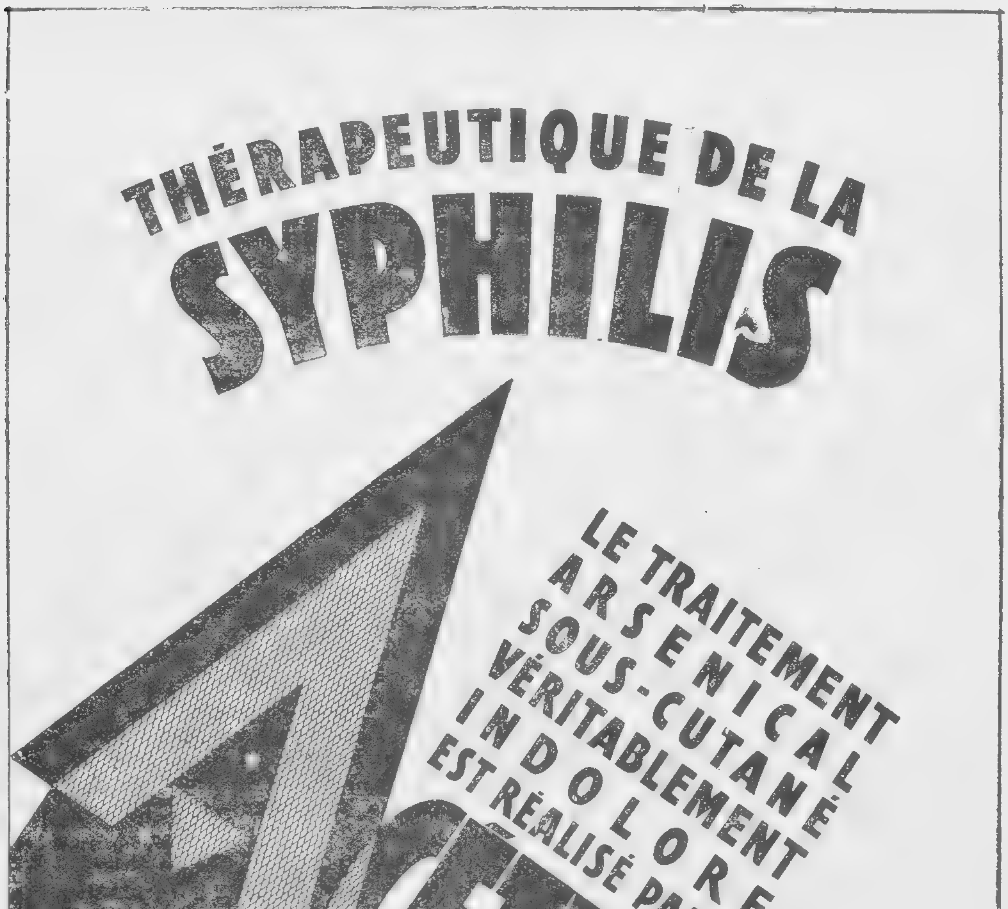


Fig. 4. — Douze heures après l'injection, l'utérus s'est vidé, mais l'examen révèle que les trompes renferment encore du lipiodol ce qui prouve leur imperméabilité au niveau du pavillon. Dans ce cas, il y avait un double hydrosalpinx et six jours après, avant l'intervention, la radiographie montra qu'il y avait encore du lipiodol dans l'ampoule tubaire.

il y a plus encore et je crois qu'avec le temps nous arriverons à d'autres précisions. Lorsqu'on étudie, en effet, le résultat des salpingostomies on ne peut moins faire que d'être frappé par leur échec trop fréquent et on en arrive même à se demander si les 5 à 10 p. 100 de succès


THÉRAPEUTIQUE DE LA
SYPHILIS
LE TRAITEMENT
ARSENICAL
SOUS-CUTANÉ
VÉRITABLEMENT
INDOLORE
EST RÉALISÉ PAR L'
ACÉTYLARSAN
COMPOSÉ ACTIF & SÛR
LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON. PARIS 8e

obtenus valent bien toute la peine qu'on se donne. Je veux bien qu'il y ait à cela plusieurs raisons, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne l'oblitération secondaire de la stomie ; mais en dehors de cela, il est possible que les altérations de la muqueuse ou de la paroi tubaire aient une part de responsabilité. A ce point de vue, je me demande même si l'exploration radiologique des trompes ne pourrait nous fournir des documents intéressants. J'ai insisté dès le début de mes recherches sur la *stase tubaire* et les moyens de la mettre en évidence. Ayant été amené, pour contrôler l'imperméabilité de la trompe, à faire des examens en série, j'ai noté que certaines trompes arrivaient relativement bien à se débarrasser du lipiodol qu'elles ont reçu, tandis que dans d'autres cas, 6 à 8 jours après l'injection, l'ampoule tubaire renferme encore des blocs de lipiodol plus ou moins compacts. Peut-être y a-t-il là une explication à l'échec si fréquent de la salpingostomie. Bien que nous soyons encore très mal fixés sur la migration de l'œuf fécondé dans la trompe, il me paraît difficile d'admettre qu'une trompe fermée qui n'arrive pas à se débarrasser du lipiodol qu'elle renferme puisse jamais reprendre un fonctionnement normal. S'il y a des altérations épithéliales importantes et si par surcroît la musculeuse a perdu sa contractilité il est évident que les conditions ne sont guère favorables pour une nouvelle grossesse. Ainsi donc, au lieu de faire une bouche plus ou moins large sur l'ampoule tubaire, il serait peut-être préférable dans ce cas de réséquer toute la portion ampullaire et de faire la stomie sur la portion isthmique de la trompe. L'expérience montre que les implantations tubo-utérines dans lesquelles le pavillon de la trompe et les parois tubaires sont souvent indemnes de toute lésion donnent un pourcentage de grossesses consécutives beaucoup plus élevé que les salpingostomies les mieux faites. Il faut donc bien convenir que la perméabilité de la trompe n'est pas tout et que les altérations de la paroi ont également leur importance. Si nous pouvons arriver avant l'intervention à nous rendre compte par la radiographie de la façon dont les trompes sont encore susceptibles de fonctionner et si nous pouvons apprécier ainsi leur contractilité il est possible que le traitement des oblitérations tubaires devienne un jour beaucoup plus précis dans ses indications et beaucoup plus efficace dans ses résultats. C'est du moins dans ce sens qu'il me paraît utile de travailler dorénavant.

Pourquoi le traitement des phlébites chirurgicales par les sangsues semble-t-il donner de bons résultats ?

Par

J. DUCUING,

Professeur agrégé, Chirurgien Chef des Hôpitaux de Toulouse.

Depuis que l'attention du monde médical fut attirée sur « le traitement abortif » des phlébites chirurgicales et obstétricales par les piqûres de sangsues, il n'est pour ainsi dire pas de chirurgien qui n'ait essayé ce traitement et ne s'en soit déclaré satisfait. Comme le fait remarquer Mouzon (1), depuis que Termier (2) a publié ses premiers résultats au Congrès de chirurgie d'octobre 1922, Juillard, de Mulhouse, Gonnet, Jeannin et Josserand, Pallase, de Lyon, L. Cluet, de Lille, Hamm, Schwartz, de Strasbourg, Taillefer de Béziers ont confirmé ses résultats. Tout récemment, enfin, à la Société de chirurgie de Paris, de nombreux chirurgiens, Picot, J.-Ch. Bloch et Nicolas, J.-L. Faure, P. Mocquot, L. Sauve apportaient leurs témoignages en faveur de sa méthode.

Pour ce qui nous concerne, nous avons eu l'occasion, depuis trois ans, d'observer avec le plus grand soin, soit dans notre service à l'Hôpital de la Grave, soit à la Clinique d'accouchements, soit à la Maternité, soit en ville dans la clientèle de nos confrères, soit dans notre Clinique privée, une cinquantaine de phlébites chirurgicales ou obstétricales traitées par les piqûres de sangsues ; nous avons constaté que la plupart de ces phlébites évoluent d'une façon plus bénigne depuis l'époque où nous avons institué ce traitement.

Nous rendons hommage à Termier d'avoir par ses publications attiré de nouveau l'attention des chirurgiens sur les phlébites chirurgicales ; il est à l'origine de l'amélioration signalée depuis cinq ans dans l'évolution de ces phlébites, mais nous croyons qu'il n'existe pas de relation prouvée de cause à effet, entre les piqûres de sangsues (1) et les résultats signalés. Le but de cet article est de justifier cette affirmation.

***

Modifications constatées dans les signes et l'évolution des phlébites chirurgicales depuis le jour où le traitement par les sangsues a été préconisé. Conditions nécessaires pour que ces modifications se manifestent.

Voici les modifications que, dans notre pratique, nous avons constatées depuis que nous traitons les phlébites chirurgicales par les piqûres de sangsues, c'est-à-dire depuis trois ans.

(1) Mouzon. — *Presse médicale*, 28 mai 1927, p. 679.

(2) Termier. — Traitement abortif des phlébites chirurgicales avec lever précoce, XXXI° Congrès français de chirurgie, 7 octobre 1922. — Du traitement abortif des phlébites chirurgicales et obstétricales par l'hirudination, XXIV° Congrès français de chirurgie, 7 octobre 1925.

(1) Nous faisons remarquer dès le début de ce travail qu'il ne faut pas confondre l'hirudinisation par *piqûres de sangsues* et l'hirudinisation par *injection de produits hirudinisés* dans le système veineux. Nous ne parlons ici que de l'hirudinisation par piqûres de sangsues (traitement classique proposé par Termier).

1° MODIFICATIONS PORTANT SUR LA TEMPÉRATURE ET LE POULS. — Nous avons remarqué, depuis trois ans, que bon nombre de nos phlébites post-opératoires évoluent sans modifications appréciables de la courbe thermique et de celle du pouls.

Nous pourrions présenter plusieurs courbes très significatives à cet égard ; c'est à peine si un petit crochet (38° de température et 90 de pouls) se manifeste sur la courbe la veille ou le jour même de l'apparition d'un signe certain de phlébite.

2° MODIFICATIONS PORTANT SUR L'ŒDÈME. — Depuis le traitement des phlébites chirurgicales par les sangsues, nous voyons moins ces gros œdèmes qui transformaient les membres inférieurs en véritables sacs et qui remontaient quelquefois jusqu'au-dessus de la taille. Dans la majorité des cas, lorsque le traitement est très précoce, l'œdème reste peu volumineux et le cordon veineux, s'il existe, diminue très rapidement. Quand l'œdème apparaît, il est moins dur, moins douloureux et se résorbe plus facilement.

3° MODIFICATIONS PORTANT SUR LES TROUBLES FONCTIONNELS. — Les douleurs, les fourmillements, la rétention tardive des urines, sont moins marqués et plus rares ; les douleurs, en particulier, disparaissent rapidement dès le début du traitement.

4° MODIFICATIONS PORTANT SUR LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DES EMBOLIES. — Nous avons constaté des points de côté et des pneumopathies post-opératoires de nature certainement embolique, mais depuis un an et demi, nous n'avons pas eu de mort subite chez nos opérés. Il s'agit peut être d'une série heureuse, mais le fait mérite d'être signalé, car, nous n'avions pas eu depuis plusieurs années, la satisfaction de faire cette constatation pendant un temps aussi long.

5° MODIFICATIONS PORTANT SUR LA DURÉE DE LA PHLÉBITE. — Par l'apparition plus rare et la disparition plus rapide de l'œdème, par l'absence de fièvre ou par sa chute plus rapide, par la diminution des complications pulmonaires, le traitement de Termier semble avoir abrégé considérablement la durée de l'évolution des phlébites.

Telles sont, fidèlement exposées, les modifications heureuses constatées depuis l'époque où nous avons eu recours aux piqûres de sangsues dans le traitement des phlébites chirurgicales.

Les améliorations précédentes étant reconnues, il faut maintenant faire remarquer que d'une façon absolument constante, les résultats furent d'autant meilleurs que les sangsues furent appliquées précocement. L'action fut bien moindre quand nous attendîmes l'apparition de signes certains de phlébite, même avant la phase oblitérante ; elle fut à peu près nulle dans la phlegmatia confirmée. Ces constatations sont capitales pour l'opinion que nous soutiendrons tout à l'heure ; elles ont été faites, par tous les chirurgiens qui ont utilisé les sangsues sans attribuer, selon nous, l'importance qu'il mérite à ce facteur essentiel de succès : la précocité du traitement.

***

Pourquoi le traitement par les sangsues a-t-il déterminé cette amélioration dans le pronostic des phlébites chirurgicales ?

On s'attendrait probablement à nous voir exposer ici le mécanisme de l'hirudinisation et discuter la valeur de la saignée locale, de l'action lymphagogue ou anti-phlogistique, de la leucocytose, en rapport avec les piqûres de sangsues ; on s'attendrait surtout à nous entendre parler des propriétés anticoagulantes de l'hirudine, reconnues par tous les auteurs qui ont étudié l'action de ce produit sur le sang, en assimilant trop souvent la piqûre de sangsue à l'injection intra-veineuse d'hirudine. Telle n'est pas notre intention.

Des études minutieuses, expérimentales et cliniques, que nous poursuivons depuis un an et demi (1), nous ont bien désillusionné au point de vue de l'action des piqûres de sangsues sur le sang circulant. D'autre part, des constations très simples, tombant sous le coup du bon sens, et des faits cliniques importants (2), nous permettent d'avoir des doutes sur les prétendus rapports étroits entre la piqûre de sangsue et l'amélioration du pronostic des phlébites. Nous sommes aujourd'hui enclin à expliquer tout autrement cette amélioration. Nous nous contenterons, pour justifier notre opinion, de signaler les quelques faits suivants :

1° Une piqûre de sangsue nous paraît avoir une action purement locale, et, l'hémorragie qu'elle détermine, nous semble exclusivement liée à la présence de l'hirudine qui reste fixée dans la plaie et détermine une hémophilie purement locale Si l'hirudine passe dans le sang, elle y passe, en tous cas, en quantité si minime que son action, contrairement à ce qu'affirment la plupart des auteurs, n'est décelable ni par la clinique, ni par les procédés connus de laboratoire. Ces affirmations, bien entendu, ont trait à des sujets dont le sang et le foie sont normaux avant les piqûres de sangsues.

Les observations relatées par Weill et Mouriquand (*Presse médicale*, 1er novembre 1911, page 881) d'hémorragies secondaires graves à la suite de piqûres de sangsues ont été faites chez des sujets qui présentaient des lésions sérieuses du foie ; ceci rend imprécise la part qui peut revenir à l'hirudine dans les hémorragies se produisant au niveau de la plaie faite par la sangsue et permet de mettre en doute le rôle de l'hirudine dans les hémorragies que l'on constate en un autre point de l'organisme.

Quant à l'hémophilie générale déterminée chez les animaux par l'hirudinisation, nous nous contenterons de dire :

a) Que chez le chien, le lapin et le cobaye sains, la piqûre de sangsue n'a jamais déterminé d'hémophilie générale.

b) Que pour produire cet état, il a toujours fallu injecter l'hirudine soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit surtout dans la veine (Weil et Boyer, *Semaine médicale*, 8 septembre 1909, page 421).

En tous cas, notre but dans cet article n'étant pas de discuter à fond cette question, nous nous bornons à signaler que, chez l'homme et chez l'animal, après la chute de la sangsue, il suffit de faire un lavage de la plaie avec du sérum physiologique pour arrêter immédiatement et sûrement l'hémorragie.

2° La saignée produite par les sangsues ne nous paraît pas être à l'origine de l'amélioration des phlébites. Si, comme nous le pensons, et comme nous le démontrerons dans un autre travail, la piqûre de sangsue n'a pas d'action générale appréciable, admettrons-nous que la saignée

(1) DUCUING, SOULA, MILETZKY et WAYSBORT. — Contribution à l'étude expérimentale de l'hirudinisation. (Journal *Le sang*, t. 11, n° 31928.)

(2) DUCUING. — Société de chirurgie de Toulouse, mai 1928 : Cinq observations de phlébites post-opératoires très graves malgré l'application précoce des sangsues.

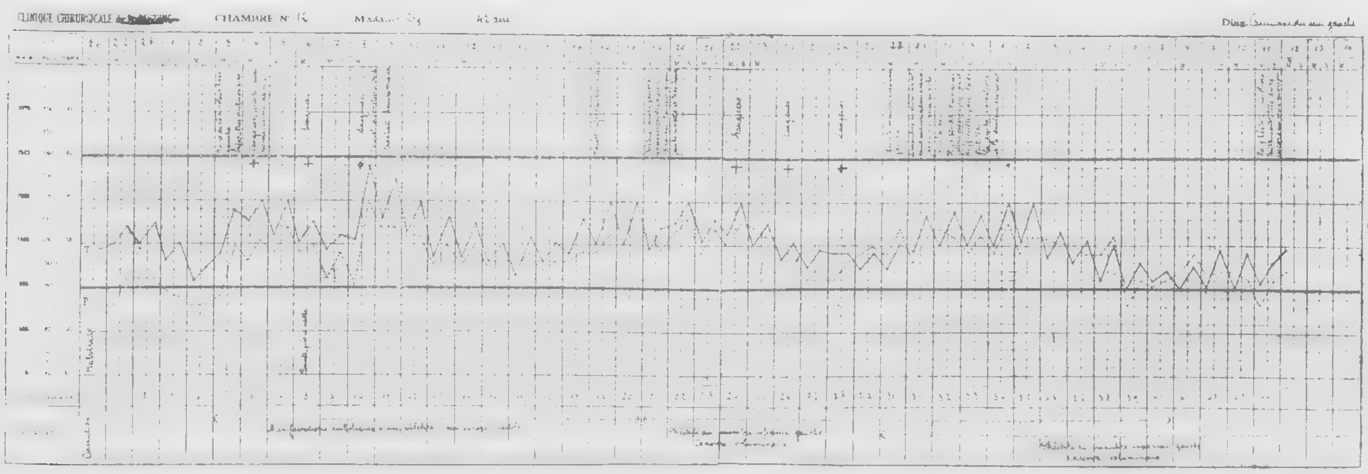
qu'elle détermine « à la racine de la cuisse » puisse, parce qu'elle se fait à ce point précis, arrêter l'évolution d'une phlébite ? Non, car nous avons observé plusieurs fois que la phlébite, traitée par des sangsues appliquées plus loin des membres inférieurs, semble évoluer, de la même façon que la phlébite traitée par des piqûres faites à la racine de la cuisse.

Il est inadmissible, d'autre part, qu'une simple petite saignée puisse arrêter une phlébite, chez des femmes que nous opérons souvent, parce que des hémorragies graves menacent leur existence.

3° Une phlébite soignée très précocement par le traitement classique (immobilisation parfaite, désinfection intestinale et générale, évacuation régulière des réservoirs, etc.) évolue, souvent aussi simplement qu'une phlébite traitée par les sangsues. Il nous est arrivé, quand sur un signe très discret (dysurie apparaissant vers le quatrième ou le cinquième jour après l'opération, léger œdème du pubis ou des grandes lèvres) nous avions pu faire un diagnostic de phlébite excessivement précoce, de laisser, à dessein, évoluer cette phlébite sans appliquer les sangsues. Le traitement classique précoce et bien fait a, presque toujours empêché les gros œdèmes, les complications graves et la longue évolution de la maladie. Si nous avions placé des sangsues dans ces cas, nous n'aurions pas manqué de leur attribuer le mérite d'une évolution aussi bénigne.

4° Certaines phlébites enfin, bien que traitées très précocement et très régulièrement par les piqûres des sangsues, sans que soient négligés, bien entendu, les soins ordinaires, évoluent d'une façon très grave.

Voici, choisie entre plusieurs, une courbe de température résumant l'évolution d'une phlébite chez une malade pour laquelle, toujours à l'affût des accidents veineux post-opératoires, nous avions dépisté ces troubles sur des signes exclusivement pulmonaires et que nous avions traitée par les sangsues avant l'apparition des œdèmes, puis au moment de cette apparition.



Comme on le voit, malgré le traitement précoce et répété par les sangsues, les œdèmes furent énormes et l'évolution excessivement grave ; il nous paraît donc au moins exagéré, d'affirmer, avec tout le monde, que « précocement appliqué » le traitement par les sangsues « fait avorter régulièrement les œdèmes », « évite les accidents graves » et, « diminue considérablement la durée de l'affection ». On peut lire, d'ailleurs, dans le *Bulletin* de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (janvier 1928, page 3) une observation de Le Lorier très intéressante. Dans le but d'éviter les ennuis d'une phlébite éventuelle à une femme sur le point d'accoucher, qui avait eu une première atteinte veineuse lors d'un accouchement antérieur, l'auteur prescrivit « entre autres choses d'appliquer des sangsues dès le lendemain de l'accouchement et ensuite tous les deux jours ». Malgré cela, le 2e jour une phlébite de la jambe gauche se produisit.

Les constatations que nous venons de faire semblent nous permettre d'avancer les conclusions suivantes :

Certains facteurs étrangers à la piqûre de sangsue semblent intervenir pour expliquer l'évolution généralement plus bénigne des phlébites chirurgicales depuis quelques années.

En dehors des soins pré-opératoires (désinfection intestinale, vaccination générale, intestinale ou locale, toni-cardiaques, etc.) et des soins post-opératoires (exercices respiratoires, mobilisation et lever précoce) qui constituent, en somme, un traitement prophylactique, le facteur qui nous paraît être le plus important dans l'évolution, actuellement plus bénigne, des phlébites chirurgicales *c'est la précocité du diagnostic* avec, bien entendu, comme correspondant corollaire la *précocité du traitement*. A ce point de vue le rôle de Termier a été excessivement heureux.

Il a de nouveau attiré notre attention sur les phlébites post-opératoires, bien connues d'ailleurs depuis longtemps ; il a éveillé un regain de curiosité sur le traitement de ces accidents en préconisant une thérapeutique ancienne que semblaient rajeunir des conceptions pathogéniques nouvelles. Les résultats heureux indéniables obtenus par ceux qui ont utilisé les sangsues, ont assuré le succès de la méthode.

Voici maintenant la faute de raisonnement. Notre attention ne s'est pas suffisamment fixée sur l'interprétation de ce fait que, pour être efficace, l'application de sangsues doit être « précoce ». Pour mieux exprimer ma pensée je dirai que les chirurgiens, ayant tous reconnu la nécessité de la précocité du traitement par les sangsues, n'ont pas su voir que ce facteur « précocité » à lui tout seul, abstraction faite des sangsues, suffisait, peut être, pour améliorer le pronostic des phlébites post-opératoires.

Ajoutons maintenant qu'une observation encore plus minutieuse des opérés a permis de constater toute une série de petits signes très utiles pour dépister une phlébite qui commence, et que nous avons encore appris à reconnaître des phlébites frustes et camouflées sur des signes presque insignifiants (1). Il est immédiatement résulté de ce diagnostic plus rapide et plus sûr, un trai-

(1) Ducuing. — Sur la fréquence, les formes cliniques et les premiers signes des phlébites après les opérations pratiquées sur la zone génitale de la femme. (*La Pratique médicale française*, n° 10*bis*, octobre 1926.)

tement encore plus précoce, plus régulier, plus sévère, et nous avons évité de commettre des fautes lourdes comme celles que je vais signaler.

Nous avons le souvenir d'avoir laissé lever vers le quinzième jour, pensant « faciliter les mictions et les selles » des malades apyrétiques présentant, comme seul signe de phlébite soit un peu de ballonnement du ventre avec œdème du pubis, soit une rétention tardive des urines, soit une dysurie légère, que nous n'avions pas su rattacher à leur vraie cause. Le lendemain ou le surlendemain nous constations avec étonnement l'apparition d'une pneumopathie brutale, d'un volumineux œdème des membres inférieurs, et peut-être, sommes-nous responsable, de la mort d'une de ces malades qui, au moment de quitter la clinique, tombait foudroyée par une embolie. Nous ne commettons plus ces fautes aujourd'hui et nous constatons que nos phlébites post-opératoires, tout en étant plus nombreuses du fait d'un diagnostic plus précis, sont, cependant moins graves du fait d'un traitement beaucoup plus précoce et bien mieux conduit.

La vésicule fraise,

Par

Le Professeur A. GOSSET,
MM. IVAN BERTRAND et Georges LŒWY

A la *Société de biologie* en 1920 (1), nous avons considéré les dépôts sous-épithéliaux de la muqueuse des vésicules fraises comme un des modes d'origine des concrétions initiales de cholestérine. Cette opinion était basée sur l'histoire clinique et sur un fait anatomique : la pédiculisation de la villosité chargée de cholestérine et la formation d'une sphérule qui, sur l'une des préparations présentées, semblait prête à se détacher et à tomber dans la cavité vésiculaire.

Depuis près de huit ans, ces recherches ont été poursuivies, d'abord avec G. Lœwy et Magrou, puis avec G. Lœwy et Ivan Bertrand. Nous avons travaillé patiemment, malgré les critiques un peu vives qui nous ont été adressées. Trente-huit malades, porteurs de vésicule fraise, ont été examinés et suivis après cholécystectomie. Les vésicules ont toutes été soumises à un exament anatomique. Les constatations de ces dernières années n'ont fait que confirmer l'importance pathologique du processus de « cholestérose » vésiculaire et renforcer nos conclusions de 1922, à la Société de chirurgie (2), que la vésicule fraise est une vésicule pathologique et qu'il faut la traiter en conséquence.

Dans notre première publication (1) nous avions indiqué qu'Aschoff et Bacmeister, en 1909, Flandin, en 1912, avaient reconnu la présence, dans la muqueuse de la vésicule biliaire de dépôts sous-épithéliaux de cholestérine et nous avions rappelé les recherches de Mac Carty de 1910-1915, 1919 et, 1920. Deux travaux, toutefois, avaient été omis ; le premier, de Lichtwitz (3), relatant, en 1914, avec l'interprétation que nous leur avons donnée, les faits sur lesquels aujourd'hui nous insistons, et un second, publié en 1915, de Kate Dewey (4), qui avait réussi à obtenir, par hypercholestérinémie expérimentale, non seulement des lésions caractéristiques de la vésicule fraise, mais encore des calculs libres dans la cavité vésiculaire.

Lichtwitz, en 1914, décrit la présence de dépôts de cholestérine dans les villosités et admet leur libération dans la bile (*Ergebn. der inn. Med. u Kinderheilkunde*, 1914, t. XIII, p. 69) :

« Une femme de quarante-quatre ans avait depuis longtemps des crises douloureuses dans la région vésiculaire, dont une accompagnée de fièvre et d'un ictère léger. Depuis dix jours, les douleurs persistaient sous forme de coliques violentes, sans ictère et sans fièvre ; la vésicule biliaire, augmentée de volume, était facilement perceptible. La cholécystectomie fut pratiquée. La vésicule contenait quelques petits calculs de bilirubinate de chaux. Sa muqueuse rouge sombre était parsemée de petits points jaune d'or correspondant aux sommets des villosités.

« L'examen histologique (Dr Auffermann) décela la présence sous l'épithélium, de gros amas colorés en jaune rouge par le Soudan III, en violet par le Nil-bleu, non colorables par le rouge neutre. Leur substance était biréfringente et l'effacement inégal de la lumière polarisée montra que ces amas (après l'usage du formol) étaient micro-cristallins. La bi-refringence disparaissait à la chaleur pour se reproduire au refroidissement. En quelques points, ces amas avaient traversé la muqueuse ; à leur surface adhéraient de petites concrétions, dont la plus volumineuse présentait, déjà à l'examen macroscopique, une structure radiaire distincte. La relation entre ces masses sous-épithéliales et les espaces lymphatiques ne put être déterminée. Une légère infiltration de cellules rondes existait par places (voir les figures 12 de la planche IV et 11 de la planche VI de l'article de Lichtwitz).

« On ne peut douter, dit Lichtwitz, que ces amas de cholestérine de la paroi vésiculaire viennent jusqu'à la surface de la muqueuse et de là, s'échappent dans la bile... Ces faits ne sont pas transitoires, ils montrent que la paroi de la vésicule « fournit » de la cholestérine, qui, d'après la disposition constatée, n'est certainement pas, ainsi que le pense Aschoff, de la cholestérine résorbée de la bile à l'état d'éther et déposée, à l'état libre, dans l'épithélium de la vésicule biliaire. »

Ainsi, Lichtwitz avait, en 1914, observé le processus particulier des dépôts de cholestérine dans la paroi vésiculaire et avait envisagé là un mode de formation possible des concrétions initiales de cholestérine de la bile.

En 1915, Kate Dewey rapporte les résultats de ses expériences d'hypercholestérinémie chez le lapin : Chez trois lapins cholestérinisés, une substance se colorant en rouge avec le Soudan III et en bleu violet avec le Nil-bleu, existait en abondance dans un grand nombre de villosités. Cette substance se trouvait, non dans l'épithélium, mais au centre des villosités, formant des dessins qui rappelaient les canaux chylifères de l'intestin. Pour K. Dewey, ces formations ramifiées étaient probablement des canaux lymphatiques distendus, remplis de graisse et de composés de cholestérine n'ayant pas de propriétés anisotropiques.

Chez un lapin qui avait reçu pendant deux mois, chaque jour, 10 centimètres cubes d'une émulsion colloïdale de cholestérine à 2 p. 100, la vésicule contenait en outre un certain nombre de petits calculs. Après inclusion dans la paraffine,

(1) *Comptes rendus Soc. de biologie*, séance du 31 juillet 1920, t. CXXIII. p. 1207.
(2) *Bull. et mem. de la Soc. de chirurgie*, 14 déc. 1921-5 avril 1922.
(3) LICHTWITZ. — *Ergebn. der inn. Med. u. Kinderheilkunde*, 1914, t. XIII, p. 69.
(4) K. DEWEY. — *Arch. of int. med.*, 1915, t. XVII, p. 755-785.

par la méthode d'Aoyama, des coupes de ces calculs montrèrent que des cellules formaient la charpente de ces calculs, tandis que des restes cellulaires et des noyaux étaient visibles à leur surface extérieure. Tous les indices d'un processus inflammatoire faisaient défaut dans cette vésicule, et l'exament bactériologique fut négatif. « La principale analogie entre ces calculs biliaires produits expérimentalement et ceux survenant chez l'homme se trouve dans l'association des formations calculeuses avec l'hypercholestérinémie » (K. Dewey).

En juillet 1920, nous avons démontré la composition chimique mixte des grains jaunes des villosités et admis un rapport direct entre les amas de cholestérine sous-épithéliaux de la muqueuse vésiculaire et la formation des concrétions cholestériniques. Nous avions écrit : « Au point de vue physiopathologique, on saisit là l'*un des modes de formation*, sinon le mode de formation unique, des calculs de cholestérine. Dans le cas décrit, ces calculs en miniature ont une origine sous-épithéliale et les sphérules qui les constituent sont élaborées, selon toute apparence, par les cellules du chorion muqueux ».

La conclusion de nos premières recherches avait été que la vésicule fraise est une vésicule *pathologique*, qu'elle est le premier stade d'un processus *aseptique* qui peut aboutir à la *mise en liberté*, dans l'intérieur de la vésicule, de concrétions de cholestérine.

Le professeur Chauffard voulut bien accepter notre manière de voir et, dans la seconde édition de ses *Leçons sur la lithiase biliaire*, reproduire quelques-unes de nos planches Mais il faut reconnaître que, d'une façon générale, sauf à l'étranger, nos idées n'ont pas trouvé un accueil favorable. En dehors de France, nos vues ont été adoptées par plusieurs auteurs. Boyd (*British Journal of surgery*, vol. X, 1922-1923, janvier 1923, p. 337-356) publie, près de trois ans après nous, un travail dont le texte et les figures sont l'absolue confirmation de ce que nous avons soutenu. D'après cet auteur, le stade initial de la formation des calculs doit être recherché dans les parois de la vésicule biliaire elle-même. Une préparation (fig. 283 p. 348, 349) montre que lorsque le dépôt d'éthers de cholestérine augmente dans la villosité fraise, son pédicule peut s'amincir à un tel point que la chute est inévitable. Un corps étranger composé de cholestérine et de corps albumineux, libre dans la cavité vésiculaire, forme alors un noyau idéal pour un dépôt ultérieur de cholestérine. Boyd remarque qu'une opinion semblable est exprimée dans le livre de Chauffard, qui reproduit une de nos figures.

Stewart (*British medical Journal*, 1924, t. II, p. 893, 896), dans plusieurs cas de vésicule fraise, a vu que des formations jaune clair, rattachées à la paroi par un pédicule extrêmement mince, pouvaient se détacher et devenir libres dans la cavité vésiculaire (p. 294, deuxième colonne) : « Les calculs mûriformes de petite taille ont une ressemblance remarquable avec des polypes remplis de lipoïdes. Il est probable qu'il existe une relation étiologique directe. »

Enfin, pour le professeur Delrez (*Archives internationales de médecine expérimentale*, mars 1925 ; *Liège médical*, n° 12, 23 mars 1924), dont les recherches expérimentales ont montré que la vésicule normale abandonne de la cholestérine à la bile, les amas de cholestérine des vésicules fraises ne sont que l'exagération pathologique d'un phénomène normal de sécrétion, ces amas vont bien de la paroi vers la cavité vésiculaire.

Aujourd'hui, avec un nombre de pièces vraiment important, nous arrivons aux mêmes conclusions.

P. Lecène et Moulonguet ont fait, en 1926, une étude de la vésicule fraise et ont discuté la part que nous lui avions donnée dans la pathogénie de la lithiase cholestérinique. Dans le cours de leur article est exprimé le désideratum suivant :

« Si les calculs biliaires naissaient de formations lipoïdiques pariétales, on devrait trouver parfois des calculs biliaires encore pédiculés attachés à la paroi. Le fait n'a jamais été signalé jusqu'ici, à notre connaissance. Jamais le calcul biliaire n'est pédiculé et, pas plus que les autres les calculs intramuraux incarcérés dans une crypte ou diverticule de la paroi vésiculaire ne sont, en aucun point, attachés directement à la paroi de leur logette. »

Chiray se rattache à l'opinion de Lecène.

Or, sur les pièces opératoires que nous avons examinées, trois fois il existait, en même temps des calculs minuscules rattachés à la paroi par un mince pédicule, des concrétions de même aspect, libres dans la bile, et des amas sous-épithéliaux donnant à la muqueuse l'aspect fraise caractéristique A part la *différence de volume*, les formations pédiculées avaient le *même aspect mûriforme* et la *même composition chimique* que les concrétions libres. A côté de ce fait capital, nous pouvons fournir un autre fait capital, la *possibilité de déceler, dans certains calculs minuscules libres, une trame réticulée organique*.

En somme, la question se présente aujourd'hui comme elle se présentait lors de notre première communication : pour les uns, les amas sous-épithéliaux de la vésicule fraise ne sont pas une formation pathologique ; ils résultent d'une fonction encore malprécisée de la vésicule ; mais la vésicule fraise est une vésicule saine ; il ne faut pas la considérer comme une vésicule pathologique, surtout il ne faut pas l'enlever.

Au contraire, pour moi et mes collaborateurs, pour M. Chauffard, qui a bien voulu accepter ma manière de voir, la vésicule fraise est une vésicule malade ; c'est le premier stade de la lithiase cholestérinique. Les amas sous-épithéliaux peuvent devenir libres dans la cavité vésiculaire. *La vésicule fraise est une vésicule pathologique.*

Les preuves que la vésicule fraise est une vésicule pathologique sont de trois ordres : des preuves *anatomo-pathologiques*, des preuves *cliniques*, des preuves tirées des *résultats thérapeutiques*.

Constatations anatomiques. — Au cours des sept dernières années (décembre 1919, décembre 1926), nous avons examiné trente-huit vésicules fraises (enlevées opératoirement), dont voici le dénombrement :

1° Quatorze *cholestéroses modérées* de la muqueuse vésiculaire, dont *neuf* accompagnées de calculs *libres*.

2° Vingt-deux aspects *fraise typique*, dont *dix* avec des calculs *libres*.

3° Deux *cholestéroses circonscrites* (papillomes ou concrétions pédiculées), dont *une* avec calcul libre.

Au total trente-huit vésicules fraises, à divers degrés, *dont vingt contenaient des calculs libres dans la cavité vésiculaire.*

Aspect extérieur de la vésicule fraise. — La majorité de ces vésicules ne présentent extérieurement que des modifications légères. La séreuse a souvent un aspect normal, la paroi est mince. Dans quelques cas, nous aurions hésité à enlever ces vésicules si l'histoire clinique n'avait été celle d'une lithiase biliaire typique.

Généralement, la vésicule est plus blanche que normalement avec un dépôt lipomateux près du col. Quelques adhérences de sa face inférieure peuvent exister avec le duodénum, l'épiploon. Les ganglions lymphatiques, le long du cystique, sont parfois augmentés de volume. La ponction de la vésicule, dans la majorité des cas, donne une bile très foncée, épaisse, s'écoulant avec difficulté par l'aspirateur.

Aspect de la muqueuse. — Macroscopiquement, l'aspect fraise est plus ou moins généralisé à toute la muqueuse. Les grains jaunâtres, sphériques ou ovoïdes, sont, dans plusieurs de nos vésicules, innombrables ; l'aspect de fraise est alors réalisé d'une manière typique, tant par la forme, la teinte, les dimensions et la disposition régulière des grains que par la couleur rouge vif de la muqueuse. Les grains sont de dimensions diverses : parfois visibles seulement à la loupe, ils peuvent atteindre et *dépasser* un millimètre de diamètre.

Cette répartition des grains ne se fait pas au hasard ; ils dessinent souvent un pointillé le long des plis de la muqueuse, c'est-à-dire parallèlement au grand axe de la vésicule. Dans d'autres vésicules, l'aspect fraise se réduit à quelques grains seulement. On peut trouver ces grains isolés dans tous les points de la vésicule, mais ils se groupent avec électivité au voisinage du col. Ces grains sont souvent volumineux, de 1 à 2 millimètres de diamètre, et ont alors l'aspect de vérita-

bles calculs en miniature, appendus à la muqueuse, à laquelle ils sont fixés par un mince pédicule. Examinés sous l'eau, on les voit flotter autour de leur point d'attache. Une même vésicule peut présenter à la fois l'aspect fraise à grains disséminés et des grains isolés plus volumineux à pédicule net. A un développement plus marqué, ces formations pédiculées constituent ce qu'on appelait autrefois des papillomes. Ceux-ci ne sont, en réalité, que des grains de vésicule fraise, formés de villosités ramifiées et hypertrophiées par l'exagération du processus de cholestérose. Dans les cas de papillome volumineux, l'examen histologique décèle l'existence d'un important pédicule vasculaire.

Vésicule fraise et calculs libres. — Dans plus de la moitié des cas, 20 fois sur 38, les vésicules fraises renferment des calculs ou des concrétions *libres* dans la bile, et se trouve ainsi exaucé le vœu formulé par notre ami Lecène. Les *calculs* parfois solitaires, généralement multiples, sont le plus souvent du type mûriforme.

Les *concrétions* sont tantôt *minuscules*, de la grosseur d'une tête d'épingle, tantôt plus volumineuses, formées d'un conglomérat blanc jaunâtre d'aspect mûriforme (obs. XXXIX, XL).

Plusieurs vésicules de notre série présentaient à la fois : *a*. un aspect fraise typique avec amas sous-épithéliaux disséminés dans un grand nombre de villosités ; *b*, des grains isolés plus volumineux munis d'un pédicule ténu, et *c*. des calculs libres dans la cavité vésiculaire, rappelant par leur coloration jaune, leur aspect extérieur mûriforme, les formations pédiculées de la paroi que nous n'hésitons pas à appeler calculs pédiculés (même constatation faite par Stewart, *Brit. méd. Journ.*, 1924, t. II, p. 894).

Fait capital, un réseau organique a pu être mis en évidence dans l'une de ces concrétions libres. Si l'on vient, comme l'a fait Ivan Bertrand, à dissoudre la cholestérine de certains calculs, on peut constater à l'examen microscopique qu'il persiste, après disparition de la cholestérine, une trame organique, une sorte de réticulum collagène.

Examen microscopique. — Depuis longtemps, bien avant qu'Aschoff ait fait connaître ses idées sur la lithiase aseptique, l'un de nous avait été frappé par l'absence histologique de toute trace d'inflammation dans les parois de certaines vésicules contenant des calculs. Sauf la présence du calcul, la vésicule paraissait normale.

En ce qui concerne les vésicules fraises, nous avons fait les constatations suivantes : Le chorion, souvent fibrosé, montre dans le tiers à la moitié des cas une infiltration lymphocytique diffuse. Ces aspects histologiques, en l'absence de toute recherche bactériologique, ne permettent pas de dire qu'il s'agit d'une lésion septique. Les réactions cellulaires amicrobiennes du stroma sont fréquentes en histo-pathologie ; dans le système nerveux, par exemple, les périvascularites s'observent aussi bien dans des lésions infectieuses que dans des dégénérescences à caractère uniquement trophique.

Les injections de paraffine, d'huile stérile, provoquent une vive réaction mécanique et chimique du stroma, qui détermine un apport lymphocytaire. Masson, Rubens-Duval ont insisté sur cette réaction du stroma au cours des néoplasmes non infectés. Dans ces conditions, la présence dans le chorion de substances lipoïdes, incluses ou non dans les macrophages, doit provoquer une réaction tissulaire voisine généralement discrète.

Bien entendu, les vésicules fraises peuvent s'infecter *secondairement* et présenter alors des lésions inflammatoires. Nous avons constaté dans un cas une semblable inflammation secondaire ; il s'agissait d'une vésicule dont la muqueuse était parsemée de fines granulations qui, en coupes, présentaient la structure et les réactions tinctoriales caractéristiques ; mais le chorion était sclérosé, et on y trouvait, ainsi que dans la sous-séreuse, des capillaires dont la lumière renfermait de nombreux polynucléaires. *Si ce processus de sclérose s'accentue, il peut même arriver à détruire à peu près complètement les grains sous-épithéliaux* (Labo, n° 1038).

La méthode employée pour la recherche microscopique des lipoïdes et leur identification chimique a été décrite dans notre communication de 1921 à la Société de chirurgie (*Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie*, 14 déc. 1921). Les coupes à congélation traitées par les colorants des graisses montrent que la villosité fraise est formée d'une masse mûriforme (colorée en rose orangé par le Soudan III, en rouge par l'écarlate R), située au-dessous d'un épithélium normal. Les cellules chargées de matières grasses sont tassées les unes contre les autres dans les grains volumineux, où elles deviennent polyédriques par pression réciproque ; à la périphérie des grains de petite taille, elles apparaissent libres dans le tissu conjonctif sous-épithélial, et sont alors de forme sphérique. On en retrouve souvent en abondance dans le pédoncule et la région basilaire des villosités, et jusque dans le tissu conjonctif interposé aux faisceaux de la musculeuse.

Sans revenir sur les descriptions histologiques des villosités des vésicules fraises, qu'on trouvera dans nos communications de 1920 (Société de biologie) et de 1921 (Société de chirurgie), nous désirons exposer quelques caractères nouveaux observés.

A côté des villosités distendues par les lipoïdes et à pédicule plus ou moins large, nous avons constaté l'existence de *granulations sessiles* constituées par un amas de spongiocytes soulevant l'épithélium. Celui-ci, à ce niveau, est souvent dilacéré et, dans ces conditions, les spongiocytes du chorion sont mis à nu et entrent en contact avec la bile vésiculaire. On peut suivre l'élimination partielle des spongiocytes ; peut-être est-ce là un nouveau mode de formation de concrétions libres à l'intérieur de la bile. Nous pensons que ces cas réalisent un passage intéressant avec la lésion décrite par Bergeret. Cet auteur a trouvé, libres dans la bile, un certain nombre de cellules chargées de lipoïdes.

Ce processus est très comparable à l'athéromatose, où l'on voit une bouillie d'acide gras et de cholestérine, résultant de la fonte de la plaque d'endartérite, s'ouvrir dans la cavité vasculaire et se déverser dans le courant sanguin.

Examen chimique. — Pour préciser la nature de ces graisses et la structure des cellules qui les renferment nous avons eu recours à l'analyse microchimique, à l'examen en lumière polarisée et à l'épreuve de l'acide osmique.

1° La microréaction de Heintz, caractéristique de la cholestérine, a donné un résultat positif. Il en a été de même de la *réaction de Salkowski*, effectuée à titre de contrôle.

2° En lumière polarisée, les cellules sous-épithéliales chargées de graisse s'illuminent. Les graisses neutres (éthers de la glycérine) n'étant pas bi-réfringentes, il faut donc, si elles existent dans ces cellules, qu'elles y soient mélangées à des graisses bi-réfringentes (éthers de la cholestérine). D'autre part, sur une vieille préparation (coupe à congélation colorée par le Soudan III), nous avons observé en lumière polarisée, dans des gouttelettes grasses qui avaient fusé hors de l'épithélium les croix de polarisation caractéristiques des lipoïdes phosphorés (léchithines).

3° Pour étudier l'action de l'acide osmique sur les vésicules fraises nous avons fixé les pièces dans le liquide de Müller additionné d'acide osmique (liqueur de Müller 100 centimètres cubes ; acide osmique à 1 p. 100, 2 cc. 5). Nous avons eu recours aussi à la méthode de Mulon (1) pour la recherche des graisses (fixation au Bouin, coloration des fragments par l'acide osmique à 2 p. 100 passage par les alcools, imprégnation dans l'éther de pétrole, puis dans la paraffine). Sur les coupes de pièces ainsi traitées, les amas sous-épithéliaux apparaissent teintés en grisaille ; à un fort grossissement, on voit que les cellules conjonctives qui les composent, polyédriques ou sphériques, selon que leur situation est centrale ou périphérique, ont un cytoplasme formé d'une trame réticulée, ou plus exactement alvéolaire, colorée en noir et d'une finesse et d'une régularité extrême. Ces cellules rappellent, par leur structure, les spongiocytes des capsules surrénales, qui sont comme elles chargées de graisses colorables par l'écarlate. Quant à la substance qui imprégnait ces éponges minuscules,

(1) *C. R. Association des anatomistes*, VI, p. 12-13, 1914 ; *Bibl. anatomique*, XIII, p. 208-213.

elle a disparu, entrainée par le chloroforme ou par l'éther de pétrole utilisés pour l'imprégnation des pièces (1). Cette solubilité dans les solvants des graisses, après action de l'acide osmique, indique elle aussi qu'il ne s'agit pas là d'éthers de la glycérine, mais d'éthers de la cholestérine, peut-être mélangés à des lipoïdes phosphorés. Les graisses neutres abondantes dans la sous-séreuse vésiculaire restent en effet massivement colorées en noir par cette technique.

En résumé, les méthodes diverses d'investigation employées concourent à montrer que les « grains » des vésicules fraises, sont formés par des amas sous-épithéliaux de cellules conjonctives particulières dont le cytoplasme spongieux est imprégné de cholestérine libre, ou, plus vraisemblablement, combinée à l'état d'éthers avec des acides gras, et associée à un lipoïde phosphoré (lécithine).

Etude bactériologique. — Chaque fois que la bile recueillie aseptiquement a été examinée au point de vue bactériologique, elle s'est montrée stérile. Ceci n'a pas une signification très grande, puisqu'il est rare de découvrir des germes dans la bile. Plus importantes sont les recherches de Judd, Mentzer, Parkhill, *Am. J. med. Sc.*, janvier 1927, pp. 16, 23) qui ont porté non sur la bile, mais sur les parois des vésicules fraises.

Cette étude bactériologique très complète a été conduite ainsi : la vésicule biliaire enlevée opératoirement, a été examinée aseptiquement dans les cinq minutes qui ont suivi son ablation. La bile recueillie stérilement a été ensemencée, le centre des calculs inoculé à différents milieux, enfin un segment de paroi excisé avec des ciseaux stériles a été broyé avec du sable stérile dans un mortier stérilisé. La masse émulsionnée dans du sérum physiologique a été inoculée à différents milieux. Ces examens de paroi ont donné les résultats suivants :

Sur 21 vésicules fraises avec des calculs, 5, c'est-à-dire 21 p. 100, ont donné des cultures positives.

Sur 19 vésicules fraises sans calculs, 5 ont donné des résultats positifs : 21 p. 100.

Etude clinique

Dans la majorité des cas, les malades porteurs de vésicules fraises ont présenté un syndrome comparable à celui de la lithiase biliaire, coliques hépatiques avec douleurs et irradiations caractéristiques, suivies ou non d'ictère par rétention.

La similitude des syndromes cliniques de la *vésicule fraise sans calculs libres* et de la *lithiase biliaire calculeuse* ne peut être mieux démontrée que par l'observation de Mme C..., publiée à la Société de chirurgie le 5 avril 1922, observation que nous reproduisons ci-dessus, avec les suites opératoires plus de cinq années après l'intervention.

Mme C..., quarante-cinq ans, admise le 22 mars 1922 a la Salpêtrière, pour douleurs paroxystiques de l'hypocondre droit.

La première crise remonte à juillet 1918, à huit heures du matin. Après une céphalée très vive avec vertiges, Mme C... est prise de douleurs aiguës dans l'hypocondre droit et dans l'épigastre, accompagnées de nausées et d'éructations gazeuses, mais sans vomissements. Ces douleurs durent six heures, puis s'atténuent par degrés.

Quatorze mois plus tard, en septembre 1920, crise semblable : début à quatre heures du matin, par des vertiges, puis douleurs très vives dans l'hypocondre droit sous forme de barre épigastrique et de crampes avec sensation d'étouffement. Nombreuses éructations gazeuses avec nausées, mais sans vomissements. La région du foie reste légèrement endolorie ; la céphalée persiste ou ou deux jours.

En avril 1921, six mois après, crise analogue, à début nocturne, de douleurs vives dans la région hépatique, au niveau de la vésicule biliaire. Ces douleurs « courbent la malade en deux ». Au bout de huit heures, la crise se termine avec l'application de compresses chaudes.

Depuis septembre 1921 jusqu'en mars 1922, les crises se sont rapprochées. Il est survenu quatre ou cinq crises semblables, à début toujours nocturne : *douleurs dans la région hépatique, avec irradiations dans l'épaule droite, puis, quelques jours plus tard, subictère avec urines foncées et décoloration des matières.* On n'a jamais constaté de fièvre au cours des crises, mais Mme C... eut quelques frissonnements. En février 1922, le Dr Fleig, après examen radioscopique, diagnostique une cholécystite chronique.

La malade vient à la consultation de la Salpêtrière le 17 mars 1922. Depuis sa dernière crise, qui date du 28 février, elle n'a pas souffert de nouveau, mais elle ne reprend ses forces que très lentement.

Malade de faible constitution, ne présentant pas d'ictère cutané ni conjonctival. Toute la région hépatique est sensible ; le foie est augmenté de volume dans ses dimensions verticales. Sous le rebord du foie, on sent ce qui paraît être la vésicule biliaire, ampoule piriforme dont la palpation est douloureuse. A part un peu de sensibilité réveillée par la palpation profonde au niveau du point de Mac Burney, le reste de l'abdomen est normal. Clapotage gastrique léger.

Constipation habituelle avec spasme colique.

Cette malade a eu deux grossesses et deux fausses couches ; une pleurésie double il y a dix ans, la diphtérie, il y a seize ans ; à plusieurs reprises, elle a souffert de douleurs articulaires ; elle n'a pas eu la fièvre typhoïde.

Diminution de la respiration au sommet droit, qui est submat. Cœur : bruit de galop ; tension artérielle au Pachon : 19/8. Urée du sang : 0,19 p. 1.000. Cholestérine du sang : 1,50 p. 1.000 ; coagulation du sang 7 min. 45 à 18°.

Opération 29 mars 1922 (professeur Gosset, Salpêtrière). — Incision transversale. Vésicule, malade, adhérente au duodénum, *moins ardoisée que normalement*, à parois *épaisses* ; ponction : bile noire, filante. On ne sent pas de calculs. Cholécystectomie et appendicectomie complémentaire.

La vésicule ouverte sur sa face adhérente contient une bile très foncée, *sans calculs* et présente une *muqueuse « fraise » typique.*

Examen de laboratoire n° 991. — La muqueuse de la vésicule, rouge vif à l'état frais, est hérissée de plis saillants et anastomosés, qui dessinent un réseau alvéolaire très régulier. Elle est parsemée d'innombrables grains blanc jaunâtre, adhérents à la muqueuse, situés au sommet des plis et allongés dans le sens du grand axe de la vésicule. L'aspect de « fraise » est ici réalisé dans toute sa beauté, tant par la forme, les teintes, les dimensions et la disposition régulière des grains que par la couleur rouge de la muqueuse.

Après fixation par le formol à 10 p. 100, des fragments de muqueuse ont été prélevés et coupés au microtome à congélation. Pièces colorées par le Soudan III ou par l'écarlate R, avec ou sans coloration complémentaire par l'hématine-éosine. Les deux colorants mettent en évidence des dépôts sous-épithéliaux de substances lipoïdes dans la plupart des villosités (les préparations colorées par l'écarlate R sont particulièrement démonstratives).

Suites opératoires. — Depuis l'intervention, Mme C.. a été entièrement soulagée de ses crises douloureuses. Elle a été revue le 31 janvier 1927, près de cinq ans après. L'amélioration est complète ; Mme C... ne ressent aucune douleur, parfois de légères pesanteurs après les repas. La palpation de la région vésiculaire ne réveille aucune sensibilité. L'appétit est bon, reprise de poids et de force.

Quand la cholestérose est discrète, que le nombre des grains jaunes de la muqueuse est réduit, toujours *sans calculs libres*, l'histoire clinique est encore celle de la lithiase. Chez un malade qui ne présentait pas d'autre lésion qu'une petite formation pédiculée de la muqueuse vésiculaire, il existait une gène douloureuse de l'hypocondre droit, sans véritables crises, accompagnée de régurgitations de bile.

Résultats opératoires. Les opérations ont consisté

➤➤➤➤

(1) Il en est de même, *a fortiori*, dans les préparations traitées par les méthodes histologiques courantes (fixation au Bouin, imprégnation par le toluène, coloration à l'hématine-éosine-safran). Là encore, on retrouve les spongiocytes vides de leur contenu, et dont la trame alvéolaire apparait très faiblement colorée par l'éosine.

dans tous les cas en une cholécystectomie avec ou sans appendicectomie complémentaire. Une fois, le drainage du cholédoque a été pratiqué. Au cours de chaque intervention, l'estomac, le duodénum, ont été explorés par la vue et le toucher de façon à éliminer la possibilité d'une lésion de ces organes.

Trente-six fois sur 38, la plaie opératoire a été drainée par un drain au contact du cystique ; 8 fois sur 36, des mèches ont été laissées au contact du lit hépatique et retirées au bout de cinq jours. Les suites opératoires ne sont pas aussi satisfaisantes chez les opérés dont les plaies ont été drainées avec des mèches.

Une opérée, âgée de cinquante-cinq ans, est décédée le vingt-cinquième jour après l'intervention (obs. IV), avec des symptômes paralytiques, probablement secondaires à une embolie cérébrale.

Les 37 opérés restants ont été suivis et soumis, en février et mars 1927, à une enquête de leur état actuel. Six n'ont pas répondu (deux de ceux-ci avaient présenté une muqueuse vésiculaire fraise typique avec calculs ; des quatre autres, dont la muqueuse était le siège d'une cholestérose modérée, trois avaient des calculs).

Trente et un opérés ont été examinés ou ont répondu au questionnaire.

Dix sont complètement guéris après cholécystectomie.

Treize sont très améliorés.

Huit opérés n'ont pas été améliorés.

En somme, 23 malades sur 31 sont guéris ou améliorés presque complètement après cholécystectomie. La majorité de ces malades présentaient une histoire de lithiase biliaire datant de quelques mois à dix-sept et vingt années. Plusieurs avaient eu des poussées d'ictère après les crises douloureuses.

De ces 23 opérés guéris ou presque complètement améliorés, 13 présentaient une cholestérose de la muqueuse vésiculaire sans calculs libres. Leur guérison est donc bien en faveur de la nature pathologique de l'état fraise de la vésicule.

* * *

Le groupement de tous les faits précédents permet de tirer plusieurs déductions concernant l'origine non inflammatoire de la vésicule fraise, le rôle de la vésicule fraise dans la formation des calculs, l'histogénèse des akènes élémentaires, le sens du passage de la cholestérine à travers l'épithélium vésiculaire.

* * *

I. En faveur de l'*origine non inflammatoire de la vésicule fraise* concordent des faits anatomiques, bactériologiques, cliniques, expérimentaux. Généralement, les vésicules fraises ont une séreuse d'aspect non inflammatoire, leurs parois sont minces et, dans la majorité des cas, l'infiltration lymphocytaire est légère ou absente.

Les recherches *bactériologiques* faites en inoculant la paroi broyée des vésicules fraises sur des milieux divers n'ont donné à Judd et Mentzer de résultats positifs que dans moins d'un quart des cas.

Cliniquement, les *antécédents fébriles*, fièvre ou frissons, n'existent que dans moins d'un tiers des cas. De 31 malades dont l'histoire clinique complète a pu être obtenue, 7 ont eu de la fièvre au cours des crises douloureuses de l'hypocondre droit ; 3 autres malades ont eu des frissons sans fièvre. Dans l'ensemble, 10 malades sur 31 ont eu de la fièvre ou des frissons. Les *rapports avec la grossesse* sont très nets. Sauf un, toutes les malades de notre série sont des femmes, et sur 25 femmes dont les antécédents sont connus, 15 ont eu une ou plusieurs grossesses à terme ; 3 autres ont eu une ou plusieurs grossesses avortées. Enfin, fait capital, *au point de vue expérimental*, Charrier, K. Dewey, Mentzer ont pu reproduire des dépôts lipoïdes dans la muqueuse vésiculaire du lapin et du chien en l'absence de modifications inflammatoires.

II. Rôle des vésicules fraises dans la formation de certains calculs et histogénèse des akènes élémentaires. — La pathogénie des vésicules fraises et leur rôle possible dans la formation de certains calculs ont fait l'objet de discussions nombreuses. Les objections qu'on a opposées à notre conception sont trop variées et souvent même contradictoires pour que nous y répondions isolément. Il nous a semblé qu'il était préférable de discuter ces objections dans leur ensemble en étudiant successivement le rôle possible des vésicules fraises dans la formation des calculs, puis l'histogénèse des akènes élémentaires eux-mêmes.

a) *Rôle des vésicules fraises dans la formation de certains calculs.* — L'objection la plus fréquente qui nous est faite est celle-ci : on n'a jamais pu observer directement la transformation d'un granule lipoïdien sous-muqueux en calcul libre. Cela est indiscutable ; mais, dans les conditions présentes de l'observation anatomo-pathologique, nous devons nous borner à enregistrer des aspects simples, correspondant à une véritable morphologie statique. Ce n'est qu'ultérieurement qu'une conception de pathogénie dynamique pourra relier un ensemble de phénomènes. Ce problème se présente continuellement en biologie et surtout en histologie pathologique dès que l'on parvient à une échelle de dimensions telle que l'observation directe devient impraticable.

Cependant, dans la question qui nous occupe, la pédiculisation de masses lipoïdes évoque inévitablement l'idée d'une fragilité extrême, et même d'une possibilité de rupture, c'est-à-dire de libération et de formation de calculs intravésiculaires.

Il faut même tenir compte de ce fait important que les akènes sont beaucoup plus volumineux sur le vivant qu'à l'examen histologique. Le séjour à l'étuve des pièces anatomiques, le traitement par les dissolvants des graisses tels que le xylol et l'alcool absolu, amènent une forte rétraction des masses pédiculées. Pour se rendre compte de la dimension réelle des akènes élémentaires et de la fragilité relative et souvent extrême de leur pédicule, il faut examiner la muqueuse à l'état frais dans le sérum avec un microscope binoculaire. Des coupes à la congélation, après simple fixation au formol, démontrent la même fragilité.

La présence en pleine bile de granules libres à trame organique est plus difficile à démontrer ; cependant, Lecène et Moulonguet ont pu en observer. Dans le cas mentionné par ces auteurs, il persistait même un revêtement épithélial.

Nous-mêmes avons trouvé dans la bile d'une vésicule fraise, en même temps que d'autres calculs mûriformes, de tout petits granules jaunâtres libres, rappelant par leurs dimensions les akènes pédiculés. Nous sommes parvenus à inclure et couper un de ces granules libres et à y démontrer l'existence d'une trame réticulée organique, rappelant vaguement un fragment de tissu graisseux. Il ne persistait dans les mailles de ce réseau organique aucun élément spongiocytaire, mais des masses de cholestérine cristallisée.

Nous obtenons ainsi *deux séries certainement convergentes* représentées, l'une par les concrétions organiques à trame tissulaire, granules libres à l'intérieur de la vésicule, l'autre par les calculs biliaires plus volumineux, généralement constitués par des masses de cristaux de cholestérine.

Ces deux séries convergentes, calculs indiscutables et concrétions libres à trame organique, diffèrent par quelques caractères :

a) Leur taille inégale ;

b) La présence ou l'absence d'une trame organique ;

c) La nature de leurs inclusions, lipoïdiennes pour les concrétions tissulaires, cholestériniques pour les calculs vrais.

Malgré ces différences de caractères, les deux séries considérées semblent convergentes et présentent des formes de passage. Il est vraisemblable que la trame organique disparaît rapidement par nécrose et que les lipoïdes aboutissent par désintégration ultime à des cristaux de cholestérine.

L'argument de la taille différente entre calculs et concrétions tissulaires est le moins valable, car il existe de nombreux calibres intermédiaires.

Un fait indéniable est l'uniformité des calculs libres rencontrés dans quatorze cas de nos vésicules fraises : ce sont tous des *calculs mûriformes* qui semblent relever d'un mode de formation identique.

Le mode de production des calculs libres aux dépens de grosses masses polypoïdes sous-muqueuses est peut-être plus dis-

cutable que la libération des akènes élémentaires, car, dans ces cas de masses polypoïdes, il existe généralement un pédicule vasculaire assez important pour faire obstacle à une rupture.

Une des objections les plus fréquentes à notre conception pathogénique se base sur la différence de composition chimique et de réaction tinctoriale des calculs libres et des akènes élémentaires. Mais il est possible d'observer au cours de divers processus pathologiques l'association de cristaux de cholestérine et de spongiocytes bourrés de produits lipoïdiens (bouillie athéromateuse, cholestéatome des plexus choroïdes, salpingites, de même cholécystite chronique).

Il n'est donc pas impossible d'admettre que la substance des spongiocytes représente une *forme histologique de transfert ou de résorption de la cholestérine* et que la transformation de ces deux corps l'un dans l'autre soit réversible.

Enfin, l'*argument de fréquence* n'est pas à dédaigner dans la défense de notre thèse : sur 38 vésicules fraises, 20 fois nous avons rencontré des calculs mûriformes libres.

Il est encore un processus que nous avons eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises depuis notre premier travail : c'est celui de la *déhiscence des akènes*. Certains akènes élémentaires peuvent, à un moment donné de leur évolution, s'ulcérer, c'est-à-dire se dépouiller de leur épithélium cylindrique de revêtement, et laisser échapper leur contenu, formé d'acides gras et de spongiocytes, dans l'intérieur de la vésicule.

Il se passe, en somme, là quelque chose d'assez comparable à ce que l'on voit survenir au niveau de plaques d'athéromatose déversant leur contenu nécrotique dans le courant sanguin. Les cas dont nous parlons sont d'ailleurs assez évolués, et il existe alors une réaction embryonnaire diffuse de toute la paroi.

Il est possible, sinon probable, que les masses spongiocytaires libérées servent de noyaux de cristallisation à d'autres variétés de calculs.

Quoi qu'il en soit, par sa libération après rupture, ou par sa déhiscence après ulcération épithéliale, l'akène élémentaire peut être le point de départ de calculs biliaires.

b) *Histogénèse des akènes.* — Selon nous, il s'agit d'une lésion aseptique, à rapprocher du xanthélasma et dont la formation est favorisée par une hypercholestérinémie. Il est probable que la cholestérinémie n'est *qu'un* des facteurs de causalité dont l'ensemble nous reste inconnu.

Il est possible que la stase vésiculaire ait un certain rôle et favorise le pouvoir de résorption et de concentration de la vésicule, ainsi que le soutient Policard. Néanmoins, si, expérimentalement, par ligature du cystique, nous avons pu réaliser un aspect réticulé en nid d'abeilles, nous n'avons jamais observé d'amas lipoïdiens sous-muqueux.

La différence entre les propriétés optiques et les affinités tinctoriales des lipoïdes sous-muqueux d'une part, et du chondrome épithélial d'autre part, n'a rien pour nous surprendre si l'on considère le pouvoir de destruction et de synthèse des éléments cellulaires.

Nous insisterons sur l'*origine aseptique des akènes*. Il existe à l'état normal un équilibre entre l'épithélium vésiculaire doué d'une double polarité, l'axe lympho-vasculaire de la villosité, et le système réticulo-endothélial intermédiaire. Dans la vésicule fraise, le système réticulo-endothélial hyperplasié et associé à des éléments sanguins joue un rôle de phagocyte vis-à-vis des substances lipoïdiennes d'origine biliaire ou sanguine. Cette rupture d'équilibre histochimique entraîne la formation des spongiocytes, et par suite de l'akène tout entier.

Les spongiocytes n'ont pas, dans le cas présent, une origine infectieuse. Leur structure réticulée et leurs inclusions indiquent leur pouvoir lipolytique.

Les spongiocytes s'observent dans les circonstances les plus variées :

1° Dans la paroi de poches infectées, où ils jouent le rôle de pyophages ; leur groupement dans certaines salpingites trahit la résorption de produits nécrotiques ;

2° Dans les plexus choroïdes séniles, où ils forment des amas sous-épithéliaux entièrement comparables à nos akènes vésiculaires.

3° Dans les ramollissements cérébraux.

4° Dans les dégénérescences nerveuses secondaires du type wallérien, où les spongiocytes, décrits sous le nom de corps granuleux, de myélophages, de myéloclastes, jouent le rôle d'éléments vecteurs dans les processus si complexes de désintégration.

Dans tous ces cas et dans la vésicule fraise, apparaît, d'une manière prépondérante, le rôle phagocytaire et lipolytique du spongiocyte.

Résorption ou sécrétion ? — Les auteurs ne sont pas d'accord sur le sens du passage de la cholestérine ou de ses éthers à travers l'épithélium de la paroi vésiculaire.

En faveur de la direction de la cavité vers la paroi, c'est-à-dire dans le sens de l'absorption, ont été apportés des *arguments histologiques* et des *faits expérimentaux*.

a) Policard (*Lyon médical*, 1914, p. 844) a constaté que la moitié basale de la cellule épithéliale vésiculaire est complètement dépourvue de toute formation graisseuse et que les gouttelettes sont au milieu de la cellule ; d'autre part, les mitochondries seraient amassées dans la région apicale de la cellule située sous le plateau strié. Policard reconnaît toutefois que, dans la région basale, on retrouve un amas de fines mitochondries ressemblant, quoique moins serré, à l'amas situé sous le plateau. Au cours de nos examens, suivant le moment d'activité de la vésicule, nous avons retrouvé les gouttelettes graisseuses et les mitochondries, tantôt dans la région apicale, tantôt dans la région basale et, il est difficile de conclure par la seule *interprétation* de ces faits, à un processus unique d'absorption ou d'excrétion.

Les expériences de Rous et Mac Master ne laissent aucun doute sur le rôle de concentration de la vésicule par absorption aqueuse ; plusieurs *faits expérimentaux* ont été en outre établis montrant que la paroi vésiculaire possède la faculté d'absorber diverses substances.

Des particules solides diverses : sulfo-cyanure de potassium ferro-cyanure, poudre de carmin et d'encre de Chine, injectées dans la vésicule, ont été retrouvées dans le ganglion cystique. D'autre part, la graisse émulsionnée peut être absorbée par l'épithélium, les cellules conjonctives du stroma et même les cellules endothéliales vasculaires (Mentzer, 1925). Toutefois, les expériences de Mentzer avec le lait, l'huile d'olive et les éthers de la cholestérine sont restées sans succès ; dans aucun cas, il n'a été possible de retrouver ces substances lipoïdes dans les lymphatiques de la vésicule, meme plusieurs heures après l'injection (Mentzer, 1925). Seule, la graisse du lait très émulsionnée et colorée au Soudan III a été parfaitement absorbée.

Des expériences sur l'absorption des graisses du jaune d'œuf, faites par le Dr Charrier, ont montré que la substance lipoïde pouvait passer directement à travers les cellules épithéliales de la muqueuse vésiculaire.

Mentzer conclut que la paroi de la vésicule biliaire a le pouvoir d'absorber les substances lipoïdes et que cette absorption s'effectue probablement par passage direct à travers l'épithélium. Les substances lipoïdes diffèrent des particules solides en ce qu'elles ne sont pas entraînées par le courant lymphatique, mais semblent emportées par les vaisseaux sanguins. Si le passage des lipoïdes à travers la paroi est incomplet, ils s'accumulent dans les cellules épithéliales et dans le tissu conjonctif du stroma des villosités. (La villosité fraise serait ainsi due à un engorgement du tissu conjonctif du stroma.)

La *direction de la cholestérine dans le sens opposé de la paroi dans la cavité*, c'est-à-dire l'*excrétion de cholestérine par la muqueuse et l'enrichissement de la bile en cholestérine*, est admise par plusieurs auteurs et contrôlée par plusieurs faits expérimentaux.

1° Naunyn admet que la cholestérine peut être fournie par les cellules de la muqueuse. Il a observé que la croissance d'un calcul enclavé se fait par apport direct de cholestérine par la muqueuse au contact du calcul. (*Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. XXXIII, 1921, pp. 1-54.)

Dans tous les calculs enclavés développés au contact intime de la muqueuse, la forme cylindrique de la portion moyenne est frappante. C'est la portion du calcul qui a été le plus fortement entourée de muqueuse. Sur presque chacun de ces calculs, on trouve, à la surface, des grumeaux de cholestérine, encore mous sur les calculs frais. Cette cholestérine ne peut provenir

que de la muqueuse qui enserre solidement le calcul (Naunyn).

2° Kate Dewey a réussi à obtenir des aspects de la vésicule fraise par hypercholestérinémie expérimentale chez le lapin. Chez trois lapins, une substance se colorant en rouge avec le Soudan III et en bleu violet avec le Nil-bleu existait en abondance au centre d'un grand nombre de villosités. On pourrait objecter à ces expériences que, chez ces animaux, il y a eu enrichissement de la bile en cholestérine et que les dépôts sous-épithéliaux de la muqueuse vésiculaire proviennent, par absorption, de cette bile riche en cholestérine ; mais Jankau, Weltmann et Biach, en cholestérinisant des lapins porteurs de fistule biliaire, n'ont pu établir de sécrétion de cholestérine dans la bile, ni d'augmentation relative ou absolue de cholestérine dans la bile (*in* Lichtwitz).

3° Delrez (*Liège médical*, n° 12, 23 mars 1921 et *Archives internationales de médecine expérimentale*, mars 1925) rapporte des expériences faites avec Cornet établissant que la vésicule fournit de la cholestérine à la bile. Dans une vésicule vidée et lavée par une ouverture du canal cystique, ils introduisent une quantité déterminée de bile dont la teneur en cholestérine et en pigments est connue ; après quarante-huit heures, on constate dans cette vésicule une différence dans la concentration respective des pigments et de la cholestérine, montrant qu'il y a eu apport de cholestérine à la bile pendant son séjour dans la vésicule. Dans une deuxième série d'expériences, un liquide indifférent (huile de paraffine), totalement dépourvu de cholestérine, étant introduit dans la vésicule, on constate, au bout de vingt-quatre heures, que l'huile contient une certaine quantité de cholestérine qui lui a été cédée par la paroi. « La muqueuse, tout en résorbant l'eau et les sels inorganiques de la bile, fournirait donc à celle-ci une quantité déterminée de cholestérine. »

En se basant sur les expériences de K. Dewey, de Debrez et sur le fait que certains états, tels que la grossesse, caractérisés par une teneur élevée du sang en cholestérine, prédisposent à la lithiase biliaire, un rapport direct entre l'hypercholestérinémie et les vésicules fraises peut être admis.

On n'est donc pas fixé de façon définitive sur le sens du passage de la cholestérine, il est probable que la cellule épithéliale vésiculaire peut fonctionner dans les deux sens, et que, normalement, suivant l'âge du sujet, suivant le moment physiologique, les deux processus d'absorption et de sécrétion s'effectuent.

D'ailleurs, en admettant même que les amas sous-épithéliaux de cholestérine proviennent de la cholestérine de la bile (ce qui serait contraire aux résultats des expériences rapportées ci-dessus), il ne serait rien changé à la possibilité de la chute des grains fraises dans la cavité vésiculaire.

Conclusions.

Le syndrome de la vésicule fraise sans calculs libres, est comparable à celui de la lithiase biliaire calculeuse.

Vingt fois sur trente-huit observations de vésicule fraise, des calculs mûriformes ont été trouvés libres dans la cavité vésiculaire.

Dans la bile de plusieurs vésicules fraises, ont été rencontrées à la fois, des calculs mûriformes et de petits granules jaunâtres libres, rappelant, par leurs formes et leurs dimensions, les akènes pédiculés.

Une trame réticulée organique a pu être démontrée dans un de ces granules libres.

Les spongiocytes des vésicules fraises n'ont pas une origine infectieuse.

Le dépôt sous-épithélial de cholestérine, le grain fraise, peut être le point de départ de calculs biliaires, soit par libération après rupture de son pédicule, soit par déhiscence après ulcération épithéliale.

Ce processus nous paraît être un des modes de formation aseptique des calculs des vésiculaires, mais il ne saurait expliquer à lui seul, tous les cas de lithiase biliaire.

Vingt-trois opérés sur trente et un sont guéris ou améliorés presque complètement après cholécystectomie, 13 présentaient une vésicule fraise sans calculs libres. Leur guérison est donc bien en faveur de la nature pathologique de l'état fraise de la vésicule.

Les vésicules fraises sont des vésicules pathologiques et doivent être enlevées chirurgicalement.

Anémie pernicieuse d'origine digestive,

PAR

André LEMAIRE

Par définition, l'anémie pernicieuse progressive est une affection plus ou moins rapidement fatale, à laquelle ni l'examen clinique, ni l'examen anatomique ne permettent de découvrir une étiologie précise. Telle est du moins l'opinion à laquelle se rangeaient naguère encore la plupart des auteurs qui, après Eichhorst, après Hayem, la considéraient comme une maladie autonome cryptogénétique.

Par la suite, cette conception trop large se vit progressivement démembrée ; le nombre des anémies « essentielles » diminua en faveur de celui des anémies de cause connue, et peu à peu la maladie de Biermer perdit de son autonomie pour ne devenir qu'un cas particulier des anémies symptomatiques. Ce sont surtout les travaux de ces dernières années qui contribuèrent à ce démembrement, en montrant toute l'importance des troubles gastro-intestinaux dans son déterminisme.

A vrai dire, cette idée n'est pas nouvelle : Biermer en 1868 signalait déjà parmi les causes fréquentes de l'affection « la diarrhée profuse avec ou sans trouble gastriques », mais ce fait ne retint pas l'attention, soit qu'il fût jugé négligeable, soit qu'on le considérât comme la conséquence de l'anémie. Pourtant en 1878 Fenwick y insistait à nouveau et apportait en quelque sorte une confirmation anatomique, en démontrant l'intensité des lésions atrophiques de la muqueuse gastrique dans certains cas de maladie de Biermer. Par ailleurs, Hunter frappé de la coïncidence des crises de déglobulisation et des crises de diarrhée putride crut pouvoir admettre que les poisons hémolytiques, dont l'existence commençait d'être connue, provenaient de l'intestin.

***

C'est seulement à partir de 1894 que l'origine digestive de certaines anémies fut établie sans conteste. Runeberg et Schaumann prouvent que la fréquence de l'anémie pernicieuse en Finlande s'explique par la fréquence


PRODUITS Zyma
TABLETTES HOVA
3 à 4 tablettes 3 fois par jour
HOublon VAlériane
TRAITEMENT SÉDATIF INOFFENSIF
DES AFFECTIONS NERVEUSES
Zyma 4 Rue Bellart Paris 15e
VISCUM ZYMA
DIALYSÉ GOLAZ DE GUI BLANC
20 à 30 GOUTTES 2 à 3 FOIS PAR JOUR
HYPOTENSEUR, TONIQUE & RÉGULATEUR CARDIAQUE
Zyma 4, Rue Bella
GRIPPES . PHLEGMONS . ANNEXITES
THEMSALINE
INFECTIONS AIGUES
TOUS LES JOURS
6/10cc CHEZ L'ADULTE
3/10cc CHEZ L'ENFANT
EN INJECTIONS INTRAVEINEUSES
GOUTTES PILKA
DIALYSÉ DE THYM SERPOLET ET DROSERA
1 à 5 FOIS PAR JOUR
1 GOUTTE (ENFANTS) à 5 GOUTTES (ADULTES) DANS UN PEU D'EAU
TRAITEMENT INOFFENSIF
AFFECTIONS DES BRONCHES
Zyma 4 Rue Bellart PARIS
INFECTIONS GRAVES CHRONIQUES
LIPODÉTERPÉNOL (AMPOULES ET POMMADE)
AMPOULES TOUS LES 2 JOURS EN INJECTIONS SOUS CUTANÉES
POMMADE EN FRICTIONS ALTERNÉES
UTÉRAMINE
AMPOULES & GOUTTES
EN INJECTIONS HYPODERMIQUES 1 à 5 AMPOULES DE 1cc
POUR L'USAGE INTERNE 20 à 30 GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR
ACTION CONSTANTE DANS TOUTES LES HÉMORRAGIES
HÉMOPHYLIE _ HÉMOPTYSIE _ EPISTAXIS _ ETC.
Zyma 4, Rue Bellart PARIS 15e
Zyma 4 Rue Bellart PARIS XVe

de la bothriocéphalose. Faust et Tallquist isolent des ventouses du bothriocéphale des substances lipoïdiques douées *in vitro* de propriétés hémolytiques et Seyderhelm en 1898 grâce à une « bothriocéphaline » extraite de ces tænias réalise expérimentalement, chez le lapin, les altérations hématologiques de l'anémie pernicieuse : il retrouve ce produit dans divers parasites intestinaux, en particulier dans les larves de gastrophiles qui seraient la cause de l'anémie pernicieuse équine.

Par analogie, on fut amené à rechercher dans l'appareil digestif des malades atteints d'anémie non parasitaire des poisons hémolytiques analogues. Loeper et Paraf signalent une augmentation du pouvoir hémolytique du sérum d'anémiques atteints d'entérite chronique non vermineuse. Berger et Tsuchiya isolent de la muqueuse gastro-intestinale de tels malades une substance lipoïdique dix fois plus hémolysante que celle qu'on peut extraire de la même muqueuse chez l'homme normal. On caractérise dans les selles des anémiques, dans les cultures de ces selles, et même dans les matières fécales des individus normaux la bothriocéphaline de Seyderhelm.

Cet ensemble de faits cliniques et expérimentaux permet de conclure que l'intestin élabore des substances hémolytiques, mais comme on a démontré leur présence en dehors de tout syndrome anémique, on est bien forcé d'admettre qu'elles ne provoqueront une anémie pernicieuse que si des circonstances spéciales favorisent leur résorption ou exagèrent leur production : c'est le mérite de Knud Faber, de Seyderhelm, de Hurst, parmi beaucoup d'autres, de l'avoir prouvé et expliqué.

***

L'anémie pernicieuse s'observe assez souvent au cours de lésions digestives. Sans parler du cancer des faces de l'estomac à forme anémique dont la pathogénie reste discutée il convient d'insister bien plus sur les *sténoses du grêle* : Knud Faber signalait cette étiologie en 1895 ; Meulengracht en 1921 en rassemblait sept cas ; dans l'un d'eux il s'agissait d'une sténose triple.

Lombardi, tout récemment, reprenant les expériences de Syderhelm détermine chez cinq chiens une sténose iléale par lambeau aponévrotique : il observe chez eux un syndrome anémique caractérisé par la diminution du nombre des hématies avec poïkilocytose, anisocytose et même polychromatophilie.

Les faits signalés par Coates au cours des *dysenteries* sont sans doute très voisins, qui ont trait à des anémies hyperchromiques curables. On peut en rapprocher les anémies graves succédant à la sprue ou diarrhée de Cochinchine dans lesquelles la cachexie, la stomatite et la glossite ont beaucoup de points communs avec celles de la maladie de Biermer.

Mais la cause la plus fréquente de l'anémie pernicieuse semble devoir être recherchée dans l'*achylie gastrique*. Cette notion déjà entrevue par Fenwick a fait depuis largement son chemin : loin d'être une conséquence de l'intoxication qui crée l'anémie, elle en apparaît maintenant comme la cause prédisposante essentielle. Knud Faber et ses élèves démontrent qu'elle est un symptôme très fréquent, et pour ainsi dire constant dans la maladie de Biermer : ils l'ont trouvée 46 fois sur 51 cas.

Hurst, d'après l'étude approfondie de 59 cas de sclérose combinée anémique de la moelle et après avoir démontré qu'entre l'anémie accompagnée d'atteinte médullaire et la dégénérescence médullaire accompagnée d'anémie il n'y a pas de démarcation nette, mais seulement une différence de degré, aboutit à la conclusion que l'achlorhydrie absolue se retrouve dans tous les cas ou presque d'anémie pernicieuse. En colligeant les résultats publiés par huit autres auteurs, il arrive au chiffre de 99 % sur 792 cas (Hurst et Bell, Barker. Vanderhof, Birley, etc.). Cette achylie existe dès le début de la maladie, elle persiste absolue durant toute son évolution et pendant les rémissions ; elle est toujours complète (méthodes des repas fractionnés) elle apparaît à l'auteur si constante que son absence chez un malade suspect d'une dégénérescence combinée suffit à faire rejeter ce diagnostic.

Bien plus, tout comme les sténoses du grêle, elle peut précéder, et parfois à très longue échéance, l'apparition de symptômes cliniques caractérisés. Certaines observations de Hartmann, de Bell, montrent bien l'antériorité des troubles secrétoires gastriques : c'est seulement parfois après une gastrectomie large que se développe l'anémie. Küttner, Cobert et Morawitz, Levine et Ladd, Bic, Hunter, Weinberg en ont publié des observations probantes : Wilkinson dans 3 cas, Riley et Szlapka, chacun dans un cas, ont constaté la présence d'achylie de un à vingt-cinq ans avant l'apparition des premiers signes d'une sclérose combinée anémique. Une malade de Weinberg, examinée en 1907 à l'occasion de troubles dyspeptiques, fut trouvée achylique : l'anémie pernicieuse dont elle mourut en 1922 commença cliniquement en 1918. D'ailleurs, au cours de ces achylies persistantes et bien avant que n'apparaisse l'anémie pernicieuse, il existe déjà des modifications sanguines caractérisant une véritable phase pré-clinique de la maladie : le taux de l'hémoglobine est diminué, la valeur globulaire est accrue, le diamètre moyen des hématies est augmenté, mais il n'y a pas encore de signes d'hyperhémolyse (1).

De quoi dépend l'absence de secrétion chlorhydrique de l'estomac ?

Le plus souvent elle est *constitutionnelle* ; elle peut se manifester dès l'enfance et s'observer (comme c'est le cas pour l'anémie pernicieuse) chez plusieurs membres d'une même famille (Martinez, Hurst, Dorst, Evans). D'après Draper, elle s'associerait à des caractères morphologiques spéciaux tels que le faciès large avec écartement exagéré des yeux, la brièveté du thorax avec angle épigastrique très obtus. Il s'agit dans ces cas d'une modification purement fonctionnelle et non pas structurale de la muqueuse gastrique car celle-ci se révèle histologiquement normale.

Parfois l'achylie est *secondaire* à une gastrite toxique ou infectieuse, à un cancer de l'estomac, à une gastrectomie large (Hartmann, Moynihan, Ellis) à une gastro-entérostomie favorisant la neutralisation du contenu gastrique par les sécrétions alcalines du duodénum (Campbell et Conybeare, Willcox, Houston) ; dans d'autres cas on ne trouve pas à l'autopsie de lésions spécifiques, mais une simple atrophie de la muqueuse qui se montre plus ou moins envahie de germes banaux.

***

Ni l'achylie gastrique, ni les sténoses du grêle, ni certaines diarrhées ne sont pourtant les causes directes de l'anémie pernicieuse : ces différents facteurs n'interviennent que pour favoriser l'infection intestinale, c'est-à-dire la formation de toxines hémolytiques et leur résorption.

(1) Les travaux de Price Jones ont établi que l'augmentation du diamètre moyen des hématies est le signe caractéristique essentiel : il peut être le seul à exister au début de la maladie.

A l'état normal, la flore microbienne saprophytique de la bouche et du côlon est très riche et très variée ; le contenu de l'estomac et de l'intestin grêle est stérile ou tout au moins très pauvre en germes, puisque l'ensemencement des prélèvements pratiqués aseptiquement au moyen de la sonde d'Einhorn ne donne que 4 à 5.000 colonies par centimètre cube. Cette asepsie relative du segment moyen du tube digestif est la conséquence, d'une part, de la barrière germicide que représente la sécrétion acide de l'estomac, d'autre part, du péristaltisme intestinal et de la barrière mécanique qu'oppose au reflux ascendant la valvule iléo-cæcale.

Or, dans la plupart des cas de maladie de Biermer cette auto-protection fait défaut et le grêle se trouve envahi par de nombreuses espèces microbiennes comme l'ont prouvé les résultats du tubage duodénal, de l'iléostomie et de l'expérimentation. La sonde d'Einhorn avait déjà permis à Kiralyfi, à Knud Faber, à Grossmann, d'étudier la septicité du duodénum au cours de l'achylie gastrique. Bogendörfer et Buchholz, Van den Reiss, Wichels ont pu dénombrer les différentes espèces microbiennes qui y pullulent : au lieu de 4.000 à 5.000 colonies, on en compte jusqu'à 40.000 ; elles deviennent innombrables dans le segment iléal. Encore ces chiffres ne sont-ils que relatifs, car le liquide intestinal particulièrement fluide chez ces malades semble abondamment dilué par suite d'une « véritable hypersécrétion réactionnelle ». D'après Van den Reiss, on trouve là des espèces étrangères à la flore normale du grêle, en particulier des bacilles de la putréfaction (putrificus et sporogènes) et des clostridies. Bogendörfer, Seyderhelm signalent le coli-bacille, le streptocoque hémolytique, le bacille pyocyanique, le streptococcus mucosus, des anaérobies divers. Les observations de Herter, de Simonds, celles plus récentes de H. Kahn, de Mœnsch, de Torrey, ont mis en évidence la fréquence et l'abondance du bacillus perfringens. Weinberg et Seguin, Kahn et Torrey, Cornell, Patterson et Kast, ont pu reproduire chez l'animal au moyen des toxines de ce microbe, soit l'hémoglobinurie, soit l'anémie pernicieuse. En somme, la flore du grêle est devenue très semblable à celle du côlon et si sa composition varie selon les auteurs tous sont cependant d'accord pour lui reconnaître une abondance et une diversité considérable.

Les résultats de l'iléostomie viennent confirmer ces constatations. Les dernières anses grêles des anémiques chez qui on a tenté cette opération contenaient jusqu'à 20 cm. en amont de la valvule de Bauhin, un liquide d'aspect et d'odeur fécale, extrêment riche en microbes qui sont pour la plupart des coli-bacilles.

Enfin la sténose expérimentale du grêle qu'ont réalisée chez le chien Seyderhelm puis Lombardi, quand elle détermine un syndrome d'anémie pernicieuse, s'accompagne d'une dilatation iléale dont le contenu et la flore rappellent ceux du côlon : la pullulation du colibacille s'étend parfois à tout le grêle et à l'estomac. Ces faits sont à rapprocher des constatations anatomiques et bactériologiques faites chez l'homme au cours des rétrécissements iléaux ; la dilatation sus-stricturale entraîne une stase favorable au développement du bactérium coli et de germes variés ; ils ne pénètrent pas dans sa paroi, mais la congestion et les ulcérations dont elle est le siège aident puissamment à la résorption des toxines microbiennes.

Ces microbes proviennent sans doute souvent du côlon, par propagation ascendante ; il ne faudrait pas croire que cette origine soit exclusive. Il faut faire aussi, d'après les auteurs anglo-américains, une large part aux infections buccales : pour si légères qu'elles soient, elles deviennent une source dangereuse d'infection intestinale quand la défense acide de l'estomac fait défaut. Hurst affirme que dans la majorité des cas d'anémie pernicieuse et de sclérose combinée anémique la pyorrhée alvéolo-dentaire est présente ; la glossite, qu'avait déjà écrite Hunter, est presque aussi fréquente : c'est une glossite streptococcique chronique caractérisée par une disparition de toutes les papilles filiformes ; elle précède souvent l'apparition de l'anémie ; Heyn ayant pu suivre 26 malades qui en étaient atteints, vit qu'ils présentaient tous de l'achlorhydrie : tous, sauf un, firent à échéance variable un syndrome anémique. D'autres foyers d'infection tels que les amygdales et les sinus du nez peuvent jouer le même rôle nocif. Une preuve indirecte de leur nocivité est donnée par le fait suivant, signalé par Hurst ; il est fréquent de voir au cours d'une sclérose combinée, s'accroître momentanément les troubles sensitifs à la suite d'une avulsion dentaire ou de l'injection d'un vaccin préparé avec des streptocoques dentaires. On trouve d'ailleurs dans le chyme duodénal des anémiques ces germes d'origine bucco-pharyngée, sous forme de streptocoque hémolytique, de streptococcus longus (Hunter). Knott a démontré que le contenu duodénal, devenu exagérément alcalin par suite de l'achlorhydrie, constitue un excellent milieu de culture pour les germes descendants et ascendants : il y trouve le streptocoque dans 97 % des cas, le colibacille dans 94 %.

Bien que les cultures de l'un ou de l'autre de ces germes se montrent souvent hémolytiques, on ne saurait affirmer que la production des toxines hémolysantes appartienne en propre à une espèce microbienne donnée, réserve faite cependant pour le perfringens. Seyderhelm en effet les a obtenues à partir de l'ensemble de la flore intestinale. On ne sait rien de précis sur leur nature ; pourtant Iwao aurait pu déterminer un syndrome d'anémie pernicieuse chez l'animal par injection de tyramine ; or celle-ci est produite par l'action des microbes intestinaux sur la tyrosine.

Laissant de côté ce point non encore éclairci, on peut admettre, avec Hurst, que l'infection intestinale aboutit à la production de deux groupes de toxines : dans le groupe des *hémotoxines*, certaines substances agissant sur la moelle osseuse provoquent de sa part la réaction qu'on est accoutumé de voir dans toute anémie sévère (normoblastes, poïkilocytes, polychromasie, basophilie, et augmentation du diamètre moyen des hématies). D'autres sont hémolytiques et entraînent l'anémie et la bilirubinémie. Cela est si vrai que ces deux syndromes d'activité médullaire macroblastique et d'hémolyse sont parfois dissociés : le premier persiste pendant les rémissions de la maladie de Biermer, c'est-à-dire quand le second a disparu. Il existe longtemps seul, au cours de certaines achylies, au cours des dégénérescences combinées subaiguës, bien avant que l'anémie n'ait fait son apparition. L'autre groupe est celui des *neurotoxines* qui peuvent ou non s'associer aux hémotoxines ; elles ont une action élective sur le tissu nerveux qu'il ne nous appartient pas de discuter ici. Hurts admet qu'elles résultent de l'activité d'une bactérie spécifique.

* * *

Pour si bien assise que paraisse la théorie que nous venons d'exposer, selon laquelle l'infection intestinale favorisée par l'achylie crée des toxines hémolytiques, on doit pourtant convenir qu'elle ne rallie pas absolument les

suffrages de tous les auteurs. Si personne ne conteste l'existence presque constante de l'achylie dans la maladie de Biermer, tous n'admettent pas que son rôle se borne à permettre l'invasion du grêle par la flore bucco-pharyngée ou colique. L'achlorhydrie n'est pas un trouble purement gastrique : la physiologie apprend que les sécrétions biliaire et surtout pancréatique sont normalement conditionnées et déclanchées par le passage du chyme acide dans le duodénum. L'absence d'acide chlorhydrique doit donc provoquer des désordres physiopathologiques qui dépassent l'estomac. En fait l'insuffisance de la sécrétion externe du pancréas a été maintes fois signalée dans la maladie de Biermer : l'absence de trypsine dans les selles est la règle pour Bard ; Mouisset et Dechaume, Barbier et Josserand, signalent la sclérose pancréatique ; et dans la sprue, maladie qui se complique parfois d'anémie, les troubles digestifs sont ceux d'une insuffisance affectant surtout la transformation des graisses, qui ne sont ni doublées, ni absorbées, aussi Stölzner a-t-il pu émettre l'hypothèse que l'anémie est due à l'insuffisance digestive et aux troubles d'absorption qui en résultent. La synthèse des graisses n'étant plus réalisée par l'intestin, la pénétration des savons devient possible, dont on connaît les propriétés hémolytiques. « L'achylie gastrique n'est pas seule à entrer en ligne de compte, peut-être doit-on la considérer surtout comme un témoin de l'importance que présente le déficit chimique des sécrétions digestives dans cette maladie » (Mouzon). Malheureusement cette conception n'a pas été confirmée ; le régime pauvre en graisse qu'on a préconisé dans les anémies infantiles n'a fait souvent qu'aggraver la maladie, tandis que le régime gras a plutôt une influence heureuse, et jamais une alimentation surchargée en graisse n'a pu provoquer un syndrome anémique.

Minot et Murphy se sont faits les promoteurs d'une conception pathogénique quelque peu différente : c'est la carence d'une substance encore inconnue mais spécifique qui est la cause première de l'anémie. L. C. Kœssler, Siegfried, Maurer et Loughlin vont encore plus loin, l'étude soignée des antécédents permet de constater dans presque tous les cas de maladie de Biermer des fautes de régime graves. Par analogie avec ce qu'on sait de la sprue et surtout de la pellagre, ils rapprochent l'anémie pernicieuse des avitaminoses. Leurs arguments sont les suivants : recrudescence de l'anémie pernicieuse dans l'Europe centrale pendant et après la guerre (alimentation carencée) recrudescence de l'anémie pernicieuse aux mois de mars et de mai (manque de légumes frais), anémie dans l'avitaminose A expérimentale du rat. Elders apporte à cette hypothèse une confirmation fournie par cinq observations de maladie de Biermer où l'administration d'un régime riche en vitamines A coïncide avec une période de régénération globulaire...

Aussi Kœssler et Maurer préconisent-ils un régime surchargé en vitamines et surtout en vitamine A (huile de foie de morue, lait, crème, foie, rein, cervelle etc.) C'est en partant de ces mêmes données que Minot et Murphy ont eu l'idée d'appliquer à la clinique les données physiologiques mises en évidence par Whipple « l'administration de foie est en effet connue pour agir profondément sur maints processus organiques » ; l'ingestion d'extraits se montre tout aussi efficace, or ils ne contiennent ni hydrates de carbone, ni lipoïdes, ni fer ; on y trouve de la vitamine B, mais leur efficacité semble plutôt due à une polypeptide ou à une base azotée. Mais l'amélioration qu'ils procurent est plus rapide si on leur associe un régime riche en légumes, en fruits, en viande rouge. Lemaire pense également que le fer et les vitamines renforcent leur action. Rosenow enfin recommande l'emploi de l'ergostérine irradiée.

Cette hypothèse manque encore de fondements suffisants pour qu'on la considère comme définitivement prouvée. C'est, en fin de compte, l'achylie gastrique et l'infection intestinale qui résument le mécanisme pathogénique essentiel de très nombreux cas d'anémie pernicieuse :

Remarquons pourtant que cette théorie entérogène laisse inexpliqués un certain nombre de points, particulièrement ce fait que toutes les achylies et que toutes les sténoses du grêle ne font pas d'anémie pernicieuse. Aussi les auteurs allemands, font-ils intervenir, à côté de l'intoxication intestinale — facteur obligé — d'autres facteurs adjuvants telles les variations individuelles dans la capacité d'absorption ou la résistance de la muqueuse, dans la qualité spéciale des sécrétions digestives. C'est pourtant en combattant l'achylie et l'infection du grêle que la thérapeutique se montre régulièrement efficace.

***

Le traitement devrait être d'abord *prophylactique* : tout sujet qui, venant consulter pour des troubles dyspeptiques, est reconnu achylique, doit être soumis à une double médication, l'une, à base d'acide chlorhydrique ou de limonade chlorhydropeptique, est une véritable médication de suppléance ; l'autre anti-infectieuse, s'efforcera par tous les moyens connus (désinfection de la cavité buccale, soins dentaires, vaccinothérapie) d'empêcher l'infection du grêle. En améliorant les symptômes digestifs, elle écartera le danger plus ou moins lointain de l'anémie. Cette conduite est particulièrement recommandable dans l'entourage d'un anémique, puisqu'il est établi que la maladie de Biermer et l'achylie sont parfois familiales.

En présence d'*une anémie déclarée*, les mêmes indications thérapeutiques se retrouvent : il s'y ajoute celle de traiter l'anémie. L'achylie sera combattue par l'absorption quotidienne trois fois par jour d'acide chlorhydrique. Les doses devront être considérables : 8 cmc. d'HCl dilué (10 % d'H Cl pur) pour 350 cmc. d'eau sucrée parfumée de sirop de grenadine ou de jus de citron (Hurst). Cette médication ne devra jamais cesser ; elle est purement substitutive, car il est exceptionnel que la muqueuse reprenne sa sécrétion normale.

2° Lutter contre l'infection descendante en supprimant tous les foyers septiques de la bouche et du rhino-pharynx. Il est recommandable d'administrer auparavant très progressivement un auto-vaccin pour éviter dans la mesure du possible toute réaction hémolytique ou neurotoxique.

Lutter contre l'infection intestinale en prescrivant du ferment lactique ou des laits fermentés, du bactériophage (Seyderheim et Mlle Wolff), en recourant aux injections d'auto-vaccins préparés à partir des germes duodénaux. La neutralisation des toxines intestinales sera tentée au moyen du charbon animal ou du kaolin. Les injections de lait préconisées par Knud Faber se sont montrées parfois efficaces ; il semble qu'elles agissent en désensibilisant l'organisme vis-à-vis des protéines intestinales ; la pullulation microbienne peut être empêchée par les lavages duodénaux avec une solution sulfatée et chlorurée sodique à 9/1000 (Böttner et Werner) ou par l'administration d'un régime pauvre en albumines (Adler) ; l'iléostomie préconisée en 1921 par Seyderhelm se propose d'agir plus directement et par drainage contre l'infection

du grêle ; les deux premiers cas permirent de grands espoirs ; l'état général s'améliora, le nombre des globules rouges augmenta, le contenu du grêle perdit son caractère fécal ; malheureusement les observations ultérieures de Seeland, de Simmel de Tinozzi, de Burns et Giffin, celles de Seyderhelm lui-même ne les confirmèrent pas, à ce point que les indications de l'iléostomie dans l'anémie pernicieuse semblent devoir se restreindre de plus en plus.

3° Nous n'insisterons pas sur le traitement symptomatique de l'anémie ; rappelons seulement que la méthode de Whipple trouve ici une des indications majeures : d'après une récente communication de Weinberg et Alexa, on trouve dans sa remarquable efficacité un argument de plus en faveur de la théorie infectieuse intestinale de la maladie de Biermer : ces deux auteurs, étudiant l'action du foie sur les microbes hémolytiques de la flore intestinale et en particulier sur le bacillus perfringens, observent que les extraits hépatiques neutralisent énergiquement l'hémolysine du perfringens. Lorsque l'anémie pernicieuse est due à une espèce très hémolytique, l'extrait du foie peut la guérir radicalement ; quand à la toxine hémolytique s'ajoute une toxine non hémolytique, l'extrait du foie, qui reste sans action contre cette dernière, ne fait qu'améliorer temporairement le malade l'amélioration cesse dès qu'on supprime le foie. La bouillie de foie peut être avantageusement remplacée par l'extrait aqueux, qui en renferme tous les principes actifs ; il est utile de l'administrer non seulement en ingestion, mais aussi en lavement, ce qui a l'avantage de lui permettre d'agir au niveau même du foyer d'élaboration des toxines.

BIBLIOGRAPHIE

J. Mouzon. — Les travaux récents sur le rôle des troubles digestifs dans l'anémie pernicieuse. — Mouvement médical *in Presse médicale*, n° 51, p. 807, 26 juin 1926.

P. de Bersaque. — Considération sur la méthode de Whipple dans le traitement des anémies pernicieuses. (*Bull. de la Soc. Royale* de Gand, 1928.

A. F. Hurst. — La dégénérescence combinée subaiguë de la moelle et ses rapports avec l'anémie pernicieuse. L'anachlorhydrie et les intoxications intestinales. (*Annales de médecine*, T. XXIV n° 1, juin 1928.)

F. Lombardi. — *Riforma medica*, 30 janvier 1928.

Weinberg et J. Alexa. — Du mécanisme de l'action du foie ingéré dans le traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Whipple.

G. R. Minot, W. P. Murphy et E. J. Cohn. — Le traitement de l'anémie pernicieuse par un régime riche en foie ou par un extrait de foie. (*Annales de médecine*, n° 4, avril 1928.)

Kœssler, Maurer et Loughlin. — The relation of anæmia, primary and secondary, to vitamine A déficiency. (*Journal of Amer méd. Assoc.*, 14 août 1926, p. 476.)

G. Rosenow. — Ueber die Behandlung der perniziosen Anemie mit Leberdiät und mit bestrahltem tyosterin. (*Klin. Wochenschrift*, 13 août 1927, p. 1560.)

Lemaire. — Traitement diététique de l'A. P. (*Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 17 avril 1927, p. 244.)

Le pneumothorax bilatéral,

Par

Michel LÉON-KINDBERG

Médecin des Hôpitaux de Paris

La collapsothérapie, nul ne le conteste je pense, domine aujourd'hui le traitement de la tuberculose pulmonaire ; le pneumothorax artificiel est bien l'agent le plus efficace que nous possédions contre cette terrible maladie. Mais en gros, et quelles que soient les dérogations aux règles strictes d'autrefois, dérogations que l'expérience clinique rend de plus en plus importantes et fréquentes, il vise avant tout les lésions unilatérales ; on conçoit aisément que devant ses succès parfois surprenants, devant la carence aussi des autres modes de traitement, l'on ait eu l'idée d'en étendre l'application même aux cas qui *a priori* paraissaient lui échapper, soit qu'au cours de la cure se développe une bilatéralisation fatale, soit que d'emblée on y ait recours devant des lésions atteignant déjà les deux côtés ; il y avait évidemment à *réaliser* le double collapsus, des risques graves ; à tout bien peser, ils n'avaient pas de contre-partie.

Ce furent tout d'abord des tentatives isolées. Ascoli, au congrès de Rome de 1912, paraît en avoir apporté les premières observations ; Parry Morgan (de Cardiff) en 1913 en publiait un cas, dont il assurait la guérison quatre ans plus tard ; la même année ; Maragliano à Gênes, en 1914 surtout Faguioli (1), assistant d'Ascoli, communiquaient une série d'observations avec quelques heureux résultats. Depuis la guerre, les essais se multiplièrent un peu partout ; en France, les premiers cas publiés furent ceux de Bernou et ceux d'Ameuille (1).

Trois ordres de considérations paraissent guider les phtisiologues et l'on pourrait, de ce point de vue, concevoir trois catégories de pneumothorax bilatéral :

A. C'est tout d'abord la théorie du *pneumothorax localisé*, du « Selective collapse » des Américains. Depuis longtemps, nous avions tous renoncé aux pressions intrapleurales considérables recherchées par les premiers opérateurs ; bien mieux, nous avions tous vu que certains pneumothorax à basse pression, s'acompagnant d'expansion respiratoire des portions encore saines, pouvaient avoir, eux aussi, les plus satisfaisants résultats. De ces faits, deux Américains, Barlow et Cramer (2) firent une doctrine systématique ; pour eux, si on pratique des insufflations minimes et rapprochées, le gaz se localisera toujours et strictement sur la lésion, quel que soit son siège. On pourra donc, aisément et fréquemment, réaliser des pneumothorax bilatéraux d'emblée.

Hennel et Stivelmann (3) proposèrent une théorie et

(1) Faguioli. — Ensaïo da tratamento pelo pneumotorax bilatéral. (*Zentralbl. f. Tub.*, 1914, XXII, p 6.)

(1) Ameuille. — Deux cas de pneumothorax artificiel bilatéral. (Soc. méd. hôp. Paris, 25 mai 1923.)

(2) Barlow et Kramer. — Selective collapse under partial pneumothorax. (*Amer. Rev of Tub.*, avril 1922.)

(3) Hennel et Stivelmann. — So called selective collapse in artificial pneumothorax. (*Amer. Rev. of Tub.*, juillet 1923.)


ALEXIME
ALEXIME



une technique tout opposées : si le poumon tuberculeux est moins facilement et rapidement compressible que le poumon sain, il est aussi, une fois comprimé, beaucoup moins réexpansible ; qu'on réalise donc un collapsus total, puisqu'on laisse baisser la pression : la sélection se fera d'elle-même.

D'une façon ou de l'autre, le pneumothorax localisé est possible, et j'en ai publié moi-même naguère quelques observations caractéristiques (1). Mais de l'avis unanime, et conformément aux pénétrantes études d'Ameuille sur la rétractilité pulmonaire, on n'est pas maître de réaliser à son gré la localisation du collapsus : les conditions et réactions qui la commandent nous échappent complètement ; « c'est affaire de chance et non d'habileté de l'opérateur. »

Il ne faudrait donc pas croire, comme le voulaient les auteurs américains, que l'on peut à volonté réussir le double « selective collapse ». C'est chaque fois une aventure où l'on s'engage et il faut aussi se rappeler que bien souvent le pneumothorax partiel doit être complété par la suite. J'ai dû m'y résoudre dans trois des quatre cas que j'avais publiés. Il est vrai, comme nous le verrons, que ce n'est pas là un obstacle insurmontable.

B. C'est ensuite la théorie du *pneumothorax de détente*. Le terme fut employé pour la première fois par Gwerder Pedoya (de Davos) qui en 1917, dans des cas de tuberculose bilatérale avancée, avait essayé d'amorcer prudemment le décollement du poumon le plus atteint ; dans son esprit, sa tentative, faite dans un but purement symptomatique, s'opposait au véritable pneumothorax curatif avec collapsus total. Mais à sa grande surprise, il vit s'amender au-delà de ses espoirs les signes fonctionnels et généraux, tandis que la bulle de gaz se localisait de préférence autour du siège maximum des lésions.

Que le pneumothorax de détente existe, cela n'est pas douteux et j'ai naguère signalé l'observation d'un malade chez qui un pneumothorax localisé à la base, en bande sus-diaphragmatique, avait néanmoins provoqué l'arrêt puis la guérison des lésions jusque-là évolutives ; Il ne faudrait pourtant pas se faire trop d'illusions : le simple décollement n'entrave guère en général la marche de la maladie.

C. Beaucoup plus importante nous paraît être l'étude du *pneumothorax bilatéral alterné*. Déjà entrevu par Carson dans ses recherches physiologiques de 1918, le pneumothorax alterné a été réalisé, je crois, pour la première fois par Forlanini en 1911 ; il apportait ainsi la preuve péremptoire de la guérison du foyer primitif, et son observation ne resta pas isolée.

Mais bien vite l'on fut entraîné plus loin : parfois de nouveaux foyers évoluent trop rapidement et l'on est forcé de comprimer le second côté avant que l'on ait donné au premier le temps de revenir sur lui-même ; d'autres fois ils apparaissent de bonne heure et l'on ne peut admettre que les premières lésions soient déjà cicatrisées ; dans l'un et l'autre cas, l'on est amené par la force des choses au double pneumothorax simultané ; on s'aperçut tout d'abord qu'il était aisément supporté ; — de là, à le tenter de partis-pris, il n'y avait qu'un pas ; la plupart des phtisiologues l'ont franchi ; guidés par des vues systématiques ou entraînés par la simple observation, ils ont multiplié leurs tentatives, et bien que les plus anciennes soient encore bien récentes, on a pu déjà réunir un ensemble remarquable de faits : en France, citons avant tout la thèse de Chabaud (1), les articles de Tobé et Terrasse (2) et tout récemment la thèse de ce dernier (3) et un intéressant mémoire de W. Jullien (4) ; à l'étranger, à côté d'observations isolées, les publications de Kiusella et Martill (5) en Amérique, de Liebermeister en Allemagne (6). En Italie, de Serio, Castiglioni, Parodi, Moielli, etc.

***

Un premier point tout d'abord, éclatant, incontestable : le pneumothorax bilatéral simultané, qui paraissait *a priori* une gageure, non seulement est possible, mais encore peut se réaliser sans dommages immédiats, sans même s'accompagner de dyspnée désagréable. Bien mieux, certains malades subissent le double traitement avec une aisance vraiment déconcertante : je suis actuellement trois malades, habitant fort loin de chez moi ou de l'hôpital, qui, sans difficulté aucune, viennent régulièrement aux insufflations en employant les plus démocratiques moyens de transport, et qui ne présentent, avec une vie réduite, sans doute mais encore active, qu'un minime essoufflement à l'effort. La malade de Rist et Coulaud (7), dont le double collapsus est quasi total, fait deux fois par mois sans fatigue le voyage du Havre à Paris.

Car le fait n'est pas vrai seulement des pneumothorax partiels, doublement électifs ; les cas extraordinaires comme celui que je viens de citer ne sont pas de rarissimes exceptions. J'en ai observé pour ma part un du même ordre : il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans que je vis il y a deux ans avec des lésions bilatérales évolutives, surtout étendues et profondes du côté gauche ; je réalisai de ce côté un premier pneumothorax qui fut bientôt total. Pendant quelques mois, les lésions du côté droit parurent s'immobiliser, mais ce ne fut qu'une trêve et six mois après les premières insufflations on constatait un envahissement rapide du lobe supérieur de ce côté. Un deuxième collapsus fut proposé et réalisé, et au bout de quelques semaines, voici ce que nous pouvions observer (fig. 1). Or cette jeune fille n'était nullement immobilisée à la chambre ; en dehors de ses trois séances de cure, elle faisait chaque jour une promenade de trois quarts d'heure environ, toujours trop courte à son gré, et était dans l'obligation de surveiller quelque peu son intérieur ; elle venait des environs de Paris, tous les quinze jours, se faire insuffler, et seule une certaine polypnée traduisait chez elle pour l'observateur cette étonnante diminution du champ respiratoire.

M. Rist (8) a analysé de façon pénétrante la physiologie respiratoire de ces cas vraiment paradoxaux : « la respiration de ces malades est analogue à celle de l'enfant nouveau-né qui n'a pas d'air résiduel ni d'air de réserve : « sa première expiration, dit-il, expulse en totalité l'air inhalé par la première inspiration et fait à nouveau du poumon un organe plein comme avant la naissance.

---

(1) Michel Léon-Kindberg. — Collapsus pulmonaire partiel dans le pneumothorax artificiel. (*Pr. méd.*, 15 mars 1924.)

(1) Chabaud. — La bilatéralisation et son traitement. (Th. Paris, 1925.)

(2) Tobé et Terrasse. — Le pneumothorax artificiel bilatéral et simultané. (*Pr. med.*, n° 33, 24 avril 1926.) — Le pneumothorax thérapeutique bilatéral simultané. (*Rev. Tub.*, n° 4, août 1926.)

(3) Terrasse. — Essai sur le pneumothorax artificiel bilatéral et simultané. (Th. Paris, 1928.)

(4) Jullien. — Le pneumothorax bilatéral. (*Gaz. méd. de France*, 15 mai 1928.)

(5) Kiusella et Martill. — Bilatéral pneumothorax. (*Amer. Rev. of Tub.*, déc. 1927.)

(6) Liebermeister. — Der doppelseitige künstliche Pneumothorax (*Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1928, Bd 68, H 6.)

(7) Rist et Coulaud. — Pneumothorax thérapeutique bilatéral avec collapsus extrême des deux poumons. (Soc. méd. hôp. Paris, 1er juin 1928.)

(8) Rist, Coulaud et Chabaud. — Le pneumothorax thérapeutique bilatéral simultané. (Soc. méd. hôp. Paris, 18 déc. 1925, p. 1583.)

L'élasticité pulmonaire mise en jeu par l'inspiration se satisfait donc entièrement lors de l'expiration, le volume du poumon à l'état statique étant exactement le même que celui de la cavité thoracique. Mais à partir de la naissance, la cage thoracique et les poumons s'accroissent inégalement, celle-ci augmentant rapidement sa capacité, même mesurée à l'état de repos expiratoire, tandis que le volume des poumons en équilibre statique reste à peu près stationnaire. Dès le quatrième jour de la vie extra-utérine, l'expiration ne vide plus entièrement le poumon, qui reste en partie distendu par l'air résiduel et l'air de réserve. Mais lorsqu'on examine à l'écran un très jeune enfant qui crie, expulsant ainsi son air de réserve, on

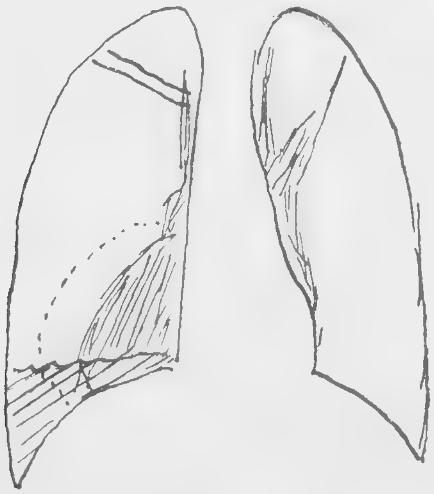


Fig. 1.

s'aperçoit que les poumons s'assombrissent considérablement pendant l'expiration et que, par conséquent l'air résiduel du nouveau-né représente une quantité proportionnellement beaucoup plus petite que chez l'adulte. Les conditions dans lesquelles se fait la ventilation pulmonaire chez l'adulte porteur d'un double pneumothorax sont très analogues à celles d'un nouveau-né. Son air résiduel est à peu près supprimé ; il vit sur son air de réserve ». Dans le cas « limite » qu'ils ont dernièrement publié, Rist et Coulaud trouvaient en effet une capacité vitale de 650 cc., à peine supérieure à l'air courant d'un adulte normal. Dans les cas « moyens » cette capacité vitale est aux environs de 1.200 centimètres cubes (1).

On conçoit qu'une polypnée soit nécessaire pour compenser ce déchet : chez la malade de Rist, l'air courant étant de 166 cc., 22 respirations à la minute donnaient 3 litres 652 d'air inspiré ; après l'insufflation, l'air courant tombé à 153 cc., 27 respirations à la minute donnaient un chiffre plus fort de 4 litres 133.

Il y aurait du reste d'autres considérations à envisager : on sait, d'après les travaux de Gréhant, que le coefficient de ventilation est de 1/10, c'est-à-dire que la masse d'air vicié du poumon se mélange à chaque respiration avec 1/10 de son volume d'air pur. Sans air résiduel, le malade vivant sur son air de réserve qui se renouvelle presque complètement à chaque respiration, le coefficient de ventilation doit s'élever singulièrement, permettant ainsi une meilleure hématose dans les conditions réduites qui sont imposées au poumon.

***

(1) Rist et Coulaud. — Un cas de pneumothorax thérapeutique bilatéral. (Soc. méd. hôp. Paris, 17 juin 1927.) C'est aussi le chiffre moyen trouvé par Kiusella et Martill.

Indications.

A) L'indication majeure est la bilatéralisation au cours d'un pneumothorax classique : c'est le *pneumothorax bilatéral secondaire*, « pneumothorax double à retardement » de Jullien. On sait qu'elle constitue la plus grave des complications de la collapsothérapie. Rien du reste ne semble en permettre la prévision : peut-être, selon la suggestion de Terrasse, faudrait-il la redouter surtout chez les malades chez lesquels, en dépit de tous autres symptômes favorables, persisterait une expectoration bacillifère (1) Gwerder dans le même sens a signalé les hémoptysies à répétition (2).

Elle peut être précoce ou tardive, et chaque fois aiguë ou lente, sous les formes anatomiques les plus variées.

Dans l'ensemble, il faut distinguer surtout les lésions extensives, à symptomatologie marquée, et qui sont la cause la plus fréquente de nos échecs, et la « bilatéralisation-rechute », lésion qui se développe à bas bruit, et peut apparaître déjà fixe d'un examen radioscopique à l'autre. J'ai plusieurs fois constaté une « caverne-surprise » dans ces conditions. De tels faits, répondant à une lésion qui va demeurer locale pendant longtemps, sont *a priori* les plus favorables, exactement d'ailleurs comme dans le pneumothorax unilatéral.

On conçoit que la date d'apparition, le mode de développement de ces rechutes nous offriront tous les intermédiaires entre le pneumothorax alterné typique et le bilatéral simultané, quasi d'emblée.

B) Le pneumothorax bilatéral d'emblée. — Devant la tuberculose bilatérale, il ne saurait évidemment y avoir de règles. Il faut estimer le caractère évolutif et l'étendue des lésions (3), apprécier aussi, ce qui est plus difficile encore, l'état général et les capacités réactionnelles du sujet ; — et se dire, si l'on croit avoir quelque chance, que c'est une aventure où l'on n'a rien à perdre et tout à gagner. Quelle que soit notre prudence, ou même notre méfiance première, les échecs, s'ils tempèrent les exagérations, n'empêchent pas que de plus en plus on envisage une porte de salut pour des malades sans cela condamnés à mort.

La décision une fois prise, il faut s'attaquer d'abord aux lésions les plus jeunes et les plus évolutives, même si elles paraissent les moins importantes. On peut être ainsi conduit à collaber le côté opposé à une caverne : notre conduite ne sera paradoxale qu'en apparence.

C) Le pneumothorax bilatéral préventif. — C'est ce que M. Sergent a proposé et réalisé après l'accouchement : la grossesse en elle-même marque en effet quelquefois un véritable temps d'arrêt dans l'évolution de la phtisie ; mais ce n'est qu'une trêve et il a vu se précipiter à sa suite des tuberculoses caséeuses aiguës analogues à celles de l'enfance. Peut-être la décompression brusque du thorax en est-elle un facteur important.

En tout cas, dans les observations où un double « pneumothorax de détente » fut réalisé par principe, sitôt après la délivrance, il n'a vu se développer aucun épisode menaçant. Seule une statistique plus importante et

(1) S'appuyant sur une statistique de 102 malades de Tobé, Terrasse constate : sur 50 bacillaires constants ou intermittants : 27 bilatéralisations, soit 54 % ; sur 52 non bacillaires (après pneumothorax) : 5 bilatéralisations, soit 9,5 %.

(2) Gwerder. — Paradoxen vom kürstlichen Pneumothorax. (*Zeitsch. f. Tub.*, XLVI, H. 4, 1926.)

(3) Jullien estime que la moitié de la surface pulmonaire doit être intacte, formule commode, mais qu'il faudrait, on s'en doute, entendre au sens large.

des faits longuement observés pourront nous dire si vraiment on peut ainsi pallier à la terrible « phtisie post partum ».

***

Technique.

La technique du pneumothorax bilatéral n'offre rien de bien particulier, si ce n'est, on le conçoit, qu'il faut redoubler les précautions habituelles de la collapsothérapie, qu'il faut rigoureusement s'opposer à tout traitement ambulant précoce ; il exige au plus haut point « un médecin spécialisé entouré de tout l'outillage médico-chirurgical et radiologique nécessaire » (Tobé et Terrasse).

Quelques points pourtant demandent d'être précisés.

Tout d'abord, il peut être logique, s'il existe un premier collapsus, d'essayer de le rendre électif, s'il ne l'est déjà.

Il ne faudrait pas trop s'entêter dans cette voie ; avant tout, d'un côté comme de l'autre, il faut que le pneumothorax soit *effectif* et bien qu'en ces matières tout soit question d'espèces, et qu'il faille se garder avant tout des formules toutes faites, je me rallierais plutôt à la formule de Jullien, du « pneumothorax le moins électif possible. »

S'il faut agir d'emblée des deux côtés, il faudra espacer au maximum les deux interventions. Encore ne faut-il pas à tout prix attendre que le premier équilibre soit atteint ; des lésions envahissantes peuvent nous forcer la main ; seul encore l'opportunisme est de rigueur.

Même problème, mêmes discussions en ce qui concerne la technique proprement dite (1) : les uns (Tobé et Terrasse), convaincus des résultats que peut donner le simple pneumothorax de détente, et effrayés des troubles provoqués par des manœuvres brutales, recommandent les insufflations minimes répétées, très doucement progressives ; les autres (Chabaud), assurés que l'aiguille à réinsufflation est l'agent essentiel des perforations pleuro-pulmonaires, très frappés aussi de l'évolution aiguë des lésions dans un moignon encore expansible, veulent au contraire des insufflations immédiatement effectives, qui éloignent au maximum le poumon de la paroi (2).

Les arguments de part et d'autre sont excellents, et se contredisent moins qu'il ne paraît ; contre des lésions jeunes, superficielles, envahissantes, il me semble préférable d'insuffler d'emblée énergiquement ; si des lésions localisées rendent possible la temporisation, elle nous évitera sans doute quelques pénibles incidents.

L'entretien d'un double pneumothorax est chose plus minutieuse que difficile ; seuls les examens fréquents, cliniques et radiologiques, peuvent nous guider. Mais il faudra toujours, je crois, se méfier des arrêts provisoires que procurent des compressions insuffisantes : il faut tâcher de rendre chaque pneumothorax aussi effectif que possible. Nous avons vu que l'on pouvait aller loin dans cette voie.

***

Les *complications immédiates* sont rares : l'anoxémie, l'anhématose ne sont guère observées.

Une seule est à craindre, mais dramatique : la *perforation pleuro-pulmonaire*, et c'est justement la pratique de la collapsothérapie bilatérale qui en a remis l'étude à l'ordre du jour. Pour les classiques, en effet, en dépit des critiques de Bard, la perforation est rare (Forlanini, Dumarest).

Mais on s'est aujourd'hui demandé si elle n'était pas simplement silencieuse et bénigne dans le pneumothorax unilatéral, alors qu'elle se manifestait à grand fracas dans le double (Léon Bernard, Burnand). J'avoue n'être pas très convaincu et je me rallierais volontiers aux conclusions de Chabaud, qui incrimine le développement très superficiel des lésions de bilatéralisation et la piqûre par l'aiguille. Raison de plus pour rester assez longtemps fidèle au trocart lorsqu'on pratique le deuxième collapsus.

Si la perforation se produit, c'est l'asphyxie suraiguë. Je l'ai observée une fois. Il y a du reste dans ses manifestations quelque chose de mystérieux : la décompression rapide n'apporte aucun soulagement. L'issue fatale est presque toujours signalée.

La perforation peut d'ailleurs se produire spontanément : c'est à elle que l'on attribue *certains cas de mort inopinée*. Elle paraît surtout menacer les collapsus extrêmes, ceux dont l'équilibre toujours précaire en dépit des apparences se rompt au moindre heurt.

C'est ainsi que j'ai malheureusement perdu la jeune fille dont je donnais plus haut le schéma : sans aucun symptôme prémonitoire, sans aucune raison appréciable, en pleine amélioration continue depuis 16 mois, elle fut soudain prise à 3 h. de l'après-midi d'asphyxie avec cyanose et mourait trois heures après dans le coma progressif.

Les *complications tardives* sont les mêmes que dans le pneumothorax unilatéral : épanchements séro-fibrineux, qui nécessitent des ponctions plus précoces ; épanchements purulents, pour lesquels, jusqu'à plus ample informé, je resterai fidèle à la simple méthode des ponctions-insufflations (1) ; adhérences et poussées évolutives ou ulcéreuses dans un moignon incompressible, pour lesquelles on pourra discuter de l'oléothorax, voire d'interventions chirurgicales. Je ne puis dans cet article qu'en indiquer la possibilité.

***

Résultats.

Il est bien difficile d'apprécier dès maintenant avec précision les résultats du pneumothorax bilatéral. C'est une méthode bien récente ; les cas auxquels on l'applique varient sans doute avec chaque observateur, et il serait vain d'additionner les statistiques publiées, d'ailleurs bien minimes, les 41 cas dont parle Ameuille, les 19 cas de Terrasse, les 6 cas de Jullien, les 28 cas de Kiusella et Mattill et les observations éparses dans la littérature. Bien peu des « succès » ont subi la nécessaire épreuve du temps. Mon expérience personnelle porte sur 16 cas : quatre fois des adhérences étendues se sont opposées à mes tentatives, trois malades sont morts dans des délais variant de six à dix-huit mois, mon premier malade fut emporté d'emblée d'asphyxie suraiguë. Des 8 autres, quatre ne sont plus bilatéraux : j'ai laissé revenir progressivement le premier pneumothorax : ils rentrent dans la catégorie des collapsus alternés. Quatre vont bien : mais les interventions ne remontent pas au-delà d'une année. Il faut donc résister à l'emballement et à un optimisme facile.

---

(1) Jullien a conseillé l'exploration bilatérale de la pression pleurale comme premier temps de tout pneumothorax double d'emblée. Il y a là une recherche intéressante qui permet évidemment de préjuger du résultat. (Soc. méd. hôp. Paris, 24 juin 1927.)

(2) Chabaud. — Quelle interprétation donner aux perforations survenant au cours des deuxièmes collapsothérapies ? (Soc. Et. Sc. Tub. 4 juin 1927, in *Rev. Tub.*, 1927. p. 583.)

(1) M. Léon-Kindberg. — A propos du traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. (Soc. méd. hôp. Paris, 20 avril 1928.)

Faut-il pour cela adopter sans restriction les vues pessimistes d'Ameuille ? Dans une communication faite en mars 1927 (1) il déclarait sur 41 malades n'avoir plus que 6 survivants, et encore ceux-ci n'avaient plus qu'un pneumothorax. « Lorsqu'un sujet, ajoutait-il, traité pour une tuberculose unilatérale fait une localisation symétrique, cela établit d'une façon péremptoire que ses lésions ont une tendance extensive indiscutable.

Il semble donc, que quel que soit le procédé que l'on emploie pour arrêter l'évolution de ces lésions on ne pourra donner au malade qu'un soulagement provisoire et que l'extension finira toujours par se produire. »

Cela sera vrai bien souvent, encore que les résultats palliatifs de cet ordre ne soient pas à dédaigner, qu'on ait parlé en certains cas de guérison avec abandon de toute insufflation (2) et que, comme le dit très bien Jullien, « on fasse courir infiniment moins de risques au malade en leur instituant un double pneumothorax dans les conditions requises qu'en les abandonnant à leur malheureux sort... »

Nous sommes évidemment en présence d'un problème encore à l'étude. Mais il n'apparaît pas d'ores et déjà que la solution en doive être désespérée, et avec toutes les restrictions que comporte un sujet encore mal exploré, on pourrait peut-être, très provisoirement, et plutôt à titre d'indications générales, envisager des catégories de faits différentes :

A) Il y a d'abord les formes évolutives et envahissant les deux poumons : ici, la formule d'Ameuille nous paraît devoir s'appliquer avec une triste exactitude.

B) Cependant, nous avons tous, dans des cas de cet ordre, observé des arrêts prolongés, nous avons vu d'autre part que les collapsus énergiques qui s'imposent dans ces cas peuvent être parfaitement supportés des deux côtés, simultanément. Il n'est donc pas encore démontré qu'il faille absolument désespérer de l'avenir. Ce que l'on peut affirmer, c'est que pendant longtemps, même dans les conjonctures les plus favorables, de tels malades seront essentiellement fragiles ; la mort subite dont je citais plus haut l'histoire montre sans conteste que le moindre choc peut les emporter.

C) Les cas de pneumothorax partiel, surtout les cas qui visent la bilatéralisation secondaire, apparaissent infiniment plus favorables, d'autant plus favorables à mon sens que la bilatéralisation aura été plus tardive. A dépouiller de près les observations publiées, on a l'impression très nette que l'on peut chez ces malades espérer la guérison véritable, et de fait les quelques cas de guérison, comme celui de Besançon et Jacquelin appartiennent à cette catégorie.

Voici le schéma radioscopique d'un des malades que nous suivons actuellement : homme de 43 ans, pneumothorax gauche il y a 18 mois ; reprise du travail trop précoce, et contre notre avis, après six mois seulement d'insufflations. Apparition silencieuse d'une caverne du lobe supérieur droit qui s'accompagne bientôt de reprise de la fièvre et de l'amaigrissement. Deuxième pneumothorax il y a six mois. Le collapsus est partiel des deux côtés : vraiment électif à gauche, dû à des adhérences à droite, adhérences que souligne l'accumulation d'un petit épanchement au milieu de l'hémithorax (fig. 2.)

(1) Ameuille. — Création d'un pneumothorax artificiel sur le côté de la poitrine opposé à la thoracoplastie. (Soc. méd. hôp. Paris, 18 mars 1927.)

(2) Outre les cas anciens de Parry Morgan, Ascoli, etc., citons les cas de : Samson, Russi, Silvy. En France, le malade de Bezançon et Jacquelin (*Pr. méd.*, 17 sept. 1924), est actuellement bien portant avec abandon de toute insufflation. (Communication orale.)

Actuellement tout phénomène pathologique a disparu, il n'y a aucun trouble fonctionnel ; on a pu régler les difficultés matérielles qui s'opposaient à une cure prolongée. Il ne me paraît pas excessif de porter un pronostic favorable.

D) La collapsothérapie bilatérale a été appliquée à l'enfant ; Armand-Delille et Lestocquoy, Gautier (de Genève) (1) en ont apporté plusieurs heureux résultats. Ameuille a fait entendre quelques réserves ; le pneumothorax d'une façon générale donne de moindres succès chez l'enfant que chez l'adulte,

E) Enfin on a envisagé la « collapsothérapie combinée » à un premier pneumothorax pouvant être associée de l'autre côté une des interventions qui le com-

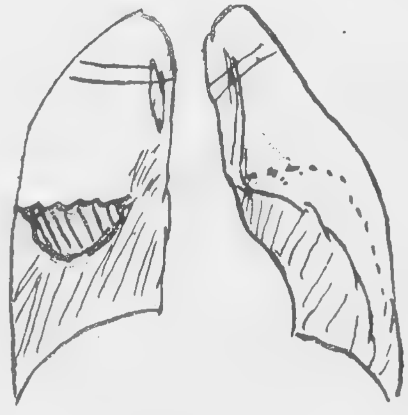


Fig. 2.

plètent ou le remplacent. Dans nombre des cas publiés, l'oléothorax a été employé, des deux côtés même dans un cas de Coulaud. Jullien (2) a associé pneumothorax et phrénicectomie, Ameuille, Samson (3), pneumothorax et thoracoplastie, Toussaint (4) les diverses interventions chirurgicales. Les résultats publiés, trop peu nombreux et trop récents, ne laissent pas que d'être encourageants.

***

En résumé, le pneumothorax bilatéral simultané — tentative hardie et *a priori* paradoxale — s'est montré d'une réalisation relativement aisée.

S'adressant par définition à des cas extrêmement graves, il n'apporte pas évidemment les remarquables résultats de la méthode classique de Forlanini : d'ores et déjà, il permet de sauver parfois, de prolonger bien souvent des malades voués à une mort rapide ; il ne fait aucun doute, pour qui l'a pratiqué, que les résultats actuels ne peuvent que s'améliorer.

Il s'adresse soit à la bilatéralisatiou au cours d'un pneumothorax déjà institué, soit d'emblée, à des lésions bilatérales.

(1) Armand-Delille et Lestocquoy. — Pneumothorax artificiel chez l'enfant tuberculeux. (Soc. méd. hôp. Paris, 16 déc. 1927.)

Gautier. — Pneumothorax bilatéral chez l'enfant. (*Ibid.*)

Armand-Delille. — Le pneumothorax bilatéral simultané dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. (*Monde médical*, 1er mai 1928.)

(2) Jullien. — Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée traitée par la phrénicectomie droite et la pneumothorax artificiel gauche. (Soc. méd. hôp. Paris, 18 déc. 1925.)

(3) Samson. — Pneumothorax bilateralis. (*Zeitsch. f. Tub.*, 1927. XLVII, f. 4.)

(4) Toussaint. — Chirurgie thoracique d'épargne et tuberculose pulmonaire. (*Arch. méd. chir. app. respir.*, I, n° 6, 1926, p. 509.)

MM. Tapie, Bernardbeig et Lyon, sans donner d'exemple d'application bilatérale, ont également insisté sur l'association des diverses interventions. (Cf. VIe Congrès nat. de la tub., Lyon, 1927.)

Le premier cas, malgré le pessimisme d'Ameuille, me paraît le plus favorable ; peut-être n'arrêtera-t-il pas les progrès implacables de la bilatéralisation aiguë précoce, processus d'envahissement tuberculeux qui sera pour longtemps encore au-delà de nos moyens thérapeutiques; mais dans la bilatéralisation tardive, à évolution froide — qui dans mon expérience personnelle s'est montrée la plus fréquente — il donne et donnera de plus en plus de beaux succès, et des succès qui peuvent déjà pour certains cas être considérés comme définitifs.

Devant des lésions bilatérales, le succès me paraît devoir être assez incertain : trop souvent, à des lésions évolutives des deux côtés, rien ne pourra s'opposer ; ce sera question d'espèces, et de chance.

D'ailleurs, si l'on est bien assuré de la supériorité des méthodes collapsothérapiques, les indications du pneumothorax double d'emblée devraient par là même se réduire singulièrement : je reste convaincu que la première poussée évolutive est presque toujours unilatérale, et que c'est à ce moment qu'un pneumothorax classique devrait être réalisé, ponr donner ses résultats les plus solides et les plus rapides (1).

Quoi qu'il en soit, et sans vouloir préjuger d'un avenir incertain, d'ores et déjà le pneumothorax double simultané a fait ses preuves : sa réalisation même est d'un intérêt scientifique et physiologique considérable ; il permet de prolonger et de guérir un certain nombre de malades ; nul ne peut prévoir les développements que l'expérience clinique et technique que nous sommes en train d'acquérir est susceptible de lui donner.

Action de l'Insuline chez les rénaux,

PAR

M. LOEPER, A. LEMAIRE et J. RAVIER.

Depuis qu'elle a été découverte, et il n'y a pas très longtemps, l'insuline a été l'objet d'un nombre incommensurable de travaux. Le beau livre de A. Choay mentionne plus de 1.300 indications bibliographiques qui concernent tantôt son action physiologique, tantôt sa nature et tantôt ses effets thérapeutiques. On commence à se mettre d'accord sur son extraction, sur sa posologie et sur son titrage. Après l'avoir isolée du pancréas, on l'a retrouvée dans beaucoup des organes et humeurs de l'homme et des animaux ; on l'a même entre aperçue dans les végétaux.

Quelle que soit sa composition chimique exacte, sans doute assez identique dans tous les tissus, elle agit d'abord sur la glycémie, ensuite sur le métabolisme de l'eau, enfin sur l'acidose et la nutrition tout entière. Elle n'est pas sans effet sur le foie, sur la thyroïde, et sur le rein.

Son activité dépend non seulement de son mode de préparation, d'administration, mais aussi du milieu dans lequel on l'introduit et aussi des apports nutritifs de ce milieu. On a même pensé qu'elle pouvait varier aussi avec l'intégrité du foie, des thyroïdes et de la surrénale.

Mais on n'a guère songé au rein ou plutôt à l'influence que peut avoir sur la glycémie insulinique la valeur éliminatrice ou la perméabilité du rein. Les recherches de Fischer et Noble ont passé presque inaperçues. Elles attestaient pourtant l'apparition dans l'urine d'une partie de l'insuline injectée dans le sang. Celles aussi de Best, Scott et Banting qui affirmaient l'extraction de l'urine normale d'une dose d'insuline suffisante à provoquer des convulsions.

C'est aux constatations de ces auteurs que nous devons l'idée de ce travail.

* * *

Nos premières expériences ont tout d'abord eu pour but de vérifier leurs conclusions.

Nous avons injecté à des sujets normaux et pathologiques cliniques à jeun 5, 10 et même 20 unités d'insuline, dans la veine du bras.

Nous avons recueilli, pour les comparer, les urines des 3 heures qui précèdent et des 4 heures qui suivent l'injection.

L'insuline produit assez souvent une polyurie, mais cette polyurie n'apparaît guère que deux, trois et même quatre heures après l'injection. Elle est précédée d'une oligurie. Pour la recherche de l'insuline éliminée, il est indispensable d'attendre la polyurie.

C'est dans l'urine en nature que nous avons tout d'abord étudié le pouvoir glycémiant. Mais nous avons renoncé à cette pratique pour plusieurs raisons : la richesse de l'urine en insuline est naturellement faible et la quantité élevée que l'on doit injecter entraîne fatalement une intoxication de l'organisme et une dilution du sang; d'autre part l'abondance des substances antagonistes nuit à l'action de l'insuline.

Nous avons donc suivi la technique de Toronto, traité la totalité des urines par le sulfate d'ammoniaque et extrait par l'alcool à 90° l'insuline contenue dans le précipité. L'injection était faite après évaporation totale de l'alcool et redissolution du résidu dans l'eau physiologique.

Le dosage du sucre du sang était effectué avant l'injection à l'animal et une et deux heures après par la méthode de Fontès et Thivolle.

Voici les résultats obtenus avec l'urine des sujets normaux :

	Hypoglycémie
Convalescent de pneumonie, 1 h. après....	0,06
Diarrhéique, 2 h. après..................	0,12
Bacillose au début, 3 h. après...........	0,13
Convalescent de grippe, 4 h. après........	0,38

La diminution de la glycémie est des plus évidentes dans les quatre cas. Mais elle s'accuse surtout à la 3e et à la 4e heure, ce qui prouve le passage assez tardif de l'insuline dans l'urine.

Il est difficile d'apprécier exactement le nombre d'unités contenues dans cette urine. Dans le quatrième cas notre animal pesait 3 kilogr. 0,38 représente donc à peu près

(1) J'ai soutenu longuement ce point de vue dans un livre sur la *Collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire* (Masson, édit., 1927), et dans une conférence sur le même sujet parue dans la *Soc. méd. hôp. Paris*, 15 janvier 1928.

3 unités cliniques et par conséquent le 1/6 de l'insuline injectée.

Le rein normal élimine donc une proportion très appréciable de l'insuline injectée. Mais le rein imperméable ou peu perméable ne se comporte pas de même. Avec l'urine des sujets néphrétiques en effet, dont le taux d'azotémie oscillait entre 0,70 cgr. et 2,50, la diminution de la glycémie est à peu près négligeable 1 h., 3 et 4 h. dans 4 expériences nous ne constatons aucun abaissement.

Un phénomène assez paradoxal même se produit parfois chez le rénal à la suite des injections intraveineuses d'insuline, c'est l'apparition dans l'urine d'une forte action hyperglycémiante.

Un de nos malades donne avec l'urine recueillie 3 heures après l'injection un accroissement de 4 cgr. ; un autre avec l'urine recueillie 4 heures après, un accroissement de 45 centigrammes.

Ce phénomène est difficilement explicable sinon peut-être par la production en excès d'une substance antagoniste. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Nous aurions voulu apporter ici quelques résultats touchant l'élimination de l'insuline chez l'animal. Malheureusement, la maigre quantité des urines recueillies et leur souillure constante ne permettent aucune conclusion précise.

Les résultats obtenus chez l'homme suffisent d'ailleurs à autoriser cette première conclusion : à savoir que *l'insuline injectée dans les veines traverse le rein normal,* qu'elle *traverse mal le rein* des *néphrétiques* et qu'elle est certainement retenue dans le sang et dans l'organisme des sujets imperméables.

***

Il vient naturellement à l'esprit de rechercher si cette rétention de l'insuline introduite dans la circulation d'un imperméable du rein n'*augmente pas son pouvoir hypoglycémiant* ou si elle ne prolonge pas sa durée.

Les expériences et les dosages qui suivent confirment en tous points cette hypothèse.

Nous avons pris cette fois deux ordres de sujets : d'abord des lapins dont nous avons successivement ligaturé le pédicule du rein droit et du rein gauche, réalisant ainsi une imperméablité partielle puis totale, ensuite des malades nettement imperméables, cardiorénaux ou néphrétiques dont le taux d'urée sanguine avait préalablement permis de mesurer l'imperméabilité.

Une même dose d'insuline était injectée dans le sang des lapins ou sujets d'expérience. La glycémie était appréciée avant l'injection et une heure après elle.

Voici les résultats obtenus chez l'animal de 2 kilogr. après injection de 2 unités cliniquzs :

	Dose	Avant	1 h après	Différence	%
Lapin A					
Avant ligature 2.500 gr.....	2 u	0,65	0,60	—0,05	—8
24 h. après ligature d'un rein	2 u	0,90	0,18	—0,72	—80
8 jours après cette ligature..	2 u	1,10	0,55	—0,55	—50
24 h. après ligature des 2 reins	2 u	0,62	0,31	—0,31	—50
Lapin B					
Avant ligature 2.500 gr....	2 u	0,99	0,49	—0,50	-50
24 h. après ligature d'un rein	2 u	1,17	0,40	—0,77	-66

Ces chiffres prouvent de façon indiscutable l'augmentation progressive du pouvoir hypoglycémiant de l'insuline au fur et à mesure de l'imperméabilité rénale expérimentale.

Le long intervalle auquel furent faites la plupart de ces injections ne permet, semble-t-il, pas de faire intervenir l'hypersensibilité qu'ont invoquée Penau et Simonnet.

Les résultats obtenus chez l'homme sont remarquablement superposables :

Nous avons pris des cardio-rénaux à imperméabilité surtout circulatoire et de vrais rénaux indiscutablement imperméables et azotémiques.

Nous les avons mis dans les mêmes conditions d'alimentation parce que le régime à lui seul établit des différences. Nous les avons examinés à jeun parce que le flot alimentaire bouleverse la glycémie, et nous leur avons injecté les mêmes doses d'insuline, tantôt de 5, tantôt de 10 unités. Les dosages ont été faits par la même méthode avant l'injection et une heure après.

Alors que l'abaissement de la glycémie s'établit en moyenne chez les sujets normaux autour de 20 %, il s'établir chez les imperméables à un taux bien plus élevé.

Insuffisance cardio-rénale.

	Dose	Avant	1 h. après	Différence	%
Hodgson.............	5 u	0,86	0,54	—0,32	—37
Initial..................	5 u	1,35	0,80	—0,55	—48
	5 u	0,54	0,29	—0,25	-50
Hypertension...........	5 u	0,45	0,30	—0,15	-33
Id.	10 u	0,90	0,47	—0,49	-51
Id.	10 u	0,51	0,33	—0,18	—35

Ici l'hypoglycémie oscille autour de 42 %.

Elle s'accroît encore dans les grandes imperméabilités rénales :

Imperméabilité rénale.

		Dose	Avant	1 h. après	Différence	%
Azotémie	0,90	5 u	1,21	0,64	—0,57	—44
Id.	1,25	3 u	0,86	0,54	—0,32	-37
Id.		5 u	1,20	0,19	—1,01	—87
Id.	2	5 u	0,84	0,63	—0,21	-24
Id.	3,25	5 u	0,72	0,42	—0,30	-45
Id.	2 gr.	10 u	0,53	0,23	—0,30	—51
Id.	3,25	10 u	0,68	0,40	—0,28	—48

Ici l'hypoglycémie peut atteindre 84 %. La moyenne est de 45 %, bien que le rapport ne soit strict ni avec la dose injectée ni avec le degré d'azotémie.

Une seule malade fait exception à cette règle, mais elle est en même temps une azotémique et une glycosurique. Malgré l'imperméabilité rénale, son hypoglycémie fut seulement de 7 %.

***

Dans ces différents cas, l'hypoglycémie ne fut pas seulement plus accentuée qu'elle ne l'était chez le lapin normal ou l'homme normal. Elle fut également notablement prolongée. Chez un de nos animaux tout d'abord la courbe glycémique s'abaissa encore de 0,62 centigr. à 0,40 et à 0,28 9 heures après l'injection de 2 unités chez un lapin totalement imperméable. Chez nos malades la persistance après 24 heures d'une hypoglycémie marquée témoigne également de la continuité de l'action de l'insuline.

	A	B
Avant l'injection..................	0,96	0,72
1 heure après l'injection............	0,47	0,42
24 heures après....................	0,51	0,68

Nous pouvons donc affirmer que non seulement l'imperméabilité rénale accroît l'action hypoglycémiante de l'insuline mais qu'elle la *prolonge encore au delà des délais normaux.*

Ces recherches comportent une conclusion pratique, à

savoir qu'il faut se méfier des doses fortes d'insuline chez les sujets imperméables parce que ces doses peuvent produire des glycémies infiniment plus marquées et plus durables que chez un sujet normal.

***

Forts de ces résultats nous avons porté notre attention sur ce que nous appellerons l'*insuline autochtone*.

L'insuline existe certainement dans le sang normal, mais elle y est bien difficilement constatable. Elle existe aussi dans l'urine et s'y retrouve plus aisément. Ainsi que nous le disions plus haut, Best Scott et Banting ont extrait de 800 gr. d'urine de sujet sain une proportion d'insuline suffisante à provoquer des convulsions chez le lapin. Leurs essais sont encore concluants chez la femme enceinte, mais ils sont restés infructueux chez le diabétique.

Il est parfaitement exact qu'on peut mettre en évidence dans l'urine normale un pouvoir hypoglycémiant. Chose assez curieuse, ce pouvoir existe surtout dans l'urine à jeun A ce moment on peut extraire de 150 à 200 cc. d'urine une quantité d'insuline capable d'abaisser le sucre du sang de 0,15 à 0,21 et même à 0,46. Mais cela se produit chez un sujet normal et non chez un imperméable car, chez lui, l'urine recueillie à jeun ne jouit d'aucun pouvoir hypoglycémiant ou d'un pouvoir à peu près nul.

On peut s'étonner que le pouvoir hypoglycémiant ne se constate pas dans l'urine du repas, qu'il soit même remplacé parfois par une action inverse, en un mot hyperglycémiante. Le paradoxe n'est qu'apparent si l'on veut bien se rappeler que le repas apporte à l'urine toute une série de déchets fermentaires, peptiques et pancréatiques, dont certains restent en solution et qui nuisent à l'action de l'insuline.

D'ailleurs le pouvoir hyperglycémiant est moindre chez l'imperméable que chez l'homme normal, car les ferments eux-mêmes passent difficilement dans l'urine.

Nous concluons donc que l'*insuline autochtone* existe dans l'urine, qu'elle *traverse le rein normal*, mais qu'elle traverse peu ou *mal le rein pathologique*.

Ainsi semble s'avérer chez l'imperméable la *rétention insulinique*. Et si la difficulté de l'extraction de l'insuline sanguine nous a jusqu'ici empêchés de trouver dans le sang la contre-partie de ce que nous trouvons dans l'urine, c'est-à-dire l'augmentation de l'insuline du sang par opposition à la diminution de l'insuline urinaire, il nous paraît cependant possible d'affirmer que l'insuline des néphrétiques reste dans l'organisme et dans le sang.

***

La conséquence de cette rétention devrait être une diminution appréciable de la glycémie chez les imperméables.

Or les recherches de Desgrez, Bierry et Rathery nous ont appris que les néphrétiques étaient en général hyperglycémiques.

Et cette hyperglycémie a été constatée aussi par Lépine et par nous-mêmes. Nous admettons qu'elle peut se produire, ainsi que nous venons de le voir, après la ligature d'un rein chez le lapin. mais elle s'atténue après la double ligature et est souvent peu appréciable.

Nous croyons qu'elle est surtout très inconstante dans l'imperméabilité humaine.

Nous avons étudié à ce point de vue sept rénaux imperméables et sept cardiorénaux dans des conditions d'alimentation rigoureusement identiques.

Les cardiorénaux nous ont donné 0,76 cgr. de glucose, les rénaux 0,89 alors que la moyenne des normaux examinés atteint 1,01 (1).

L'hypoglycémie est donc, à notre avis, plus fréquente que l'hyperglycémie et l'on peut évidemment se demander si cette hypoglycémie d'un certain nombre de ces malades n'est pas due en partie à la rétention de leur propre insuline.

Quand le sucre sanguin reste normal, quand même, ainsi que les auteurs classiques l'avancent, il s'élève au-dessus de la normale, il faut bien admettre l'entrée en jeu de substances antagonistes. Et il ne manque pas de produits hyperglycémiants et hypertoniques pepsine, trypsine, amylase, adrénaline même, qui peuvent contrarier l'action de l'insuline, la réduire, la retarder ou l'annihiler.

***

Nos conclusions restent donc inchangées :

L'insuline introduite dans les veines s'élimine en partie par le rein. Elle s'élimine mal chez l'imperméable.

L'urine normale contient de l'insuline.

L'urine du néphrétique en contient peu ou pas.

La rétention de l'insuline injectée chez l'imperméable, aussi bien chez l'homme que l'animal d'expérience accroîson influence hypoglycémiante.

La rétention de l'insuline autochtone aurait très vraisemblablement pour cause une hypoglycémie chez les rénaux si l'organisme ne s'accoutumait à l'action de l'insuline, si l'insuline n'était point contrariée par d'autres rétentions simultanées de substances antagonistes.

Ces constatations méritent d'être retenues par le thérapeute. Elles l'obligent à considérer avant tout traitement la perméabilité du rein et le mettront en garde contre des doses d'insuline trop fortes ou trop répétées chez des imperméables.

Elles intéressent aussi le biologiste qui doit y voir un exemple de ces rétentions de substances endocriniennes dont l'importance est considérable dans l'imperméabilité rénale une preuve de ces *hypercrinémies* par rétention rénale sur lesquelles nous reviendrons prochainement.

Dentifrice. — On connaît l'aventure arrivée au baron de Feneste : « Il est une demi-heure à se frotter les dents. Un matin, étant à Paris au lever de Mademoiselle Caboche, en fouillant toutes ses hardes de nuit, il arriva à une boîte d'ivoire. Lui demandant ce qu'il y avait dedans, et elle, ne voulant pas dire que c'était de la fiente d'enfant qu'elle avait toujours pour remède à la matrice, aima mieux feindre que ce fut pour blanchir les dents : aussitôt notre bon baron l'emporte dans le degré, pour s'en frotter à son aise : et elle lui ferma la porte, de peur qu'il ne la battît ». (*Intermédiaire* 1876, p. 366)

Un mot de Ricord. — Combien de gens qui connaissaient M. Ricord affectaient de ne pas le saluer au passage, quand ils pouvaient craindre d'être vus ! on n'avouait pas volontiers qu'on avait reçu ses soins ; mais, dans l'intimité, avec quel empressement on causait avec lui ! Il semait à profusion les mots d'esprit.

Sous le règne de Louis-Philippe, vers 1840, au moment où les discussions parlementaires se succédaient sans amener de résultats, il lui arriva de nous dire en riant :

« Il n'y a que moi qui puisse avoir la majorité à la Chambre. » (Challamel. *Souvenirs d'un Hugolâtre. La génération de 1830.*)

---

(1) Il s'agit ici évidemment du sucre libre et non du sucre protéidique ou du sucre total.

Médications supplémentaires de la sécrétion gastrique, (1)

Par

M. le Professeur Maurice LOEPER.

Il est une classe de maladies qu'on rencontre fréquemment dans les consultations de gastro-entérologie : ce sont les insuffisances de la sécrétion gastrique et même les achylies. Dans une précédente leçon j'ai étudié les amers et montré leur double action excito-sécrétoire et excito-motrice. Pour qu'ils répondent à l'espoir qu'on met en eux, il faut que la muqueuse ne soit pas par trop altérée. Sinon ils se montrent inefficaces : c'est alors qu'il faut recourir aux médications supplémentaires.

La connaissance de la physiologie gastrique est de date relativement récente : le tubage, qui réalise un procédé remarquable d'exploration, n'est connu que depuis une quarantaine d'années. Et c'est après une longue période de tâtonnements qu'ont pu être établis des faits jugés aujourd'hui courants.

Van Helmont, Deloboe et d'autres savaient déjà que le contenu gastrique était acide : mais ils pensaient que cette acidité dépendait d'une fermentation alimentaire. Cette acidité de fermentation existe : mais c'est un fait pathologique. Il faut en arriver à l'observation du médecin canadien Beaumont, sur un soldat porteur d'une fistule accidentelle, et aux travaux de Blondlot pour que s'établisse la notion d'une sécrétion acide de l'estomac. Claude Bernard l'admet et Richet, dans sa thèse de 1875, prouve que le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique, au taux optimum de 2 0/00.

En fait, l'acide chlorhydrique du milieu gastrique n'est pas identique au produit minéral qu'on emploie dans les laboratoires : il s'y trouve à l'état ionisé : force est bien pourtant de l'administrer tel que le préparent les chimistes, faute de l'obtenir sous sa forme dissociée physiologique.

Le suc gastrique contient encore de la pepsine, ferment protéolytique découvert par Schwann en 1837, et que Payen presque à la même date dénommait très joliment la *gastérase*. Il n'y a sans doute pas qu'une pepsine : le ferment lab en est très voisin, utile surtout chez le nourrisson puisqu'il coagule et transforme le lait. Certains auteurs admettent l'existence distincte de ce principe coagulant, de cette caséase. Le lab est en effet plus abondant chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte. Peut-être est-il en tous points identique à la pepsine (Pavlov) ou n'est-il qu'une pepsine orientée vers la digestion du lait. On a encore prétendu qu'il existait dans le suc gastrique des ferments lipasique et amylotique. Je n'y crois pas, pour la bonne raison que je les ai souvent cherchés en vain avec Parturier et que ces ferments sont incapables d'agir en milieu acide.

Quoi qu'il en soit, les deux grands principes actifs de la sécrétion gastrique sont l'acide chlorhydrique et la pepsine. L'acide est capable à lui seul d'amorcer la désintégration des matières protéiques. Mais le complexe chlorydropeptique est infiniment plus actif puisqu'il mène la transformation jusqu'au stade des albumoses, des peptones et peut-être même des acides aminés : on peut admettre que la pepsine est comme l'indicateur de la substance à modifier.

Acide chlorhydrique et pepsine sont secrétés par la muqueuse. Leur origine n'est pourtant pas la même et la muqueuse gastrique de la chauve-souris montre nettement cette différence. Elle contient deux sortes de cellules : les unes à reticulum qui, encore appelées cellules principales, sont des cellules à pepsine : les autres, arrondies et bourrées de grosses granulations acidophiles, qui semblent sécrèter l'acide chlorhydrique. Cette distinction comporte un intérêt à la fois anatomo-clinique et thérapeutique. Hayem en étudiant les lésions des gastrites hyperpeptiques avait déjà insisté sur la multiplication respective soit des cellules bordantes, soit des cellules principales. On voit s'ébaucher là la discrimination physio-pathologique entre les états d'hyper et d'hypochlorhydrie. Logiquement, on devrait pouvoir établir la même distinction entre les états d'hyper et d'hypopepsie. En pratique, les variations pathologiques de la sécrétion chlorhydrique et de la sécrétion peptique vont parallèlement ; parfois pourtant elles sont dissociées, c'est-à-dire que l'optimum sécrétoire comportant 2 ‰ HCl et 8 ‰ de pepsine se trouve modifié dans un sens ou dans l'autre.

***

On faisait dépendre, autrefois, certains troubles sécrétoires tels que l'hypochlorhydrie pure, d'un mécanisme nerveux siégeant dans le domaine du pneumogastrique. L'étude plus approfondie du chimisme gastrique, l'examen plus précis de muqueuses mieux conservées ont permis de ne retenir parfois qu'un mécanisme cellulaire. La dyspepsie est donc, à mon avis, d'ordre cellulaire bien plus souvent que nerveux.

Dans la majorité des cas, hypochlorhydrie et hypopepsie sont synonymes. Au plus haut degré c'est l'apepsie ou l'*achylie*. Il s'agit de malades chez qui la digestion et l'évacuation des matières albuminoïdes ingérées ne se fait pas dans le délai habituel ; ce retard comporte un décalage correspondant dans la mise en jeu des actes moteurs et sécrétoires des étages digestifs sous-jacents. D'où l'ensemble de troubles dyspeptiques qu'on rencontre dans ces états. L'indication thérapeutique qui se pose alors est de suppléer à la sécrétion gastrique déficiente.

Il faut de toute évidence administrer l'acide chlorhydrique et tout d'abord celui dont nous disposons est l'acide minéral : qui, par ses caractères physico-chimiques et biologiques diffère de celui que sécrète la muqueuse.

L'HCl pur des chimistes contient 35 % de gaz dissous.

(1) Cours de thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris. Leçon recueillie par le Dr LEMAIRE.

Celui qu'emploie le Codex est une solution au 1/10e du précédent. Son action thérapeutique est multiple.

Elle est d'abord antiseptique. Mélangé à une culture de bacille d'Eberth, l'HCl diminue, arrête ou provoque la destruction du microbe, selon la dose qu'on a employée. Certains auteurs admettent qu'il tue le bacille de Koch, et ce fait ne serait pas sans importance chez les tuberculeux qui déglutissent si fréquemment leurs crachats. Malheureusement les expériences de Würtz, sur quoi reposent ces considérations sont controuvées ; la concentration en acide du milieu gastrique ne peut s'opposer au développement d'un bacille aussi résistant que l'est celui de la tuberculose. Mais chez les dyspeptiques hypochlorhydriques que sont tous les cancéreux de l'estomac, l'administration d'HCl a pour effet d'appauvrir la flore microbienne si variée et si polymorphe qu'il est de règle d'y découvrir.

L'acide chlorhydrique est un excitant de l'activité cellulaire. Il augmente le nombre des granulations des cellules bordantes. Et ces granulations jouent vraisemblablement un rôle dans la formation d'HCl puisqu'elles sont plus nombreuses pendant la phase sécrétoire.

Chez les malades à qui on l'administre, il permet de meilleures digestions. Son action n'est pas qu'une simple suppléance. Elle est en outre une véritable excitation, comme un entraînement de la muqueuse à sa fonction de sécrétion. Au quinzième jour de son emploi, si l'on a soin de pratiquer un nouvel examen on note souvent une augmentation de l'HCl du suc gastrique.

Voici les différentes préparations courantes.

Le Codex indique une limonade formulée comme suit

HCl dilué au 1/10e	20 gr.
(ou HCl pur)	2 gr.
Eau distillée	875 gr.
Sirop de sucre	125 gr.

Un verre à bordeaux à chaque repas.

La solution suivante due à Hayem est plus concentrée.

HCl	2 gr.
Alcoolature de citron	2 gr.
Eau	200 gr.

Par cuillerées à soupe.

On peut encore associer l'HCl à l'élixir de Garus dont j'ai signalé déjà les propriétés apéritives (1) et à la cocaïne qui agit comme sédatif des douleurs.

Elixir de Garus	100 c c.
Eau	50 cc.
HCl	2 à 6 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0,50.

Par cuillerées à dessert.

Roger admet cependant que l'acide chlorhydrique peut être irritant pour l'estomac. Il recommande d'y ajouter de l'eau albumineuse, obtenue au moyen d'un blanc d'œuf battu dans quelques centimètres cubes d'eau.

D'autres acides ont été préconisés à titre de suppléants de la sécrétion gastrique. L'acide lactique fut employé, quand on croyait encore qu'il était produit par la muqueuse gastrique. Son action n'est pas considérable, Il n'a pas le rôle excitant de l'acide chlorhydrique, mais il irrite les éléments cellulaires. Rosbach a conseillé de lui substituer l'acide citrique qui a aussi une action irritante, mais qui accroît pourtant l'acidité du milieu gastrique, et permet à la pepsine d'agir. Il est assez rarement employé seul, mais peut être remplacé par le jus de citron associé à la pepsine.

Le premier usage thérapeutique de la *pepsine* semble remonter à Corvisart qui en 1837 dans un article de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* en conseillait l'emploi. Les arguments qu'il donne sont bien peu scientifiques, mais par la suite ce produit retint l'attention de tous les gastro-entérologues, de Hayem en particulier, et fit l'objet de la thèse de Georges. Son action est double, tout comme celle de l'acide chlorhydrique : à la fois de suppléance et d'excitation. Elle s'apparente de très près à l'opothérapie, et s'exerce sur les cellules mêmes. Son dosage, à l'inverse de celui de son conjoint, l'acide chlorhydrique, est difficile, et son évaluation reste toujours approximative. La méthode de Mett reste la plus couramment employée : elle consiste à faire agir le suc étudié sur un fragment d'albumine d'œuf coagulé inclus dans un tube capillaire ouvert à ses deux extrémités : l'activité peptique se mesure à la quantité d'albumine digérée. On peut encore apprécier le pouvoir d'une pepsine sur un mélange de sérum dilué et d'acide sulfosalicylique. La pepsine du Codex est titrée à 100, c'est-à-dire qu'elle est capable de transformer 100 fois son poids de matières albuminoïdes. Elle n'agit bien entendu qu'en milieu acide.

C'est ainsi qu'on peut apprécier son rôle d'excitation. Un hypopeptique traité par la pepsine peut voir au bout d'une quinzaine de jours augmenter dans des proportions notables l'activité protéolytique de son suc gastrique.

Je signale en passant qu'on précipite facilement la pepsine de ses solutions par l'alcool. Il existe entre ces deux corps une incompatibilité que le thérapeute doit connaître lorsqu'il établira ses formules.

Comment administrer la pepsine ? Les différentes préparations sont réunies dans le tableau suivant :

Cachets	
Pepsine (titre 100)	ãã 0.50
Acide citrique pulvérisé	
Pilules	
Pepsine	0 gr. 15
Extrait de guimauve	q. s.
Mixture	
Pepsine	5 gr.
Glycérine	20 gr.
HCl	3 gr.
Eau chloroformée	50 gr.
Eau q. s.	250 gr.
Potion	
Pepsine	3 à 5 gr.
HCl	1 gr.
Sirop de gomme	80 gr.
Eau	120 gr.
Chloridia	
Pepsine	10 gr.
HCl	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10

Je ferai remarquer que les formules précédentes contiennent toujours 4 à 5 fois plus de pepsine que d'HCl. Ce que j'ai dit de la physiologie du suc gastrique et de son optimum d'action explique suffisamment les raisons de cette association, ainsi que l'utilité des proportions respectives de deux corps. Le taux de l'HCl ne doit jamais dépasser 1/100. Le chloridia dont je donne la composition est une spécialité très voisine de la préparation indiquée par le Codex : très utilisée à l'étranger, elle semble excellente surtout dans les dyspepsies douloureuses avec hypopepsie ou achylie.

On peut encore administrer la pepsine en utilisant le vin ordinaire, le vin de Grenache ou l'élixir de Garus, comme véhicule, à condition que le titre d'alcool contenu dans la préparation ne dépasse pas 2 pour 100.

(1) Voir *Progrès Médical*, 13 octobre 1928.

Je signale pour mémoire qu'à côté de la pepsine en paillettes ou en poudre recommandée par le Codex et employée actuellement, on fabriquait naguère des pepsines lactosées ou amylacées qui n'ont plus guère d'usage maintenant.

Certains auteurs recommandent à défaut de pepsine, la *papaïne.* C'est un ferment soluble extrait du suc de Carica Papaya, se présentant sous forme d'une poudre blanche amorphe ; il solubilise les matières albuminoïdes qu'il transforme en peptones, mais il n'agit qu'en milieu neutre, légèrement alcalin, ou très faiblement acide. Une acidité égale à 0.05 pour 100 de HCl. empêche toute digestion. Dans les conditions optima, la papaïne a une activité considérable puisqu'elle peptonise 2.000 fois son poids de fibrine. Ses propriétés en font le médicament de choix des dyspepsies hypoacides et aussi des gastro-entérites infantiles. On l'administre en cachets de 0.10 à 0.25 après les repas.

***

Il était logique enfin de traiter les insuffisances secrétoires de l'estomac tout comme les autres insuffisances glandulaires par la méthode *opothérapique.* En fait l'extrait de muqueuse s'est montré au dire de certains médecins plus actif que les mélanges d'HCl et de pepsine. Sa découverte semble revenir au pasteur Senebier, commentateur de Spallanzani, qui dès le 18e siècle écrivait « Pourquoi n'avaler point le suc de certains oiseaux...

L'extrait de muqueuse peut s'employer en poudre, en tablettes ou en cachets dosés à 0.20 ou 0.50 de produit sec. La forme liquide est peut-être plus active ; c'est un suc gastrique de porc ou de chien obtenu par l'intermédiaire du petit estomac de Pawloff, artifice qui évite la souillure alimentaire.

Ces différentes préparations contiennent peu d'HCl et de pepsine ; aussi ne faut-il pas leur demander une action de suppléance trop marquée. Leurs effets sont surtout des effets d'entraînement, à l'inverse des autres médications.

Avec mon ami le Dr Baumann, j'ai préconisé l'ingestion de pilules de 0.15 de pepsine 3/4 d'heure avant les repas : il nous a semblé que c'était la meilleure façon d'obtenir le rôle d'entraînement qu'on lui demande.

***

Je ne voudrais pas terminer cette leçon sans envisager le rôle thérapeutique plus général que comporte la pepsine. Elle a d'autres indications et d'autres modes d'administration que ceux que je viens d'indiquer.

J'ai dit plus haut que l'entrée en fonction de l'estomac n'était pas un phénomène isolé, mais qu'on pouvait le considérer comme le véritable animateur des sécrétions hépato-pancréatiques, et de la motricité intestinale, grâce à des mécanismes d'ordre humoral ou nerveux. Or l'administration de pepsine avant ou pendant les repas a pour effet de renforcer cet appel de l'estomac aux organes dont les activités successives et harmonieuses sont indispensables pour mener à bien la digestion. Ce n'est pas là une affirmation gratuite et on en trouve la raison dans des constatations d'ordre biologique ou thérapeutique. On aurait tort de croire que la pepsine, ferment digestif, ne dépasse pas la barrière gastrique. On la retrouve dans le sang et dans l'urine pendant la période digestive. Robin soutenait qu'elle n'agit que lorsqu elle passe dans l'urine. J'ai montré avec Debray jusqu'à quel point elle pouvait diffuser, en mettant en évidence sa fréquence dans le liquide céphalo-rachidien et dans le tissu nerveux. Cette imprégnation tissulaire, qui porte avec une intensité particulière sur le X et les plexus abdominaux ne va pas sans entraîner diverses manifestations cliniques : l'une des plus objectives est l'hypotension artérielle dont s'accompagnent les grosses sécrétions peptiques. Par ailleurs, l'injection sous-cutanée de pepsine nous a permis, à Baumann et à moi, de constater une accélération du transit colique dont la durée s'abaisse à 10 ou 15 heures.

La conclusion s'impose : la pepsine est un médicament à action locale, substitutive et excitante. Elle est aussi un régulateur des harmonies digestives, surtout lorsqu'on l'administre avant les repas. Mais c'est encore un médicament général qu'on peut sans danger injecter sous la peau. Ce chapitre n'est encore qu'entr'ouvert, préparé qu'il est par les faits bien établis de la résorption sanguine et de la fixation nerveuse élective de la pepsine. Il se développera certainement dans l'avenir et le champ thérapeutique de la pepsine s'en trouvera grandement accru (1).

A propos du traitement du flanc droit douloureux,

Par

MM. Félix RAMOND Ch. JACQUELIN et ZIZINE

Dans un travail paru dans ce journal, à la date du 30 novembre 1927, nous exposions notre conception du flanc droit douloureux, si fréquemment rencontré. Après avoir éliminé la lithiase rénale et certaines névralgies abdominales, nous disions que la douleur cæco-colique et de la région avoisinante tenait à une foule de causes dissemblables, qu'il fallait bien connaître, avant de tenter une thérapeutique rationnelle. Il existe tout d'abord un point douloureux, d'une fréquence extrême, qu'il faut bien connaître, le *point cœliaque droit*, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes de la ligne ombilico-iliaque. Ce point s'observe dans tous les processus irritatifs d'un voisinage immédiat et même d'un voisinage plus ou moins lointain ; cholécystites, péri-métrites et salpingites.

Méconnu ou mal interprété, il entraîne une erreur de diagnostic ; et, ce qui est plus grave, une erreur thérapeutique. Il rappelle par sa fréquence et sa banalité le point épigastrique, qu'il accompagne d'ailleurs très souvent.

Mais le flanc droit douloureux se rencontre surtout dans l'appendicite chronique, ce qui ne saurait nous surprendre, et dans la cholécystite simple ou calculeuse, ce qui est un fait moins connu, mais sur lequel beaucoup de

(1) M. Loeper. Leçons de pathologie digestive, 5e série. Masson, éditeur, 1927.

Nous recevons cette aimable lettre que nous nous faisons un plaisir et un devoir d'insérer :

Très honorés confrères,

Laissez-moi vous remercier de l'intérêt que vous apportez à ma modeste découverte : le sérum végétal antituberculeux du Docteur Cuguillère, à base d'essences d'ail indolores.

Malgré les grands progrès de la science, comme je le déclarais à l'Académie de Médecine dans la séance publique du 10 Mai 1908, c'est par des produits chimiques tels que : le mercure, l'arsenic et le bismuth, que nous guérissons des maladies telles que la syphilis, c'est également à l'aide de l'ail, comme l'avait déjà signalé Hippocrate, que nous obtenons les meilleurs résultats dans le traitement de la tuberculose.

D'ailleurs sa haute valeur thérapeutique a été préconisée non seulement par le " Père de la Médecine " mais encore de nos jours par nos plus illustres maîtres et praticiens contemporains (1) : Dujardin-Beaumetz, Loeper, Cuvelier, Forestier, Hurrier, Lumierre, Kinberg, Piedetienne, Perrin, etc.

Pourquoi cette thérapeutique n'est-elle pas universellement propagée ?

Pour les raisons suivantes : l'ail donné en potions est intolérable ; en injections, il provoque des abcès de fixation ; en pilules, des gastrites extrêmement graves.

J'ai réussi à préparer mon sérum sous deux formes très supportables ;

1° en ampoules de 5cm^3 et de 2cm^3 1/2 pour injections intra-musculaires indolores.

2° en sirop ne provoquant aucun trouble gastro-intestinal où je l'ai associé à du sirop iodotannique, à de l'arrhénal et parfumé avec du sirop de limons.

Après une expérimentation publique faite sur des bovidés au Château de Savignac, sous le haut patronage de M. le Marquis de Castellane et contrôlée cliniquement par le grand vétérinaire M. Faure et histologiquement par le célèbre professeur H. Martin-R ux, Hôpital Bichat à Paris, vingt-et-une années de succès ont couronné ma modeste préparation.

Dans le courant de cette année 1928, j'ai encore reçu 160 témoignages de reconnaissance, émanant du seul corps médical français satisfait, dont je tiens les textes originaux à votre entière disposition, lorsque vous voudrez bien m'honorer de votre aimable visite.

Je vous rappelle en outre que je me fais un plaisir et un devoir d'adresser à tous mes confrères à titre gracieux, non seulement la quantité de sérum suffisante pour une expérimentation loyale, mais encore des ampoules supplémentaires dont ils pourraient avoir besoin pour leurs malades indigents.

En vous remerciant de l'attention que vous daignez apporter à mes travaux et en vous rappelant que le pourcentage de guérisons obtenues est réellement étonnant dans les tuberculeuses osseuses et ganglionnaires et qu'il est également très appréciable dans les tuberculoses pulmonaires, je vous prie de recevoir l'expression de mes hommages respectueux.

Docteur CUGUILLÈRE,

19, Rue des Châlets, TOULOUSE (France).

1) *Bibliographie : Guérison de la tuberculose par l'ail : Librairie Norbert Maloine, 27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris*

chirurgiens ont attiré l'attention à diverses reprises.

Nous ajoutions que la ptose, l'atonie cæcale, beaucoup de pérityphlites et d'épiploïtes régionales ne provoquaient la douleur du flanc droit, qu'à la condition de provoquer une inflammation du cæcum, une *typhlite* en un mot. Celle-ci était due à une infection irritative de la muqueuse, et la *stase cæcale* était la cause principale, mais non nécessaire, de cette infection parasitaire. En somme le cæcum se comporte ici comme l'estomac, où la gastrite joue un rôle de premier plan, que celle-ci soit due à une infection primitive, ou bien créée et favorisée par la stase alimentaire et l'hypersécrétion consécutive (1).

Ces quelques considérations nous dictent la thérapeutique du flanc droit douloureux, indépendant de l'appendicite et la cholécystite chronique. Nous devons éviter la stase, et désinfecter autant que possible l'ampoule cæcale. Nous atteindrons ce but par le régime, la médication appropriée et le choix judicieux de certains laxatifs.

On a essayé de codifier le régime, en se basant sur les données de la bactériologie ou de la chimie : une flore microbienne aérobique demande une alimentation différente de celle que réclame une flore anaérobique ; une réaction stercorale acide doit se traiter autrement qu'une réaction alcaline. Dans un cas, le régime carné s'impose, et dans l'autre le régime végétarien. Malheureusement, on se heurte à de grandes difficultés dans la pratique, lorsque l'on veut appliquer strictement ces règles théoriques. Celles-ci ne peuvent que servir de directives, mais de directives que l'on peut souvent négliger. Ainsi, il est conseillé de supprimer toute alimentation carnée dans les colites putrides ; mais il n'empêche que dans quelques cas la viande est admirablement tolérée, et réussit mieux que les légumes.

Ce fait ne saurait nous surprendre ; on ne doit pas envisager le côlon comme un organe absolument autonome ; il dépend pour beaucoup, dans son fonctionnement, de l'intestin grêle, et celui-ci, du foie et de l'estomac ; et nous ne devons pas négliger, non plus, l'action souvent prédominante du système nerveux.

On voit combien le problème est complexe ; et dans la pratique, il faut quelquefois agir par tâtonnements, quand on n'a pas sous la main tous les éléments voulus.

Cependant certains aliments sont toujours à proscrire, pour un temps du moins : ce sont les aliments renfermant une proportion quelconque d'œufs. Le lait est le plus souvent supprimé. Dans tous nos régimes, nous en suspendons l'usage pour dix à vingt jours, et nous ne le reprenons qu'avec beaucoup de précautions. Tous les légumes ne sont pas également favorables ; c'est le cas du haricot blanc, du flageolet, du pois sec et même de la lentille. Reste la pomme de terre, les pâtes et le riz, les légumes verts. Les trois premiers sont généralement bien supportés ; les derniers sont à suspendre pendant les poussées irritatives, mais à conseiller pendant les phases de chronicité. Ils seront naturellement donnés cuits, et sous forme de purée passée. Les mêmes réserves sont à faire pour les fruits, qui seront préparés en compote, marmelade ou confiture : le fruit cru, bien mûr, ne sera toléré qu'à la phase de convalescence.

Si l'état de l'estomac et de l'intestin grêle le permet la viande sera parfaitement supportée par le côlon. Elle n'arrive en effet à ce dernier que sous forme de fibres élastiques ou conjonctives, plus ou moins imputrescibles, la partie albumineuse ayant été déjà transformée et absorbée avant son arrivée dans le cæcum. Donc, sous les réserves précédentes, on ne doit pas être systématiquement hostile à l'usage de la viande, malgré l'avis contraire de Metchnikoff et surtout de Combes, de Lausanne. Dans quelques cas de typhlite chronique avec atonie colique, nous nous sommes bien trouvés d'un régime carné et de légumes verts.

Dans le cas de constipation, ce qui est le fait le plus fréquent, la diarrhée étant exceptionnelle ou épisodique, le vidage régulier de l'ampoule cæcale s'impose comme une nécessité. Le purgatif est à proscrire ; le laxatif est préférable ; mais l'accoutumance en est rapide, et il faut bientôt atteindre des doses fortes, qui sont purgatives, et par suite irritantes.

Certains régimes cependant peuvent devenir laxatifs, et comme tels, leur usage est d'une durée illimitée ; mais ils ne s'emploient que dans les typhlites non inflammatoires. En voici un type, dont les variantes sont assez nombreuses. Dans le bouillon maigre ou le café au lait du matin, remplacer le tapioca ou le pain par 4 cuillerées à soupe de céréales grillées. Au déjeuner, prendre régulièrement les deux hors-d'œuvres suivants : salade de céleri et salade de museau de bœuf ; le soir avant le dîner une forte cuillerée à soupe de psyllium.

Le grand lavage colique est abandonné ; car il est aussi irritant que la purgation, plus utile et inoffensif est le lavement d'un demi-litre à l'eau de guimauve ; le suppositoire glycériné aide à vider l'ampoule rectale. Le petit lavement à l'huile d'olive, d'arachide ou de paraffine donne souvent d'excellents résultats : avec une poire de caoutchouc, injecter le soir au coucher, 100 grammes d'huile, à garder toute la nuit. L'huile de paraffine, prise par la bouche, est entrée dans la pratique de chacun de nous. Mieux vaut la donner en une seule fois ; son effet semble plus sûr, et l'on s'expose moins à ces suintements huileux si désagréables.

Voici la *médication* que nous employons habituellement. La première semaine, le malade prend tous les matins, à jeun, une forte cuillerée à soupe de la poudre suivante :

Charbon animal purifié	200 gr.
Carbonate de bismuth	100 gr.
Benzonaphtol	20 gr.
Poudre de réglisse	10 gr.

S'il y a diarrhée et coliques, ajouter un peu de poudre thébaïque et d'ipéca ; si les selles sont alcalines, 20 à 40 grammes de lactose.

En outre, au moment des deux repas, nous souvenant combien est fréquent le syndromo entéro-rénal ou entéro-hépatique, nous ajoutons par jour un gramme d'atropine ou d'uroformine.

La semaine suivante, profitant de la désinfection plus ou moins grande du gros intestin, nous essayons le repeuplement par des bactéries favorables, du genre bifidus, en conseillant l'usage du bouillon ou des comprimés spéciaux connus de tous. Mais nous savons que ce repeuplement est de courte durée, et que son action thérapeutique cesse avec l'administration des cultures.

Tout récemment, mettant à profit les travaux de Besredka, Gaehlinger et Bécart conseillent l'emploi d'anti-virus intestinaux ; Goiffon et Pretet, celui du typhlo-vaccin de Weinberg, plus actif que le vaccin entéritique classique. Ces vaccins sont ordinairement pris par la bouche ; nous préférons les donner, de même que les cultures ou l'auto-virus, par le goutte à goutte rectal.

Contre l'élément douleur, la médication varie avec la forme de la colite : s'il y a diarrhée, il ne faut pas craindre d'employer l'opium, sous toutes ses formes ; il n'y a pas

(1) Cf. [illegible] Maladies de [illegible] et du duodénum. (1 vol., [illegible] édit., Paris [illegible])

à redouter, comme il a été souvent écrit, d'immobiliser les bactéries nuisibles dans l'ampoule cæcale, et de favoriser ainsi l'infection locale. Le repos colique qui en résulte permet au contraire à l'organisme de mettre en action tous ses moyens naturels de défense, et le résultat en est aussitôt favorable.

S'il y a constipation, l'opium n'est plus à employer ; cependant le chlorhydrate de papavérine, à la dose de deux à quatre centigrammes, n'est pas toujours constipant, surtout lorsqu'il est associé à la belladone ou à la jusquiame. Mais ce sont ces deux derniers médicaments qui sont ici le plus indiqués, sans oublier l'ésérine et surtout la génésérine, beaucoup moins toxique.

L'application locale de glace, dans les formes nettement inflammatoires et fébriles, celle de compresses chaudes dans les autres formes, la diathermie, le cataplasme électrique, le port d'une sangle, immobilisant plus ou moins la cavité abdominale et la paroi musculaire trouvent leurs indications particulières. Sont à proscrire le plus souvent la douche abdominale et le massage ; la douche sous-marine cependant, telle qu'elle est appliquée à Plombières et à Châtel-Guyon, mérite d'être employée dans les formes douloureuses diffuses, qui rentrent dans le cadre des entéro-névrites de Loeper. Mais ici il ne s'agit plus seulement du flanc droit douloureux.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Symptômes oculaires des épendymites séreuses (1)

PAR

M. le Professeur F. TERRIEN.

Je vais étudier aujourd'hui avec vous la question des troubles oculaires au cours des méningites séreuses, à propos de deux malades dont nous avons publié les observations, avec MM. Renard et Dollfus, dans les *Archives d'Ophtalmologie* (avril 1928).

C'est une affection qui n'est pas très rare, tout au moins dans ses formes légères, mais peut-être passe-t-elle assez souvent inaperçue. Les symptômes oculaires, comme pour beaucoup d'affections encéphaliques, sont les plus importants au point de vue diagnostic.

Sous le terme de méningite séreuse, on décrit l'hydrocéphalie des ventricules. C'est, en réalité, une distension des ventricules résultant d'une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien à la suite d'une inflammation, non pas des enveloppes du cerveau, mais du revêtement du canal de l'épendyme et de la toile choroïdienne. Aussi le terme d'épendymite séreuse convient-il davantage.

Le liquide céphalo-rachidien est, en effet, un produit de sécrétion de la toile choroïdienne qui, lorsqu'elle est étalée, représente une surface de un mètre carré. La quantité de liquide sécrété n'est pas moins de 150 grammes, et se renouvelle 5 ou 6 fois dans les 24 heures. Il n'est pas étonnant que dans les écoulements consécutifs aux fractures de la base du crâne, on puisse recueillir jusqu'à 700 et 1000 grammes de ce liquide dans les 24 heures. Nous comprenons qu'à la suite d'inflammation de la toile choroïdienne, il puisse y avoir une hypersécrétion considérable de liquide céphalo rachidien, donnant lieu à ces méningites séreuses, à ces hydrocéphalies ventriculaires, par suite de l'oblitération des orifices de communication qui permettent la circulation du liquide céphalo-rachidien. Vous savez qu'à l'état normal ce liquide, sécrété dans les ventricules latéraux, passe dans le ventricule moyen et de là dans le quatrième ventricule ; puis sortant par les trous de Monro et de Luchka, il arrive à la face inférieure du cerveau et constitue les différents lacs arachnoïdiens qu'on voit à la surface et surtout à la base du cerveau.

Cette épendymite séreuse reconnaît des causes multiples ; on a même incriminé le traumatisme, un choc violent sur la tête, mais ce sont surtout les infections qui déterminent l'inflammation, et les plus banales, principalement la grippe.

Quelquefois, on a signalé la fièvre typhoïde ou les méningococcémies. Ce peut-être une infection de voisinage, otites, infections nasales. La syphilis ne joue peut-être pas un rôle aussi important qu'on a prétendu.

Ce sont souvent aussi des tuberculoses atténuées, des lésions tuberculeuses très légères, qui déterminent une hypersécrétion comparable à la pleurésie séro-fibrineuse.

L'épendymite séreuse se traduit par des symptômes généraux et par des symptômes oculaires.

Les symptômes généraux ont été bien décrits en 1893, par Quincke. Ils sont assez variés, mais se ramènent à des troubles d'hypertension intra-cranienne. Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a décrit des formes diverses.

Il y a une forme céphalalgique où la céphalalgie prédomine ou même existe seule ; ce sont alors les céphalées de l'hypertension intra-cranienne, avec leurs caractères habituels : céphalée continue, avec exacerbations, et souvent localisation du côté où l'hydrocéphalie ventriculaire est la plus accentuée.

Dans une autre forme, méningo-encéphalopathique, ou forme méningitique, ce sont les symptômes méningés qui prédominent : vertiges, nausées, vomissements, plus rarement des contractures, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig : que l'essai d'extension des cuisses pour le malade assis est très douloureux et impossible.

Ces deux types de contractures qu'on retrouve si souvent dans les méningites ne se rencontrent pas très souvent dans les épendymites séreuses. Cela se comprend, parce qu'il s'agit d'une distension ventriculaire et que la méninge réagit peu. Généralement, les contractures font défaut.

En n on peut observer une forme tumorale, ou de pseudo-tumeur cérébrale, où sont réunis tous les symptômes de l'hypertension intra-crânienne. Aux céphalées s'ajoutent les réactions méningées, les vomissements, quelquefois des signes de localisation, notamment de localisation cérébelleuse, caractérisés, vous le savez, par des vertiges, par une apparence ébrieuse : le malade est titubant, chancelant, présente souvent une latéropulsion. Si on lui demande d'exécuter différents mou-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 15 juin 1928, recueillie par le Dr Laporte.

vements permettant de rechercher la dysmétrie, en particulier de toucher le bout de son nez avec le bout du doigt, on voit des incertitudes et l'impossibilité pour le sujet d'exécuter correctement ces mouvements.

Voilà les symptômes, à la vérité très vagues, qui feront penser à l'hypertension intra-cranienne, mais, ici comme ailleurs, ce sont les symptômes oculaires qui vont nous permettre souvent d'affirmer le diagnostic.

Parmi les symptômes oculaires, nous trouvons des troubles moteurs et des troubles sensoriels.

Les troubles moteurs se rapportent à la pupille et à la musculature extrinsèque.

Du côté de la pupille on peut observer tous les aspects possibles. Tantôt, il n'y a pas de modifications. Ailleurs, au contraire, il y a des variations dans le diamètre des pupilles : inégalité pupillaire, diminution ou même abolition des réflexes. Chez un des malades dont j'ai rapporté l'observation, il y avait une disparition complète des réflexes pupillaires.

Du côté de la musculature extrinsèque, on voit des phénomènes de diplopie dus à la paralysie d'un ou plusieurs muscles droits ou obliques. C'est surtout le droit externe qui est intéressé dans ces cas, comme dans les tumeurs cérébrales. Mais cette participation du droit externe ne permet pas de porter un diagnostic de localisation ; elle ne permet pas d'affirmer qu'il y a une tumeur sur le trajet du droit externe, parce que c'est un nerf extrêmement mince ; une simple compression à distance, une simple élévation de la tension peut entraîner sa paralysie. J'en ai vu récemment encore un exemple très net.

C'était une femme assez jeune, de 40 ans, qui m'était amenée pour une paralysie du droit externe gauche complète ; l'œil était dévié en dedans ; la malade avait des maux de tête. Je constatai un léger œdème de la papille et soupçonnai l'existence d'une tumeur cérébrale. Ce diagnostic s'est vérifié. Des vomissements sont apparus. Il y a eu même des phénomènes de relâchement des sphincters.

La paralysie du droit externe persistant toujours, — on avait fait, bien entendu, le traitement hydrargyrique — la ponction lombaire révélant une hypertension intra-cranienne, la malade fut envoyée dans une maison de santé, à Paris, pour être opérée. Elle fut vue auparavant par M. Clovis Vincent qui confirma l'existence d'une tumeur cérébrale logée en plein lobe frontal droit comme le montrait la ventriculographie.

La malade fut confiée au chirurgien.

On ne put extirper qu'une partie de la tumeur, et malheureusement la malade succomba le lendemain de l'opération Aussi, lorsque la tumeur n'est pas bien encapsulée et surtout si elle siège en plein lobe frontal, je crois qu'il faut se contenter de la trépanation décompressive.

Notons que cette malade avait une paralysie du droit externe gauche, et portait une tumeur en plein lobe frontal droit, c'est -à-dire du côté opposé à la paralysie.

Ces paralysies du droit externe n'offrent donc aucun rapport avec la localisation de la tumeur. Cet exemple est typique. Il s'agit bien d'une paralysie par compression à distance.

Chez l'une de nos deux malades qui font l'objet de cette leçon, il y avait également une paralysie du droit externe, entraînant naturellement une diplopie homonyme dans la sphère d'action du muscle paralysé.

On peut noter enfin, au cours de ces épendymites séreuses, de l'insuffisance de convergence ou même du nystagmus. Car vous savez que le nystagmus est très fréquent dans les affections du cervelet.

Voilà pour les phénomènes moteurs.

J'arrive aux troubles sensoriels, qui sont les plus intéressants. Ils comportent des phénomènes subjectifs, des troubles de la vision, et des phénomènes objectifs, appréciables à l'ophtalmoscope.

Le plus caractéristique est le trouble de la vision. Voici une observation présentée par M. Abadie, à la Société d'ophtalmologie, en février 1926.

C'est une jeune femme amenée par son mari à la Clinique, dans un état de cécité absolue. Elle est âgée de 22 ans. Elle avait été prise les jours précédents, d'une attaque de grippe intense avec coryza marqué. Quelques jours après, elle ressent une céphalée frontale violente, et en même temps des douleurs dans l'œil gauche. On sait qu'ordinairement, au cours de la grippe, les mouvements de l'œil sont toujours un peu douloureux.

Très vite, la vision de l'œil gauche se trouble, pour aboutir, le cinquième jour, à l'abolition totale de la vision de cet œil. Tout d'abord, la malade n'y attache pas trop d'importance, parce que l'œil droit n'est pas atteint, mais, quelques jours plus tard, la vision de l'œil droit se trouble à son tour. En sept jours, perte complète de la vision des deux yeux. Comme dans les tumeurs cérébrales, ces troubles sont bilatéraux. Pupille très dilatée. Réflexes pupillaires abolis. A l'ophtalmoscope, on constate non pas l'aspect d'une stase pupillaire, mais une sorte d'œdème péri-papillaire, suivant le trajet des vaisseaux supérieurs et inférieurs.

MM. Abadie et Lacat diagnostiquent une méningite, prescrivent des frictions mercurielles et font une ponction lombaire ; ils retirent quarante centimètres cubes de liquide. Le liquide jaillit avec force, il est clair, ne contient pas de lymphocytes, ou à peine. Très rapidement, quatre heures après, les symptômes s'atténuent, la malade commence à percevoir la lumière de l'œil gauche, la réaction pupillaire reparaît. A l'examen ophtalmoscopique, la papille est modifiée et on voit un œdème fuser le long des vaisseaux qui, vous pouvez le voir, sur cette planche, rappelle un peu l'aspect des fibres nerveuses à double contour.

Le 25 janvier, moins d'un mois après le début, la malade a une acuité visuelle de 2/3 à gauche et de 1/3 à droite.

Abadie cite à ce propos une observation ancienne de Graefe, publiée en 1866.

Un cocher est atteint de cécité soudaine des deux yeux, avec accès de céphalalgie. On l'examine. Rien de particulier au point de vue neurologique. Absence de perception lumineuse ; absence de réaction des pupilles à la lumière. La papille présentait ce même aspect de bande œdématiée blanchâtre, le long des vaisseaux, rappelant l'aspect des fibres nerveuses à double contour.

Ce malade fut traité par les frictions mercurielles, des sangsues à la tempe. Il resta complètement aveugle. A cette époque, on ne connaissait pas la ponction lombaire.

Il y a donc, dans ces épendymites séreuses, des troubles visuels pouvant aller depuis une diminution de l'acuité à une cécité à peu près complète, et qui s'accompagnent d'une modification particulière de la papille. Ce n'est pas absolument la stase papillaire. Vous savez que la stase papillaire est le gros symptôme des tumeurs cérébrales. C'est la papille en champignon ; cette papille fait saillie, ses bords sont estompés, élargis. Ce type répond à l'hypertension intra-cranienne par reflux du liquide céphalorachidien.

Dans les épendymites séreuses, c'est un œdème qui occupe le pourtour de la papille. La surface de la papille elle-même n'est pas sensiblement modifiée.

Di Marzio dans la *Rivista di Oculistica* d'avril 1928, en rapporte diverses observations et donne ces deux planches où vous voyez très bien cette forme de manchon œdémateux que présente le pourtour de la papille.

Cet œdème est dû à une transsudation séreuse.

La stase due aux tumeurs cérébrales est beaucoup plus complète, elle s'étend non seulement au pourtour de la papille, mais à la papille elle-même. Elle apparaît en général tardivement alors que depuis déjà longtemps le malade se plaint de maux de tête, de nausées, de vomissements.

Bien souvent, on nous demande notre avis sur des sujets soupçonnés atteints de tumeur cérébrale et qui, cependant n'ont pas encore de stase papillaire. Il faut alors revoir le malade un mois, six semaines ou deux mois plus tard pour éliminer avec certitude l'existence de toute réaction papillaire.

Au contraire, ici, cet œdème apparaît très vite, deux ou quatre jours après les premiers troubles, avec les caractères que nous avons indiqués : prédominance le long des vaisseaux

avec intégrité relative de la papille elle-même. Mais il est vraisemblable que si l'affection se développait, les lésions aboutiraient à une véritable stase de la papille.

Ce n'est pas non plus l'œdème des néphrites hypertensives, qui s'étend à la totalité de la papille et s'accompagne généralement de symptômes habituels de la rétinite azotémique (stries autour de la macula, plaques blanches, hémorragies).

On a quelquefois confondu cet œdème papillaire, avec la névrite optique, où il y a une rougeur qui s'étend à toute la papille ; les vaisseaux sont turgescents, la papille est congestionnée. Enfin, le plus souvent, elle est unilatérale ; au contraire, au cours des tumeurs cérébrales, elle est toujours ou presque toujours bilatérale. Il est exceptionnel que la stase siège d'un seul côté, et le plus ordinairement alors, la stase apparaît du côté opposé quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Il faut penser à la possibilité d'une simple névrite congestive chez les hypermétropes. En voici un cas.

Un jeune homme de 19 ans se présentait, il y a 4 ans, pour des céphalées persistantes, violentes, accompagnées de vomissements, d'obnubilation, avec sensation de brouillard passager, comme on l'observe souvent au cours de tumeurs cérébrales.

Ces aspects de brouillards peuvent se produire plusieurs fois, quelquefois dix à trente fois dans les vingt-quatre heures.

L'examen neurologique général était négatif, mais les papilles, à droite et à gauche, étaient congestionnées, à bords flous ; l'acuité visuelle était de 8/10 (normale). On avait porté, dans une clinique, le diagnostic de papilles congestives chez un hypermétrope (il présentait une hypermétropie de 2D.). Souvent ces malades sont pendant un certain temps considérés comme atteints de tumeur cérébrale, quand on ne pense pas à chercher l'état de la réfraction.

Nous avons soupçonné ici l'existence d'une épendymite séreuse. On a fait une ponction lombaire qui a révélé une tension élevée (85 au manomètre de Claude). Le malade a été soumis aux injections intraveineuses de cyanure, et en même temps nous avons pratiqué une trépanation décompressive. Très rapidement, la céphalée a diminué et la papille est revenue à l'état normal. La guérison semble se maintenir.

La deuxième observation est assez intéressante, parce qu'elle se rapporte à une malade qui faisait remonter le début de ces accidents à une fausse couche. Quelques semaines plus tard, la malade voit son acuité visuelle diminuer, elle est de 5/10. On constate aux deux yeux un œdème de la papille. Une ponction lombaire est pratiquée, on trouve 45 de tension. Liquide normal, transparent, avec 2 à 3 lymphocytes par millimètre cube et 0,20 d'albumine.

C'est un des caractères de cette épendymite séreuse : le liquide céphalo-rachidien demeure clair, transparent, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de méningite.

Il n'y a pas de lymphocytes, ou peu. Peu ou pas d'albumine, ce qui permet d'éliminer la possibilité d'un abcès du cerveau, où il y a souvent des lymphocytes et de l'albumine en quantité considérable. Ceci permet aussi d'éliminer la méningite syphilitique, qui s'accompagne d'une lymphocytose très accentuée.

Dans la deuxième observation, notons que sous l'influence de la ponction lombaire et surtout du traitement hydrargyrique, l'amélioration fut très rapide, bien que la malade ne fût pas syphilitique, puisque le Wassermann était négatif, même dans le liquide céphalo-rachidien.

Il faut être prudent dans ces ponctions et ne retirer chaque fois que cinq à dix cmc. de liquide céphalo-rachidien.

En somme, dans ces épendymites séreuses, la paralysie du droit externe se rencontre assez souvent, ainsi que la diminution de l'acuité visuelle. On peut voir en même temps un rétrécissement léger du champ visuel. On peut trouver aussi un élargissement de la tache de Mariotte, comme dans les tumeurs cérébrales. Ce scotome correspond à l'œdème de la papille, il peut renseigner sur l'évolution de la stase, puisqu'il diminue avec celle-ci.

Le traitement doit, tout d'abord, s'adresser à la cause de l'affection. Chez notre premier malade, il s'agissait probablement d'une rhino-pharyngite grippale. Il faut penser aux infections auriculaires. Il faut songer aussi à la syphilis et il faut toujours faire le traitement hydrargyrique. Chez notre malade, dont l'affection cependant semble se rattacher à une origine génitale où la syphilis ne paraissait pas pouvoir être incriminée, il semble avoir donné un excellent résultat.

Mais il ne faut pas s'attarder à ce traitement, très vite, en cas d'insuccès, on aura recours à la ponction lombaire. Elle sera faite avec les précautions ordinaires, c'est-à-dire sur le malade couché, en retirant très peu de liquide, car vous savez que cette ponction entraîne deux ordres d'accidents.

Il y a d'abord les accidents immédiats, qui sont des phénomènes de choc, et semblent bien dus à la décompression. C'est pourquoi les neurologistes recommandent de retirer au maximum 5 à 10 cmc. de liquide, et de le retirer très lentement. Ces accidents sont caractérisés par des troubles de la respiration, avec rythme de Cheyne-Stokes, des lipothymies, l'hypotension, la diminution ou même la suppression du pouls, la syncope.

Puis, il est une seconde catégorie de symptômes, ces derniers à peu près constants, qui apparaissent quelques heures après la ponction lombaire. On a beau mettre le malade horizontal, en supprimant le traversin, en lui conseillant l'immobilité, il présente toujours ces accidents. Ce sont des phénomènes de réaction méningée. Le malade a souvent des vertiges, des nausées, de la raideur, des contractures ; il a de la raideur de la nuque, un peu de Kernig, les jambes sont légèrement repliées, le malade a de la peine à les étendre. La raideur de la nuque, le Kernig et les contractures font souvent défaut Mais il y a souvent des nausées, des vomissements, de la céphalée, phénomènes d'hypertension cérébrale. Il semble d'après les neurologistes, que la ponction lombaire soit suivie d'une détente immédiate, et, dans les heures qui suivent, d'une nouvelle élévation de la pression intra-cranienne. Elle commence une demi-heure après la ponction. Elle est due probablement à un phénomène de réaction d'ordre vasomoteur. C'est une hypertension passagère.

Il faut donc être prudent et ne retirer qu'une petite quantité de liquide. Mais il est loisible de répéter les ponctions lombaires et d'arriver ainsi à une détente.

Concluons de tout ceci que les épendymites séreuses sont des manifestations peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense généralement. Lorsqu'elles ne sont pas très accusées, elles passent inaperçues, car elles se réduisent à des céphalées, des nausées, des troubles visuels à peine appréciables, et peut-être en est-il assez souvent ainsi au cours des accès de grippe, notamment, puisque chez notre premier malade, on avait pensé à une névrite congestive hypermétropique.

Ici, comme toujours en matière d'affections nerveuses, c'est l'ophtalmoscope qui nous donne les renseignements les plus précis. Sans doute nous devons toujours, en présence de toute céphalée, rechercher s'il s'agit d'un simple vice de réfraction mais c'est l'examen du fond de l'œil qui nous donnera des renseignements sur l'état de la papille et permettra de porter le diagnostic d'hypertension intra-cranienne dans un certain nombre de cas.

VARIÉTÉS (suite de la page 1772).

En arrivant près de son lit, je vis le malade debout et buvant à même un broc de tisane commune, à la régalade, à la manière d'un homme qui meurt de soif et ne peut arriver à se désaltérer. Il avait avalé sa potion d'un seul coup et commençait à en ressentir les effets : outre une soif ardente, il était vultueux, avec les pupilles largement dilatées, titubant, le pharynx rouge et sec ; l'action physiologique de la belladone se manifestait avec intensité. Heureusement, après quelques heures d'agitation extrême et de subdélire, d'oligurie très accentuée, un érythème scarlatiniforme, le lendemain le patient n'était plus en danger.

Naturellement, le pauvre externe se serait arraché les cheveux de désespoir, quand il arriva à la visite, et le chef le tança d'importance, en lui retirant la tenue du cahier ; lui-même se reprochait sans doute intérieurement de n'avoir pas vérifié l'exactitude de la prescription, avant de la contresigner.

Notre Bas Breton, toujours plein de bonne volonté et désireux de s'instruire, entreprit d'aider ses internes à faire les nombreuses autopsies que nécessitait l'activité de ce service, où tant de phtisiques à la dernière période étaient envoyés qu'il y avait au moins un décès et parfois plusieurs chaque jour. Mon collègue Albert Cayla était ardent comme moi à l'étude de l'anatomie pathologique. Nous arrivions toujours après les collègues à déjeuner, ayant dû nous attarder à la salle d'autop-sie ; car, outre les lésions banales et prévues, nous trouvions souvent des lésions inattendues et assez rares pour être présentée le vendredi suivant à la séance de la Société anatomiques (dont nous dev nmes rapidement membres adjoints, grâce au nombre de nos communications). Les collègues titulaires de la salle de garde s'égayaient du zèle des deux provisoires, les appelant les deux « complices ».

Ainsi occupés, nous ne pouvions surveiller, autant qu'il eût été prudent de le faire, l'obligeant externe breton qui nous offrait toujours son aide et qui, naturellement maladroit, se fit plus d'une ipiqûre anatomique.

A cette époque, des gants de caoutchouc pour faire les autopsies n'étaient pas en usage dans les hôpitaux et les étudiants actuels ne se doutent pas de la difficulté qu'ont eue les chefs de service à obtenir de l'A. P. qu'elle mît des gants protecteurs à la disposition de son personnel ; il fallut bien des exemples d'accidents graves (phlegmon, septicémie) et quelques-uns mortels pour qu'elle se résignât à cette dépense.

Notre Breton arrivait donc souvent à la visite avec des pansements sur quelques excoriations et lymphangites légères ; mais un beau jour il ne vint pas et fit dire qu'il était alité avec beaucoup de fièvre. M'étant rendu à son adresse, je trouvai le pauvre fébricitant sur un mauvais lit de sangles, dans un cabinet mansardé où il n'y avait pas d'autres meubles qu'une petite table, deux chaises et une malle servant d'armoire. Je constatai qu'il avait un phlegmon de la main avec adénite axillaire importante, une haute température et je l'engageai à se laisser conduire à l'hôpital.

Puis, comme je jetais un coup d'œil sur la cheminée sans feu (en plein hiver), je vis sur la tablette, parmi quelques bouteilles vides et tubes à essai, un petit bocal plein de liquide dans lequel était suspendu un embryon humain, paraissant moins de quatre mois. Le malade, allant au devant d'une question possible, me dit, avec une intonation indescriptible où se mêlaient la mélancolie et la satisfaction : « C'est le produit d'une fausse couche de moins de quatre mois que ma femme a faite avant mon départ de Bretagne et j'ai pensé que j'avais le droit de le conserver ; c'est une pièce anatomique qui peut être utile. »

Je demeurai un instant abasourdi par cette déclaration, prévenant une question que je n'aurais pas faite, mais qui m'ouvrit un horizon insoupçonné sur l'état psychique de ce pauvre père et de cet aspirant à la Science.

Il fut longtemps à guérir de son phlegmon et je crois qu'il ne recouvra pas l'intégrité des mouvements de sa main ; il obtint probablement un secours-indemnité de l'A.P., s'étant blessé dans l'exercice de ses fonctions.

Quand nous apprîmes à quel degré de misère il était réduit, nous comprîmes, mon collègue et moi, pourquoi il nous avait plusieurs fois offert de nous remplacer pendant nos gardes ; nous n'y avions pas consenti parce que nous le savions trop peu instruit. Les religieuses de la cuisine et de la pharmacie, qui devinaient ses privations, lui faisaient accepter de temps en temps du pain, du bouillon et du vin.

Je ne sais ce qu'il est devenu : quand le service provisoire fut fermé, je fus envoyé dans un hôpital situé à une autre extrémité de Paris et absorbé par la préparation du prochain concours d'internat qui me procura la calotte de titulaire. Je doute que ce mal chanceux ait jamais pu terminer sa scolarité.

Quoi qu'il en soit, j'ai conservé de ce souvenir lointain une impression de tristesse et d'admiration à la pensée de tant de pauvres êtres qui s'acharnent en vue d'un but inaccessible à leurs trop faibles moyens et deviennent les martyrs d'une vocation malheureuse.

Pour un Velpeau, un Dupuytren (le *Desplein* de Balzac dans *La messe de l'Athée*), qui unissent le génie à un courage surhumain, que de *fausses vocations* n'aboutissent qu'à laisser des déchets sociaux !

Paul Le Gendre.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Traversée de jour entre Nice et la Corse

Par suite des modifications apportées aux services maritimes entre Nice et la Corse, les départs de Nice des paquebots effectuant les traversées de jour ont lieu :

Le vendredi à 9 heures pour Ajaccio. Le samedi à 12 heures pour la Balagne (Calvi et Ile Rousse ou Ile Rousse et Calvi alternativement par quinzaine). Le dimanche à 10 heures pour Bastia.

Les voyageurs partant de Paris le vendredi par le train n° 15 à 17 h. 10, sont en Corse le lendemain soir. Ils trouvent à leur arrivée à la gare de Nice, à 10 h. 55, un service automobile qui les transporte avec leurs bagages au port d'embarquement.

CHEMIN DE FER DU NORD

La Société des Transports auxiliaires de la région du Nord (S. T. A. R. N.) va compléter à partir du 8 courant son réseau automobile de l'Oise par un service quotidien d'autobus desservant toutes les localités de la vallée de l'Automne entre Verberie et Villers-Cotterets.

Cette ligne sera en correspondance à Verberie avec les lignes automobiles de Compiègne-Senlis-Dammartin et procurera aux points de contact avec le Chemin de fer du Nord des correspondances nombreuses avec Soissons, la Ferté-Milon, Paris, Compiègne, Amiens, Saint-Quentin.

?

On vit, on parle, on a le ciel et les nuages
Sur la tête ; on se plaît aux livres des vieux sages ;
On lit Virgile et Dante ; on va joyeusement
En voiture publique à quelque endroit charmant,
En riant aux éclats de l'auberge et du gîte ;
Le regard d'une femme en passant vous agite ;
On aime, on est aimé, bonheur qui manque aux rois !
On écoute le chant des oiseaux dans les bois ;
Le matin, on s'éveille, et toute une famille
Vous embrasse, une mère, une sœur, une fille !
On déjeune en lisant son journal ; tout le jour
On mêle à sa pensée espoir, travail, amour ;
La vie arrive avec ses passions troublées :
On jette sa parole aux sombres assemblées ;
Devant le but qu'on veut et le sort qui vous prend,
On se sent faible et fort, on est petit et grand ;
On est flot dans la foule, âme dans la tempête ;
Tout vient et passe ; on est en deuil, on est en fête ;
On arrive, on recule, on lutte avec effort.... —
Puis, le vaste et profond silence de la mort !

Et après ?

Pour ceux qui restent le plus souvent l'âpre lutte contre la gêne, la douloureuse adaptation à une vie de privations. Cette situation est trop souvent, hélas ! l'apanage des familles médicales, car la médecine n'est pas une profession qui enrichit.

Qu'en lisant les vers de Hugo, le médecin songe à épargner aux siens l'angoisse matérielle des jours de deuil. Il le peut en adhérant à l'*Association confraternelle des médecins français*. Cette association, fondée par le Dr G. Tissot, est présidée par le Dr Thiroloix. Elle verse immédiatement après le décès un secours de 10.000 francs aux ayants droit de ses membres décédés. Elle compte actuellement plus de 1,350 adhérents et possède un fonds de réserve de 160.000 francs. Tout médecin, toute femme de médecin, âgés de moins de 45 ans peuvent en faire partie en versant une cotisation minime (de 8 à 12 francs selon l'âge) au décès de chaque sociétaire.

Pour renseignement, écrire au Dr Grahaud, 7 rue Labie (17e) ou au Dr Barlerin, 10 rue de Strasbourg (10e) Paris.

Nous ne possédons que quelques collections complètes du *Supplément Illustré* **du** *Progrès Médical*.

Les 4 années : 1924, 1925, 1926, 1927, (exemplaires non pliés et non rognés ensemble) : 120 fr. franco.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement biologique (biothérapie) des infections, par les huiles essentielles, les résines (oléorésinothérapie), et par les essences déterpenées, les lipides (oléolipothérapie), par le Dr Albert JENTZER, ex-chirurgien en chef du second service de chirurgie à l'hôpital cantonal de Genève, privat docent de chirurgie à l'Université de Genève. (1 vol. in-8°, 176 illustr. et 2 pl. en couleurs. Prix : 80 fr. Masson, éditeur, 120, boul. St-Germain, Paris.)

Les trois premiers chapitres de cet ouvrage indiquent l'action thérapeutique des huiles essentielles et des résines dans les infections aiguës (streptocoques, staphylocoques, colibacilles, etc.). Un de ces chapitres est consacré en entier à la « Themsaline », médicament composé d'huilles essentielles et de résines, et à son action dans les maladies infectieuses et dans les maladies de la nutrition.

Dans les trois autres chapitres, il est traité de l'action thérapeutique des différents lipides aromatisés dans les infections chroniques. Le professeur Jentzer expose longuement l'action très efficace du « lipodéterpénol » composé d'huiles essentielles d'essences déterpénées, d'huiles et de lipides.

Cet ouvrage est basé sur de nombreuses recherches personnelles, sur des expériences physiologiques et cliniques ; l'auteur n'a pas eu pour but unique de faire œuvre scientifique, il a voulu donner aux médecins et aux chirurgiens des indications de thérapeutique pratique. On y trouvera des observations nombreuses, des critiques, des indications, une partie de technique et d'instrumentation étendues.

La chasteté perverse, par le Dr Paul VOIVENEL. (1 vol. in-16. Prix : 12 fr. La Renaissance du livre, 78, boul. Saint-Michel, Paris, 6e.)

Voici un nouveau livre d'un médecin-écrivain que ses études de médico-psychologie ont mis au tout premier rang. Après le *Génie littéraire*, la *Maladie de l'Amour*, *Remy de Gourmont vu par son médecin*, les *Belles-mères tragiques*, etc., le Dr Paul Voivenel, avec sa compétence exceptionnelle, en un style vigoureux et pittoresque, nous parle du mensonge, des accusations calomnieuses, des lettres anonymes et de certains crimes d'empoisonnement.

Il a noté entre ces divers crimes et délits des points de ressemblance suggestifs, qu'il a résumés sous le titre significatif de : *La chasteté perverse.*

Sans accepter toutes les exagérations du Freudisme, contre lesquelles il s'élève, au contraire, vigoureusement, il s'en tient au vieil adage « imaginatio lasciva, vita proba ».

Le problème est nettement posé dans l'introduction.

Dans le chapitre suivant, l'auteur classe et étudie lumineusement les faits.

Il nous dépeint ensuite le terrain morbide de l'hystérie qui ment et qui tue.

Enfin, le spécialiste de l'Inspiration reprenant la parole, dans un très curieux et hardi chapitre intitulé : *incompressibilité de la sensibilité*, passe graduellement du pathologique au normal et nous ouvre des perspectives nouvelles sur le problème de la création littéraire.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 1261.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 45 LE NUMÉRO: 50 Centimes 3 NOVEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine.* — Séance du 22 octobre. Questions données : Signes, diagnostic et traitement du tétanos. — Signes et diagnostic de la luxation traumatique récente extra caracoïdienne de l'épaule. — MM. Laflotte 15, Carbonnel 15, Mlle Wilm 19, MM. Arrondel 29, Martin (Jean) 23, Cohen-Asdriel 21.

Séance du 24 octobre. Questions données : Symptômes et diagnostic des péricardites aiguës. — Complications de la délivrance. MM. Hesse 24, Gilbrin 24 Antonelli 20, Perrier 12, Aboulker 19, Kreyts 18, Mlle Fagnière 17, MM. Cacuira 15, Huret 15, Werner 14.

Séance du 25 octobre. Questions données : Signes et diagnostic des paralysies diphtériques. — Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. — MM. Thorel 13, Bénassy 16, Lemoine 16, Mlle Baillon 26, M. Puymartin 26.

Séance du 26 octobre. Questions données : Coma diabétique. Formes cliniques et évolution du cancer de la langue. — MM. Iliovici 6, Bélitre 16, Dubois (Jean) 16, Brizard (André) 13, Perrey 18, Gaston 22, Leroy (Robert) 20, Filliozat 13, Vialle 24, David (Jean) 24.

Concours d'optalmologiste des hôpitaux. — Séance du 24 octobre. (Admissibilité). — Composition écrite : Questions traitées : Cornée (anatomie et physiologie). — Complications iriennes et cristalliniennes des contusions du globe.

Questions restées dans l'urne : Muscles des paupières (anatomie et physiologie) et symptômes et diagnostic du décollement rétinien. artère centrale de la rétine (anatomie et physiologie) et oblitération de l'artère centrale de la rétine.

Séance du 26 octobre. — Lecture des copies : MM. Weil 29 Cousin 27. Favory 27, Lagrange 30, Hartmann 30.

Epreuve de consultation écrite : MM. Favory 19, Cousin 19, Hartmann 20, Lagrange 19. Weil 19.

Ont été déclarés admissibles : MM. Hartmann 50, Lagrange 49 et Weil 48.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. (Admissibilité). — Séance du 29 octobre. Question traitée : Stomatites ulcéro-membraneuses.

Questions restées dans l'urne : Constriction permanente des mâchoires. Fractures du maxillaire supérieur.

Société des amis de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — La Société des amis de l'internat dont le président est M. Trélat maître des requêtes honoraire au Conseil d'Etat ; les vices-présidents : Professeur Pierre Tessier, membre de l'Académie de médecine ; M. Philippot, vice-président du Crédit Foncier d'Algérie et de Tunisie ; Dr Crouzon, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, a pour but de grouper en liaison avec l'Association Amicale des Internes et anciens Internes en Médecine des hôpitaux de Paris et hospices civils de Paris, toutes les sympathies favorables à l'Internat.

Elle a en outre pour but, d'encourager les travaux des Internes et anciens Internes, de leur prêter assistance ainsi qu'à leurs familles, de resserrer les liens qui les unissent et d'une façon générale d'entretenir le prestige moral et scientifique du corps de l'Internat.

Depuis la création de cette Société, de nombreuses personnalités et groupements médicaux et extra-médicaux ont envoyé leurs adhésions ou des dons parfois très importants.

Mais l'œuvre est vaste et tous ceux, Internes, anciens Internes ou qui ont une gratitude quelconque à l'égard de l'Internat et qui n'ont pas encore répondu à l'appel de la Société, sont instamment priés d'envoyer leurs adhésions au trésorier Dr Jomier (compte de chèques postaux Paris, n° 125.518 au nom de la Société des « Amis de l'Internat », 3, rue Daru, Paris-VIIIe. Pour la correspondance s'adresser au Dr Henri Godlewski, secrétaire général, 14, rue Théodule-Ribot, Paris XVIIe.

Cotisations : Membres associés : 50 (Rachat 500 fr.) ; Membres titulaires 30 (Rachat 300 fr.) ; (Internes et anciens-Internes).

Prix de l'Académie des sciences. — *Le prix Albert Ier de Monaco.* — A l'unanimité, l'Académie décerne le prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) à M. Cotton pour le puissant électro-aimant qu'il a réalisé à l'Office national des recherches et inventions.

LISTE DES PRIX ET SUBVENTIONS ATTRIBUÉS EN 1928. — *Botanique.* — Prix Desmazières (1.600 fr.) : M. Léonidas Grigoraki, assistant au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Lyon ; prix Montagne (1.500 fr.) : M. Roger Werner, assistant de botanique à la Faculté des sciences de Strasbourg ; prix de Coincy : un prix de 1.000 fr. à Mlle Gabrielle Bonne, docteur ès sciences.

Anatomie et zoologie. — Prix Cuvier (1.500 fr.) : M. Louis Boutan, professeur à la Faculté des sciences d'Alger : prix Savigny (1.500 fr.) ; M. Jean-Louis Dantan, professeur à la Faculté des sciences d'Alger ; prix Jean-There (1.000 fr.) : M. Etienne Hubault, inspecteur des eaux et forêts.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : prix de 2.500 fr. à MM. Maurice Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Pavel, assistant à la Faculté de médecine de Bucarest ; prix de 2.500 fr. à M. Edmond Papin, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph ; prix de 2.500 fr. à M. Gustave Worms, professeur au Val-de-Grâce ; une mention honorable de 1.500 fr. à M. Albert Berthelot chef de laboratoire de l'Institut Pasteur, à M. Gaston Ramon, directeur de l'Institut Pasteur de Garches ; et à Mlle Germaine Amoureux, préparateur à l'Institut Pasteur ; mention honorable de 1.500 fr. à MM. Charles Foix et Julien Marie ; mention honorable de 1.500 fr. à MM. Edouard Schoull et Louis Weiller ; prix Barbier (2.000 fr.) ; MM. J. Belot, médecin électro-radiologiste de l'hôpital Saint-Louis, et François Lepennetier, médecin électro-radiologiste adjoint à l'hôpital Saint-Louis ; prix Bréant : un prix de 3.000 fr. est décerné à M. Georges Blanc, directeur de l'Institut Pasteur d'Athènes ; prix de 2.000 fr. à M. Edouard Bist, médecin de l'hôpital Laënnec ; prix Godard (1.000 fr.) : M. Paul Bordas, interne des hôpitaux ; prix Bellion (1.400 fr.) : M. Noël Fiessinger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; prix Larrey (1.000 fr.) : MM. Antony Rodiet, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, et Fribourg-Blanc, médecin chef du centre psychiatribue du Val-de-Grâce.

Congrès international de médecine tropicale. — Le Congrès international de médecine tropicale et d'hygiène, qui aura lieu au Caire, du 15 au 22 décembre 1928, présente pour tous les médecins, surtout pour la France, un très grand intérêt.

Il a pour but de célébrer à la fois le centenaire de la Faculté et la mémoire de celui qui l'a fondée, notre compatriote Clot Bey, qui a séjourné en Egypte pendant près de 40 années, organisant l'enseignement de la médecine et nombre d'œuvres d'assistance et d'hygiène qui faisaient complètement défaut.

Il est très important que la France soit dignement représentée à ce congrès. De plus, en sa qualité de puissance coloniale, elle ne peut pas se désintéresser des questions qui y seront discutées

et qui ont trait aux maladies tropicales, notamment à la « bilharziose » et à l'amibiase ».

Enfin il est à noter que le congrès a lieu à l'époque la plus favorable, c'est-à-dire au mois de décembre et qu'on a prévu un séjour dans la Haute-Egypte, où sont accumulées les beautés de la nature et de l'art. Toutes les facilités pour ces excursions ont été accordées : réduction de 25 à 50 % sur les Cies de navigation et de chemins de fer et dans les hôtels. Le voyage se fera donc dans des conditions exceptionnelles.

Pour l'inscription et les renseignements s'adresser au Consulat d'Egypte, Bureau du Tourisme, 7, rue La Pérouse.

Le prix Nobel de médecine. — Une dépêche de Stockholm annonce que le prix Nobel de médecine pour 1928 est décerné au docteur Charles Nicolle, directeur de l'institut Pasteur de Tunis, pour ses travaux sur le typhus.

Le docteur Charles Nicolle est né en 1866 à Rouen. Elève de Ducloux, Metchnikoff et Roux, il fut d'abord professeur à l'Ecole de médecine de Rouen où il créa un centre d'études microbiologiques. Il fut appelé à Tunis en 1903 pour y organiser l'institut Pasteur. Il sut dès lors s'assurer des collaborateurs dans le corps médical de Tunis et étudia avec eux toutes les grandes questions de pathologie infectieuse que pose l'Afrique du nord : fièvre ondulante, kala-azar, bilharzine, trachome et surtout typhus. En ce qui concerne ce dernier, ce fut lui qui élucida son mode de transmission et qui montra les mesures de préservation que l'on doit prendre à son égard. Beaucoup d'autres problèmes ont sollicité l'attention de Charles Nicolle : vaccins microbiens, utilisation du sérum de convalescents, etc.

Charles Nicolle est membre associé national de l'Académie de médecine et membre correspondant de l'Académie des sciences depuis 1920. L'Institut de France lui a décerné en 1927 le prix Osiris. (*Le Temps.*)

Hôpital d'Urologie et de chirurgie urinaire. (156 bis avenue de Suffren, XVe). — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes. — Semestre d'hiver à partir du jeudi 8 novembre* 1928. — Programme : Consultations tous les jours, sauf le vendredi, de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie, les vendredis à 9 heures, au Pavillon-Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères, les mardis et samedis, à 9 heures et demie. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches, les jeudis à 10 heures 1/4. — Injections épidurales et électricité (haute fréquence), les mercredis à 9 heures 1/2. — Urétrites, examen des gouttes et radiographies, les lundis à 10 heures. — Traitements, tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats sont délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156, avenue de Suffren.

Société internationale de chirurgie. — Le VIIe Congrès de cette association qui groupe actuellement 970 membres appartenant à vingt huit nations, aura lieu à Varsovie, du 23 au 27 juillet 1929, sous la présidence du prof. Hartmann, de Paris. Quatre questions seront discutées pour lesquelles les rapporteurs suivants ont été choisis par le Comité international : 1° *Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire.* (MM. Bérard, Lyon ; Chiasserini, Rome ; Govaerts, Bruxelles ; Matas, New-Orléans ; Lesniowsky, Varsovie ; Ritter, Zurich ; Wocyiechowski, Varsovie) ; 2° *Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal* (MM. Rossi, Milan ; Bartrina, Barcelone ; Ashhurst, Philadelphie ; Krinski, Varsovie ; Lardennois, Paris ; Schoemaker, La Haye ; Zaoski, Varsovie) ; 3° *Traitement de la maladie de Basedow* (MM. Crile, Cleveland ; Jirasek, Prague ; Juracz, Posnani ; Loicq, Bruxelles ; Forgue, Montpellier ; Troell, Stockholm) ; 4° *Chirurgie réparatrice de la hanche* (MM. Hybbinete, Stockholm ; Mathieu, Paris, Putti, Bologne).

Plus de 300 adhésions au Congrès sont déjà parvenues au secrétaire général et le séjour en Pologne promet d'être extrêmement intéressant. Indépendamment des quatre jours du Congrès à Varsovie, un voyage circulaire de six jours sera organisé en Pologne. Il est très probable qu'un grand nombre de congressistes iront en Pologne par mer via Anvers, Hoek van Holland, Copenhague et Dantzig, de façon à rééditer le voyage qui avait eu tant de succès en Italie avant le Congrès de Rome. Comme on le sait, le nombre des membres pour chaque pays est limité et lors d'une récente réunion tenue à Paris, le comité international a émis le vœu que les délégués de chaque pays soient très stricts dans l'admission de nouveaux membres.

« Médecins parisiens de Paris ». Secrétariat général, 119, boulevard Malesherbes, Paris-8e. — Pour leur 23e dîner, les « Médecins parisiens de Paris » se sont réunis le 29 octobre 1928, sous la présidence d'honneur de M. le professeur RICHET et la présidence du Dr DUCLAUX, président annuel.

Etaient présents : M. Bauer, Mlle Berger, MM. Bloch (André), Blondel, Bongrand, Blondin père et fils, Boussi, Boulet, Bourguignon, Cahen, Capette, Chauvelot, Deniker, Deron, Devraigne, Doin, Duclaux, Dufour, Eloy, Fatout, Fège, Galliot, Gérard, Gerson, Giraud, Guébel père et fils, Guillemin, Mlle Hébert, MM. Janin, Jousset, Laurent-Gérard, Leroux, Mlle Lévy, MM. Maduro, Mock, Piot, Prost, prof. Charles Richet, Richet fils, Rouget, Schaeffer, Thalheimer, Valentin, Veil (Prosper), Viguerie.

Au cours de ce dîner fut remis à M. le professeur Charles Richet l'exemplaire n° 1 (sur Japon) de l'édition de luxe de son livre de Fables « Pour les Grands et pour les Petits » magnifiquement illustré par Raphael Drouart. Nul doute que les bibliophiles ne rechercheront les exemplaires de cette édition publiée sous les auspices des « Médecins parisiens de Paris » et par les soins du Dr Doin, membre de cette Amicale.

Pour remercier, M. le prof. Richet récita une Fable inédite : « La Carpe et l'Hirondelle » ; et ses nombreux auditeurs purent goûter une fois de plus le délicat talent de poète d'un maître qui excelle dans tant de domaines si variés.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au Secrétaire général, Dr PROST, 119, boulevard Malesherbes, Paris-8e.

Cours de puériculture « La goutte de lait de Belleville », 126, Boulevard de Belleville. — Le Dr G. VARIOT reprendra ses Cours de puériculture à la Goutte de lait de Belleville, 126, boulevard de Belleville, le 8 novembre 1928, à 10 h. 1/2 et les continuera le jeudi de chaque semaine.

Sujet de la première conférence : Aperçu historique et réflexions sur le développement et les progrès de la puériculture en France.

Hôpital Beaujon. — *Démonstrations pratiques de radiologie et d'électrologie.* — MM. AUBOURG, électro-radiologiste de l'hôpital Beaujon, chef de laboratoire, JOLY et VIGNAL, électro radiologistes des hôpitaux, chefs-adjoints, Mme DELAPLAGE, MM. DAVID DE PRADES et MIGNON, assistants d'électro-radiologie.

A. Démonstrations pratiques : 1° Radiographie des membres, tous les matins, de 9 h. à 11 heures ; 2° examen des clichés pris dans la matinée, tous les jours à midi ; 3° radiodiagnostic des viscères, tous les jours à 11 heures. Lundi, malades du service de M. de Massary. Mardi, malades du service de M. Proust. Mercredi, malades du service de M. Harvier. Jeudi, malades du tube digestif. Vendredi, malades du sérvice de M. Harvier. Samedi, à 9 heures 1/2, maladies du poumon et de la plèvre dans le service de M. Debré ; 4° radiodiagnostic en oto-rhino-laryngologie, tous les mercredis après-midi, à 14 heures et le samedi matin à 10 heures ; 5° radiodiagnostic par le lipiodol, tous les mercredis après-midi, à 15 heures 30 ; 6° rœntgenthérapie, le jeudi à 11 heures. Examen des nouveaux malades et des malades en cours de traitement ; 7° électrothérapie, le mercredi à 19 heures. Examen des nouveaux malades et des malades en cours de traitement ; 8° électrodiagnostic, tous les mercredis, à 10 h. 30 ; 9° ultra-violets, tous les mardis, à 11 h. Examen des nouveaux malades et des malades en cours de traitement.

B. Conférences. — 1° Rœntgenthérapie dans le traitement des tumeurs. A partir du lundi 10 décembre 1928, à 11 h., MM. Aubourg et Joly feront et continueront chaque lundi une série de 25 conférences théoriques, suivies de démonstrations pratiques et de présentation de malades ; 2° électrodiagnostic et électrothérapie. A partir du jeudi 13 décembre, à 10 h., M. Vignal fera et continuera chaque jeudi une série 20 de conférences théoriques, suivies de démonstrations pratiques et de présentation de malades ; 3° Maladies du poumon et de la plèvre. A partir du samedi 12 janvier 1929, à 10 heures, M. Mignon fera et continuera chaque samedi, une série de conférences théoriques, suivies de présentation de films radiographiques, sur le radiodiagnostic des maladies du thorax.

Cours de puériculture de « La goutte de lait de Belleville » 126, Boulevard de Belleville. — Le Dr G. VARIOT reprendra ses Cours de puériculture à la Goutte de lait de Belleville, 126, boulevard de Belleville, le 8 novembre 1928, à 10 h. 1/2 et les continuera le jeudi de chaque semaine.

Sujet de la première conférence : Aperçu historique et reflexions sur le développement et les progrès de la Puériculture en France.

Nécrologie. — Dr ANDRAL, décédé à Pau dans sa 83e année. — M. le Dr GERVAIS, da Rouville, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à l'age de 65 ans. — M. le Dr Félix LESAVRE, décédé à Sennecey-le-Grand (Saône-et-Loire), à l'âge de 74 ans. — Dr Eymery, sénateur de la Dordogne.

BIBLIOGRAPHIE

A Handbook of clinical gynecology and obstetrics, par RAE THORNTON LA VAKC. Tha C. V: Mosbycy, 1928.

R. T. La Vackc (de Minneapolis) vient de publier en deux-cent-cinquante pages un résumé de la pratique obstétricale et gynécologique qui est destiné, plus spécialement, aux étudiants. La première partie est consacrée à une étude sommaire de ces deux spécialités, La deuxième est formée d'une série de revues pratiques sur divers points de clinique obstétricale qui doivent être tenus pour importants. Ce livre se lit facilement et est digne d'éloges.

HENRI VIGNES.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement de l'hyperchlorhydrie (1)

Par le Professeur **Maurice LOEPER.**

Pour peu qu'un malade se plaigne « de brûlures d'estomac, de douleurs tardives et de pyrosis », il se trouve immédiatement étiqueté hyperchlorhydrique et soigné comme tel. On néglige volontiers de confirmer ce diagnostic par l'examen du suc gastrique, et parmi les étiologies diverses du syndrome on retient, à l'exclusion de toute autre, celle d'ulcères, que la moindre déformation entrevue à l'écran suffit à confirmer.

Il y a là un abus : toute hyperchlorhydrie qu'on suspecte doit être vérifiée par un chimisme gastrique. Toute hyperchlorhydrie reconnue nécessite qu'on en recherche la cause. Aussi, avant d'en aborder le traitement, rappellerai-je ce qu'est la chlorhydrie normale, et quels sont les divers mécanismes de l'hyperchlorhydrie.

Le chimisme se pratique sur un suc gastrique retiré par tubage après un repas d'épreuve composé de 60 gr. de pain rassis et 250 gr. de thé léger peu sucré. Carnot, pour éviter la souillure alimentaire recommande le tubage après repas fictif, ou après injection d'histamine. Le dosage de l'acidité se fait d'après les différents procédés dérivés de la méthode de Linossier. Elle a l'avantage de déterminer les doses respectives d'HCl libre, de chlore combiné et d'acides de fermentation.

Normalement, le taux d'HCl libre oscille autour de 0,80 et la chlorhydrie totale qui représente la somme des acides libre et combiné ne dépasse pas 2.70. Voici donc un moyen simple qui permet de savoir si l'on a affaire à un hyperchlorhydrique.

L'hyperchlorhydrie est-elle un symptôme ou une maladie ? La question fut autrefois longuement discutée. Actuellement, on la considère plutôt comme un symptôme : elle est souvent déterminée par des lésions gastriques telles que l'ulcère ; elle est fréquente au cours de certaines gastrites ; parfois enfin elle n'est que le retentissement d'une lésion plus lointaine : l'hyperchlorhydrie de certains biliaires en est l'exemple le plus net. Pratiquement, elle est toujours symptomatique et doit être traitée non seulement dans les troubles qu'elle détermine mais aussi dans la cause qui la provoque.

La pathogénie du syndrome hyperchlorhydrique est d'ordres divers. Mécanisme fonctionnel nerveux ou muqueux ; étiologie alimentaire, médicamenteuse ou lésionnelle peuvent être invoqués.

Le système nerveux intervient sans conteste dans la sécrétion chlorhydrique de l'estomac. Pawloff, Kamavura, Wertheimer, ont prouvé que le vague est le nerf sécréteur gastrique par excellence. Son excitation augmente la sécrétion et la richesse en HCl. Sa section est suivie des effets inverses.

Mais on ne peut dénier à la muqueuse un rôle important. J'ai déjà dit qu'elle contenait deux types de cellules : les unes, principales, qui élaborent la pepsine, les autres bordantes qui libèrent l'HCl. Arcet, Hayem, Lyon, Bensaude, ont noté l'augmentation des cellules bordantes dans les états d'hyperchlorhydrie. L'hyperchlorhydrie peut être une manifestation transitoire, parfois un trouble plus durable ou permanent.

L'alimentation est une cause fréquente d'hyperchlorhydrie. Il ne faut pas oublier que tous les aliments sont doués de propriétés excito-sécrétoires, à des degrés divers, il est vrai. La viande, le pain, exagèrent la sécrétion chlorhydrique plus que le lait et le sucre. Mais quand la chlorhydrie est pathologiquement élevée, le pain et même l'amidon sont susceptibles de l'accroître notablement. Certaines associations alimentaires sont moins excito-sécrétoires que d'autres, tels le lait et le sucre, le pain et le sucre qui provoquent une sécrétion acide moin riche que ne le fait chaque produit isolément. Léon Meunier s'est élevé contre cette opinion : mais la réponse à ses objections est facile. La nature des aliments certes, n'intervient pas seule, mais aussi, pour ce qui est des produits solubles, leur concentration moléculaire. Or la concentration du suc gastrique normal est — 0°40. Tout apport de substance plus concentrée nécessite une dilution préalable : elle se fait grâce à un afflux d'eau salée. Et ceci explique que, temporairement tout au moins, on trouve une augmentation de la chlorhydrie. L'appréciation du pouvoir excito-sécrétoire d'une substance ingérée doit donc se faire au bout d'un temps optimum, ni trop court, comme l'a fait Léon Meunier, ni trop long, comme l'a fait Wolff, qui tubait ses malades le lendemain de l'ingestion. En réalité, le sucre est un antichlorhydrique, comme le prouvent les expériences que j'ai faites avec Marchal. Chez un homme normal, la chlorhydrie après absorption de thé léger non sucré monte à 2 gr. 20. Avec le thé sucré elle n'est que de 1 gr. 80. Le bouillon peptoné double le chiffre normal ; le bouillon peptoné sucré l'élève beaucoup moins.

Par ailleurs, les amers, les apéritifs et en général tous les alcools augmentent d'autant plus la chlorhydrie qu'ils sont plus purs ainsi que l'ont prouvé nos plus récents dosages.

De ces diverses remarques découlent les principes généraux de la diététique de l'hyperchlorhydrie : le régime de ces malades doit être à base de pâtes, de lait, de sucre, de riz, mais la viande, le pain, les peptones, l'alcool doivent d'autant plus être sévèrement proscrits que l'hyperchlorhydrie atteint un taux plus élevé.

***

La diététique ne résume pas tout le traitement de l'hyperchlorhydrie : la médication alcaline saturante et, plus accessoirement, la radiothérapie en sont les compléments indispensables.

L'idée de saturer par les alcalins l'acide chlorhydrique en excès découle logiquement de ce que je viens de dire. Ce traitement a pourtant fait l'objet de nombreuses discussions surtout depuis l'emploi abusif du *bicarbonate de soude* : il est d'ailleurs purement symptomatique et non causal. Le bicarbonate fut distingué par Klaprot, vers 1802, du carbonate de soude. Plus tard Arcet l'utilisa en thérapeutique humaine, il l'administrait en pastilles contenant 25 grains de ce sel et 20 grains de sucre, très voisines par conséquent de nos pastilles de Vichy et la formule est excellente, puisqu'à l'action saturante du bicarbonate elle joint l'effet atténuant du sucre. Parmi les divers médicaments proposés et malgré ses méfaits, le bicarbonate reste encore le plus employé. C'est que, chimiquement du moins, il représente l'alcalin type : ajouté à une quantité même minime d'acide chlorhydrique, il le neutralise. Il se forme du gaz carbonique qui agit comme anesthésique de la muqueuse, et, en atténuant les réactions douloureuses, facilite l'évacuation de l'estomac. Il se forme aussi du chlorure de sodium et c'est là un inconvénient, car résorbé par l'organisme, ce chlorure apporte aux glandes gastriques de nouveaux matériaux pour fabriquer l'acide chlorhydrique. On utilise en Angleterre le bicarbonate de potasse qui n'aurait pas les mêmes défauts que le bicarbonate de soude Cet usage ne s'est pas généralisé en France.

(1) Leçon recueillie par le Dr A. Lemaire.

Il n'est pas certain qu'*in vivo* le bicarbonate de soude soit doué exactement des mêmes propriétés qu'*in vitro* et qu'introduit dans l'estomac, il abaisse toujours la chlorhydrie ? Charles Richet, certes, en faisant ingérer du bicarbonate de soude à un homme porteur d'une fistule gastrique, a pu faire baisser la chlorhydrie à 0 et l'y maintenir. Mais, par contre, les auteurs étrangers avec Jaworski, Dumesnil, prétendent que ce corps, loin de saturer l'acidité gastrique, en augmente le taux. Il n'est pas rare, en médecine, de voir soutenir avec une égale bonne foi des opinions contraires. L'une et l'autre contiennent une part de vérité. Quand on administre du bicarbonate pendant les repas, on sature l'acidité gastrique en proportion des doses absorbées et de la quantité d'HCl sécrétée. A faibles doses et avant le repas, le bicarbonate provoque un abaissement temporaire de la chlorhydrie, suivi rapidement d'une phase d'hypersécrétion : il se comporte alors comme un médicament excito-sécrétoire. A fortes doses et pendant le repas, non seulement il sature l'acide chlorhydrique, mais encore il inhibe sa sécrétion. Hayem et Gilbert l'ont confirmé chez le chien. Chez l'homme, Linossier, puis Mathieu considèrent, d'après leurs recherches, que l'ingestion avant les repas d'une dose inférieure à 2 gr. provoque dans l'heure une augmentation de l'acide chlorhydrique, mais que 5 gr. absorbés pendant le repas abaissent la chlorhydrie. La question est donc tranchée. C'est une question de moment et de doses. Il n'en reste pas moins que la neutralisation n'est pas durable, et qu'elle est suivie à titre de compensation et selon un phénomène biologique très général, d'un processus inverse. Aussi comprend-on les diverses techniques et posologies que recommandent les auteurs.

Mathieu administrait le bicarbonate *en doses fractionnées* par prises successives de 1 gramme, 2, 3, 4 et 5 heures après chaque repas. Debove s'en tenait aux *doses massives* de 10 gr. à 20 gr. Hayem de 5 à 10 gr. en une fois.

Il ne faudrait pas croire que le bicarbonate de soude borne ses effets à l'estomac. Heureux ou néfastes, ils sont plus généraux. Sur le foie et le pancréas ils sont connus de longue date : c'est un cholagogue faible mais indiscutable, c'est un excitant de la sécrétion pancréatique. Son action sur le sang est plus discutée. La cure alcaline favorise les hémorragies : l'absorption de 500 gr. d'eau de Vichy augmente les épistaxis chez les malades qui y sont sujets, fait saigner les hémorroïdes et prolonge la durée des règles, mais le bicarbonate peut-il entraîner une anémie notable ? Là encore deux opinions opposées ont cours. Il est certain que la cure de Vichy peut s'accompagner d'une diminution appréciable du nombre des globules rouges, mais qui dépend aussi de la dilution sanguine provoquée par la quantité d'eau ingérée ? Et même des auteurs dignes de foi soutiennent que le bicarbonate augmente au contraire la richesse du sang en hématies. Pratiquement, aux doses habituelles le bicarbonate de soude n'est jamais facteur d'anémie, mais par son action sur le foie et sur la coagulabilité sanguine il peut être cause de petites hémorragies.

Même à doses faibles, son absorption est parfois suivie de l'émission d'urines alcalines, devenues laiteuses par précipitation des phosphates terreux. Il n'en fallait pas plus pour accuser le bicarbonate de soude d'être un facteur de déminéralisation de l'organisme :là comme ailleurs on a exagéré. Peut-être de telles urines sont-elles plus riches que normalement en carbonate de chaux mais il ne saurait s'agir d'une décalcification bien importante, car la chaux entraînée provient du calcium circulant et non pas du calcium fixé. J'ai montré par ailleurs qu'un mécanisme très sensible maintenait constant le taux de la chaux circulante, que ses variations étaient minimes, et qu'une spoliation calcaire n'avait guère d'importance tant qu'elle ne touchait pas au calcium fixé.

Un phénomène plus curieux fréquemment observé à Vichy est l'augmentation de poids qui suit la cure bicarbonatée ; il est particulièrement net chez les diabétiques mais ne peut se produire chez d'autres. Il ne s'agit pas d'un engraissement, mais d'un véritable œdème bicarbonaté dont on discute encore la pathogénie.

Si on supprime le bicarbonate, la diurèse augmente. Il faut donc se montrer prudent quand on prescrit chez un diabétique la cure alcaline bicarbonatée.

Je ne ferai que signaler la cachexie alcaline dont Trousseau et Magendie ont exagéré les dangers : aux doses habituelles on ne l'observe jamais.

* * *

Frappés de ces quelques petits inconvénients, les auteurs ont voulu substituer au bicarbonate de soude d'autres médicaments.

La *craie* préparée est du carbonate de calcium : c'est une poudre blanche insoluble dans l'eau. Aussi l'administre-t-on en paquets ou en cachets. Elle procure une bonne saturation du suc gastrique, en dégageant de l'acide carbonique.

La *magnésie* est utilisée sous plusieurs formes chimiques. La magnésie calcinée, légère ou lourde, est un oxyde de magnésium : l'hydrate de magnésie, moins avide d'eau, sature plus facilement les acides dans lesquels il se dissout mieux. Le carbonate encore appelé magnésie carbonatée ou magnésie blanche est très facilement solubilisé avec effervescence par les acides étendus.

A faible dose, tous ces sels sont des antiacides, ils sont de plus des laxatifs légers à action lente. Leur emploi est donc doublement indiqué chez les hyperchlorhydriques qui sont généralement des constipés. Pourtant leur histoire n'est pas aussi brillante que celle du bicarbonate de soude, bien que leur usage thérapeutique soit plus ancien et remonte à plusieurs siècles.

Je citerai encore parmi les alcalinisants : le *phosphate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien*, peu employés ; le *savon amygdalien* qui est un mélange de stéarate de palmitate et d'oléate sodiques. Quant au *citrate de soude* je ne ferai que le signaler, me réservant d'étudier ses propriétés quand je traiterai des vomissements et de l'ulcère de l'estomac. La valeur respective de ces différents alcalinisants se trouve résumée dans les tableaux suivants :

Equivalences.

Pour saturer une même quantité d'acide il faut employer respectivement :

Bicarbonate de soude	0.50
Craie préparée	0.30
Carbonate de magnésie	0.30
Magnésie calcinée	0.15

Inversement, 1 gr. de chacun de ces produits sature respectivement :

1 gr. de bicarbonate de soude	0.13 HCl
1 gr. de carbonate de chaux	0.72 »
1 gr. de carbonate de magnésie	0.80 »
1 gr. de cmagnésie calcinée	1.60 »
1 gr. de mélange	3.50 »

Le bicarbonate de soude est de tous le moins saturant : c'est pourtant celui auquel on a le plus souvent recours, sans doute à cause du dégagement de CO^2 qu'il provoque et auquel il doit en partie ses propriétés sédatives. Il est de plus fréquemment associé aux autres alcalins : voici les formules et les posologies les plus courantes.

Bicarbonate de soude pur, par cuillerées à café, 3 par jour.

Poudre :

Bicarbonate de soude	20 gr.
Hydrate de magnésie	ââ 10 gr.
Craie préparée	
Phosphate de chaux	

par cuillerées à café, délayer dans un peu d'eau.

Cachets :

Bicarbonate de soude	1 gr.
Craie	0.25

pour un cachet, 4 à 6 par jour.

Bicarbonate de soude	0.75
Craie	ââ 0.25
Magnésie calcinée	
Poudre de feuilles de belladone	un demi centigr.

pour un cachet, 3 à 4 par jour.

Comprimés de :

a) Craie	0.20
b) Magnésie hydratée	0.20

2 à 3 comprimés en une fois.

Solution de :

Citrate de soude	10 gr.
Eau	150 gr.

3 à 4 cuillerées à soupe.

Pilules :

Savon amygdalin	0.10 à 0.30

peu utilisé.

***

Il ne faut pas oublier que l'hyperchlorhydrie est en fait une hypersécrétion gastrique : au traitement symptomatique saturant on associera utilement une thérapeutique visant à diminuer la sécrétion. La *belladone et l'atropine* trouvent là leurs indications puisqu'elles réalisent une section physiologique du système parasympathique dont dépend la sécrétion.

L'extrait de belladone en potion ou pilules à la dose de 1 à 5 centigrammes par jour, le sulfate d'atropine en solution, en granules, ou en injection sous-cutanée, aux doses de 1/4 à 1 mmgr. diminuent notablement la chlorhydrie. Mais ici la voie d'administration importe comme je l'ai montré avec Marchal. L'ingestion provoque un abaissement momentané mais peu durable de l'acidité gastrique, tandis que l'injection sous-cutanée est d'action plus tardive mais souvent plus marquée et plus importante. Ces résultats ne sont pas constants et il y a des insuccès complets.

Bien entendu, on ne se contentera de ce seul traitement symptomatique que lorsqu'on n'aura trouvé à l'hyperchlorhydrie aucune cause cliniquement décelable. Dans tous les autres cas, et ce sont les plus fréquents, un traitement étiologique devra être institué : c'est celui des ulcères gastriques ou duodénaux, des gastrites, des affections hépatiques, de la lithiase, pour ne citer que les affections les plus souvent à l'origine de l'hyperchlorhydrie et qui nécessitent des *pansements* gastriques, des médications topiques sur lesquels je reviendrai ultérieurement.

***

A titre accessoire, la *radiothérapie* peut encore être préconisée. Pour si extraordinaire que ce fait puisse paraître l'irradiation de l'estomac détermine un abaissement de la chlorhydrie. Cette méthode thérapeutique dont l'emploi ne remonte pas à plus de vingt ans n'est guère utilisée dans le traitement de l'hyperchlorhydrie que depuis dix. C'est Briegel qui en fut le promoteur, ayant remarqué que l'application d'une dose de rayon égale à une unité H (1/5 de la dose érythémateuse) provoque au bout de 5 à 8 séances une diminution de la sécrétion chlorhydrique. Oury, en 1925, consacre à cette étude une thèse très documentée et montre que chez les hyperchlorhydriques, l'irradiation est suivie vers la 7e ou 8e séance d'un abaissement de l'acide chlorhydrique libre et de l'activité peptique du suc gastrique. Mais les résultats ne sont pas durables et la reprise ultérieure du traitement ne provoque plus les mêmes effets. Ils sont variables d'ailleurs d'après la dose de rayonnement employée et d'après la teneur en HCl du suc gastrique : une petite hyperchlorhydrie devient une hypochlorhydrie, une hypochlorhydrie devient une anachlorhydrie. Oury affirme que cette méthode n'est pas dangereuse : elle ne détermine aucune lésion. Regaud et Lacassagne, reprenant l'étude histologique des estomacs irradiés trouvent des lésions de la muqueuse : les cellules bordantes ne sont pas modifiées, seules les cellules à pepsine sont atteintes, leur nombre diminue. La question devrait être reprise en superposant aux lésions observées les variations provoquées du chimisme gastrique.

La radiothérapie reste une méthode compliquée et peut-être dangereuse : elle est un traitement d'exception. La thérapeutique saturante est facile à mettre en œuvre, anodine et efficace. C'est à elle que vous devez le plus souvent avoir recours, et les données très simples que j'ai exposées plus haut suffiront à la diriger.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la psychasténie,

Par le Prof.. N. N. TOPORKOFF, d'Irkoutsk (Sibérie) (1).

La psychasténie, en tant que type morbide indépendant, a été introduite en médecine par Pierre JANET, il y a pas mal de temps déjà. Ni la longue durée de cette existence nosologique, ni le grand nombre d'auteurs qui ont consacré des descriptions à la psychasténie (DÉJÉRINE, DARSKSCHEVITCH, JASPERS, FILIMONOFF, IVANOFF-SMOLENSKY et d'autres) n'ont abouti jusqu'ici à définir avec précision sa symptomatologie et ses causes.

C'est aux causes de ce syndrome que nous nous intéressons tout particulièrement ici et c'est en passant seulement que nous envisagerons ses manifestations cliniques.

En examinant la symptomatologie relevée dans nos 109 observations, nous remarquons, avant tout, que l'aspect clinique de la psychasthénie varie beaucoup suivant les cas ; dans certains cas, nous avons un genre de symptômes, dans certains autres cas, nous avons d'autres symptômes et c'est bien rarement que l'on trouve chez le même malade la coexistence de tous les éléments séméiologiques décrits.

Il faut admettre en tant que critère pathognomonique de la psychasthénie la présence d'un caractère inquiet, soupçonneux, sans lequel, suivant la définition de SOUKHANOFF il n'y a pas de psychasthénie. A ce signe fondamental se surajoutent d'autres symptômes variés de moindre importance, dont, suivant les cas, prédomine tantôt l'un et tantôt l'autre.

Nous nous arrêtons sur un élément morbide, qui, pour moi, révèle nettement le fondement du caractère inquiet, soupçonneux des psychasthéniques.

On pose au malade la question suivante : « Supposez que nous sommes trois amis dans une chambre ; nous causons, un quatrième

(1) Traduit sur le manuscrit de l'auteur par le Dr IRA TRIFONOFF.

ami entre et demande si quelqu'un de nous n'a point pris son porte-monnaie ». Presque chaque psychasthénique vous dira que cette question le met dans un état de gêne, qu'il a l'impression qu'on pourrait bien l'accuser. Un de nos malades raconte le fait suivant : « Je travaille dans une pharmacie, un de mes camarades demande où est sa blague à tabac. Aussitôt, je me sens gêné, je rougis»... Un autre malade étant chez des amis se voit dans une position gênante, car ses amis avaient perdu un petit vase et on le cherchait en sa présence. On le retrouve et, alors, un de mes amis lui dit : « Vous aviez l'air si gêné que je croyais que vous aviez pris le bibelot »...

En dehors du caractère inquiet et soupçonneux se manifestent, avec plus ou moins de netteté, les symptômes accessoires, qui, extérieurement, ont souvent un rôle prédominant. Ces symptômes sont les suivants : la tendance à l'hypochondrie, aux obsessions ou encore aux préoccupations sexuelles. Suivant la prédominance de ces divers symptômes on distingue trois forme de psychasthénie : une forme hypochondriaque, une forme obsessive et une forme sexuelle, cette dernière, le plus souvent, se fusionnant avec la forme hypochondriaque. Les limites entres ces trois formes ne sont, d'ailleurs, pas absolument précises.

Forme hypochondriaque. — Malade âgée de 23 ans, se plaint de faiblesse générale, les forces lui manquent. A des douleurs de tête, ressent de la tension au niveau des yeux. L'humeur est souvent mauvaise. Sensation de tristesse dans l'âme. Le matin, après sommeil, l'humeur est sombre : sensation de faiblesse. Des idées noires remplissent la tête, elles sont obsédantes, souvent viennent les larmes ; la conversation avec n'importe qui provoque le tremblement des mains, le moindre bruit est la cause de grande frayeur.

A cette forme se rapporte le plus grand nombre de nos observations, 72 sur 109.

Forme obsessive. — Malade âgé de 25 ans. Entre 14 et 20 ans, onanisme. Depuis l'âge de 18 ans, rapports sexuels, sans libido. Excitabilité sexuelle nette. Faiblesse de mémoire. A l'âge de 6 ans, ne pouvait voir aucun objet pointu sans avoir tout de suite le vertige. De 16 à 20 ans, ce phénomène se calme, à ce moment, le malade monte à cheval, voit une haie et ressent le vertige ; il est obligé de descendre de sa monture, et, à partir de ce fait, les vertiges recommencent, ou plus exactement l'idée de la possibilité des vertiges, qui arrivent aussitôt. Les sensations disparaissent si le malade ferme les yeux. Il a un caractère très soupçonneux. Il lui semble avoir une verge hypodéveloppée alors qu'elle est normale en réalité.

Forme sexuelle (neurasthénie sexuelle). — Malade âgé de 39 ans, apathique, qui, toujours et partout, se sent gêné. Ses mains tremblent au point qu'il lui est difficile de poser sa signature. Il a peur des endroits élevés. Jusqu'à 23 ans, pas de rapports sexuels, car il avait peur de se montrer impuissant. Après son mariage, il a des relations sexuelles seulement dans des conditions les plus favorables. Il s'inquiète beaucoup de sa vie génitale.

Nous avons observé 10 cas de malades de cette forme :

Il est intéressant de mentionner en tant que forme hypochondriaque la *syphilomanie*. Chaque neurologiste, chaque syphiligraphe connaît ce genre de malades. Ils vont d'un médecin à un autre, d'une policlinique à une autre ; ils recherchent la syphilis pour le diagnostic de laquelle, selon l'opinion générale, il n'y a aucune indication. Ce sont des malades qu'on renvoie avec bonhomie, ou dont on se moque. Mais, ni les négations des médecins, ni les résultats négatifs des examens sérologiques, ne leur apportent la tranquillité.

Pour nous, ces malades psychasthéniques, syphiliphobes, avec leur persistantes recherches de la syphilis, sont plus proches de la réalité que les médecins qui nient catégoriquement la syphilis chez eux, en se basant sur l'absence de signes grossiers.

Voici une observation caractéristique :

Malade âgé de 27 ans, psychasthénie, syphilomanie ; quelques menus symptômes organiques, légère dystrophie. Les spécialistes de la syphilis renvoient le malade parce qu'ils ne lui trouvent aucun signe de syphilis et, pourtant, le B.-W. est nettement positif (+ 3).

Notre attention est attirée par le fait que, sur 102 malades hommes, il n'y a que 7 femmes. Suivant les conditions habituelles de vie, les conditions psychologiques, les manifestations hystériques sont plus autorisées aux femmes, la tendance habituelle du diagnostic vers l'hystérie chez les femmes et la psychasthénie chez les hommes est pour quelque chose dans le diagnostic. Il faut croire que nous avons aussi péché dans cette direction.

***

Passons à notre sujet principal, à la question de l'étiologie.

On peut remarquer deux points principaux : 1° l'origine psychogène pure de la psychasthénie ; 2° et la prédisposition constitutionnelle.

Pour certains auteurs, ces facteurs se fusionnent et la psychasthénie semble être conditionnée autant par la tendance constitutionnelle que par l'influence psychique qui la fait se manifester. Les recherches étiologiques ne vont pas plus loin, sauf Soukhanoff qui rapproche la psychasthénie de la tuberculose et sauf Graver qui invoque, entre autres causes, la syphilis acquise en tant que terrain favorable pour le développement de la psychasthénie.

Les auteurs qui ne se contentent point pour l'étiologie de la psychasthénie de la génèse psychogène, indiquent les prédispositions héréditaires.

Ici, comme dans tous les états névropathiques, on constate l'hérédité alcoolique, psychopathique ; Soukhanoff attribue un grand rôle à l'hérédité tuberculeuse.

On attache très peu d'importance à l'hérédité syphilitique

Or, nous fondant sur les investigations de nombreux neurologistes, nous sommes porté à admettre, dans l'origine des états dégénératifs, neuropathologiques et dans les constitutions psychopathiques, le rôle prépondérant de la syphilis congénitale. Dans cette direction nous avons examiné avec une attention toute particulière tout malade venant nous consulter pour psychasthénie. Nous divisions nos observations en trois groupes : 1° chez 23 malades, la syphilis héréditaire fut prouvée, en voici quelques exemples :

a) Malade âgé de 39 ans. Pupille gauche dilatée. Les contours des deux pupilles sont modifiés. Macrodentisme, dents écartées, Les oreilles ne sont pas assez différenciées, Le père du malade aurait eu la syphilis avant la naissance de l'enfant. Au moment de l'examen, le malade présente un état gommeux net, ne cédant pas au traitement. Le B.-W. est + 4.

b) Malade âgé de 26 ans. Symptômes organiques, dystrophie. Chez la mère, les quatre premiers accouchements ont donné des enfants nés morts. Chez le frère, énurésie nocturne jusqu'à 20 ans. Chez la sœur, énurésie nocturne jusqu'à 15 ans. Le père de notre malade a eu la syphilis six ans avant sa naissance.

2° Malades chez lesquels la syphilis congénitale est trè probable :

a) Malade âgé de 30 ans. Il y a dix ans, le malade avait souffert de la syphilis. La pupille gauche est plus large, sa réaction est lente. L'incisive droite manque. Enurésie nocturne jusqu'à l'âge de 6 ans. Est atteint de psychasthénie depuis l'adolescence. En 1918, traitement spécifique, non terminé : en 1922 et 1923 encore deux séries, suivies d'une amélioration notable.

b) Malade âgé de 30 ans, pupille gauche dilatée, contours et réaction normaux. Les réflexes patellaire et achilléen à gauche sont plus forts. Le frère du malade a souffert d'énurésie nocturne jusqu'à l'âge de 12 ans. La sœur, âgée de 32 ans, a une dystrophie dentaire nette. sa pupille gauche est plus large, la réaction est lente. Le père du malade est tabétique.

e) 17 ans. Pupille gauche plus large. Du côté droit, les réflexes patellaireet achilléen sont plus forts. Léger Romberg. Incisives convergentes à facettes et cannelées. Polyadénie. Enurésie nocturne jusqu'à 12 ans la réaction de B.-W. est négative.

3° Dans le troisième groupe furent examinés 22 personnes suspectes de syphilis congénitale.

a) Malade âgé de 25 ans. Quatre autres enfants dans la famille sont morts en bas âge. La mère du malade est hystérique. Le frère de la mère est épileptique. Chez le malade, pupille gauche dilatee. Macrodentie de l'incisive supérieure gauche. Implantation des dents vicieuses.

b) Malade âgé de 20 ans. Dans la même famille, quatre enfants sont morts en bas âge. Différentiation insuffisante des oreilles. Dentition dystrophique. Adénite. Symptômes organiques.


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


PANTOPON
"ROCHE"
Opium total injectable
Ampoules - Comprimés - Sirop
Littérature :
Produits : F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges, PARIS.

Il est intéressant de faire remarquer que pas un de nos cas de psychasthénie ne soit suspecte de syphilis héréditaire, tous nos malades ont au moins des symptômes organiques fins caractéristiques de la neurosyphilis ; dystrophies, énurésie nocturnes, etc. (nous avons beaucoup de raisons pour considérer l'énurésie nocturne en tant que symptôme relié à la syphilis héréditaire). L'âge de nos malades rend plausible l'existence d'une syphilis acquise (rare dans les antécédents personnels), mais il ne faudrait pas chercher à trouver de nombreux malades rentrant dans ce groupe : le plus grand nombre de nos observations nous donne un B. W. négatif, et les malades nient la syphilis dans leurs antécédents. C'est pourquoi chez nombre de nos malades nous rapportons les symptômes organiques sur le compte de la syphilis congénitale. Certes, 21,1 % de syphilis congénitale *prouvée* ne présentent pas un gros pourcentage, mais il mérite, tout de même, l'attention. L'importance de ce pourcentage augmente encore du fait que beaucoup de nos observations ne touchent que le malade et non sa famille (sans examen des parents, des frères et sœurs).

L'expérience clinique montre que l'examen de toute la famille donne beaucoup plus de bases à la recherche de la syphilis congénitale que l'examen courant du malade seulement.

On peut conclure que nier la syphilis congénitale en se fondant sur l'examen clinique du malade, examen même très détaillé comporte un grand risque de laisser inaperçue la syphilis là où elle existe.

Nous nous permettons de rapporter ici deux ordres de recherches, empruntés à deux autres travaux, qui, ici, seront aussi instructifs.

En examinant 110 hystériques du point de vue de la syphilis congénitale seulement, dans 29 cas nous pûmes examiner les parents de nos malades. Or, sur ces 29 cas, 24 fois (soit 87,1 %), nous pûmes affirmer la syphilis congénitale, alors que, sur 81 cas où les parents ne furent pas examinés, nous ne pûmes être affirmatifs que dans 13 (soit 15,1 %). Les résultats encore plus affirmatifs furent tirés de l'étude de l'énurésie nocturne chez les enfants. Trente fois, les parents furent examinés et trente fois on trouva des stigmates de syphilis. Cent deux fois ils ne furent pas examinés et on ne put affirmer la syphilis que dans 32 cas.

Il faut supposer que les observations, étudiées dans le présent travail, auraient aussi donné un pourcentage plus considérable de syphilis congénitale si nous avions pu examiner toute la famille de nos malades.

Dans certains cas de psychasthénie, l'origine syphilitique est confirmée par l'effet favorable du traitement spécifique. Nous en rapporterons un exemple caractéristique.

a) Malade âgé de 23 ans. Se plaint de maux de tête. Sa pupille gauche est plus large que la droite. Le réflexe patellaire gauche est plus fort. Romberg net. Implantation dentaire vicieuse. Souvent sensation de palpitation. Les bruits du cœur sont sourds. Nervosité nette. Caractère nettement inquiet, soupçonneux. Tendance aux états dépressifs. B. W. positif. Après deux séries de piqûres, B. W. + 4. La famille est examinée : père, mère, 7 frères et sœurs font constater le tableau de syphilis familiale. Traitement énergique (mercure et 914). Après la quatrième série, les maux de tête disparaissent presque ; après la cinquième série tous les symptômes de psychasthénie diminuent. Pendant les deux années suivantes le malade a tout à fait changé. Pas d'autres traitements, le seul appliqué ayant été le spécifique.

Notre attention est attirée par le fait suivant : dans aucune de nos observations, nous n'avons eu de cas qui nous fasse penser à la syphilis acquise, en tant que source de psychasthénie, ce qui se trouve d'accord avec l'opinion du plus grand nombre d'auteurs qui disent que, pour le développement de la psychasthénie, il faut un terrain dégénératif.

On doit considérer comme élément important pour le développement de la psychasthénie, ainsi qu'il a été dit plus haut, les facteurs psychogènes, mais ces derniers peuvent aussi ne pas exister et la psychasthénie se développe tout de même. Il y a beaucoup de raisons pour croire plutôt à la prédisposition et, avec elle, aux facteurs exogènes. Du nombre de ces derniers, la syphilis congénitale retient notre attention tout particulièrement.

Ce pourcentage considérable de cas où la syphilis congénitale est prouvée, l'absence totale d'observations nettes de tout soupçon de spécificité congénitale, le succès du traitement spécifique dans certains de ces cas, doivent attacher notre attention sur la syphilis en tant qu'élément pathogénique important de la psychasthénie.

Les observations futures pourront éclairer le rôle quantitatif de ce facteur.

Etant sceptique quant à l'origine psychogène de la psychasthénie, nous ne sommes pourtant pas tenté de donner une trop grande importance aux succès de la thérapeutique psychique, dont on parle tant dans les diverses monographies de psychiatrie.

L'étude clinique de la psychasthénie montre que cette dernière, dans ses manifestations frustes, ne se manifeste point ; elle ressort sous l'influence d'éléments associés : après une maladie infectieuse, en cas d'épuisement, de fatigue, sous l'influence de chocs moraux, de catastrophes, etc.

Le traitement correspondant (ville d'eaux, sanatorium, etc.) et, en particulier, la psychothérapie rétablissent l'équilibre et rendent le malade à la vie habituelle, jusqu'à ce qu'un nouveau choc vienne interrompre son équilibre déjà instable.

Mais, il est d'autres cas où les modifications radicales de l'ambiance, le repos complet, les villes d'eaux ne donnent aucun résultat ; dans ces cas il ne faut pas attendre de résultats plus appréciables avec la psychothérapie.

Le malade (A) mentionné plus haut, étant arrivé jusqu'au dernier degré de nervosité, alla dans une ville d'eaux et de là, dans la brousse où il chassa des journées entières ; puis il alla à la campagne, puis revient à la ville d'eaux. Finalement, il retourne à Irkoustk et vint me consulter ; j'institual un traitement spécifique (syphilis congénitale) Les résultats furent satisfaisants.

CONCLUSIONS. Les relations constatées dans ce travail entre la psychasthénie et la syphilis permettent de poser la question du traitement spécifique des malades atteints de psychasthénie. Ceci nous met en face de l'opinion courante qu'il est dangereux de donner à un psychasthénique l'idée que la syphilis est possible dans son cas, en considérant sa tendance hypochondriaque et la possibilité de provoquer la syphilomanie. Je ne partage pas cette opinion et, habituellement, je dis au malade psychasthénique qu'il est atteint de syphilis congénitale. En général, cette idée est admise par le malade et, tout spécialement, et surtout, par les syphilomanes qui recherchent avec insistance la syphilis acquise et acceptent sans effroi la nouvelle que l'infection est congénitale.

Certes, une telle déclaration doit être faite en termes appropriés. Le résultat de l'examen sérologique dans ces cas ne doit pas tomber entre les mains du malade. Je connais un cas où une jeune fille neurasthénique ayant vu son B. W. positif, se jeta le jour même sous un train.

En présence de psychasthénie, on trouve habituellement des symptômes organiques, des signes de neuro-syphilis, souvent des dystrophies.

Le traitement spécifique prolongé et persévérant, dans certains cas, se répercute sur les traits fondamentaux du caractère pathologique du psychasthénique.

Chaque cas particulier de psychasthénie exige une investigation détaillée du côté de la syphilis. Le caractère congénital de cette dernière exige l'examen de toute la famille : des parents, des frères et sœurs.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or,

Par Th. et Jacques STEPHANI (Montana).

L'idée de traiter la tuberculose pulmonaire par les sels d'or est très ancienne et considérablement postérieure à la découverte du bacille lui-même. Nous en retrouvons les traces dans la littérature médicale des temps les plus reculés (Susruta dans l'Inde ancienne), puis, beaucoup plus tard, au Moyen-âge où Paracelse et quelques-uns de ses contemporains l'employaient. Plus récemment Chrétien, de Montpellier, l'employait égale

ment au début du XIXe siècle. Enfin, Robert Koch, dont le génie investigateur ne s'était pas limité à des découvertes bactériologiques et immun-biologiques, avait montré l'action de son « Goldzyan » sur les cultures du bacille qui porte son nom. Depuis ce moment-là et périodiquement à travers les années, divers auteurs se sont efforcés de faire fabriquer des préparations à la fois riches en or, bactéricides à un certain degré, et peu toxiques pour l'organisme. Nous verrons d'ailleurs que ces conditions sont relativement incompatibles. Le phtisiologue se trouve donc actuellement en face de plus de quinze préparations diverses que nous allons rapidement énumérer :

Auricyanide (Rosenthal). — *Aurocantan.* — *Aurosan* (polonais). — *Aurolin* (Tsuzuki). — *Aurophos* (Oldenburg, Braun, Kiess, Schroeder, Deits, 1925). — Fabriqué par Schering et Kalbaum à Berlin. — 48 % d'or. — *Chimiaurol.* — 23,4 % d'or. — *Chrysarobine.* — *Goldzyan* (Robert Koch). — *Krysolgan* (synonyme : « Suprargol »). — Adolf Feldt 1917. — 50 % d'or. — Fabriqué par Schering et Kalbaum à Berlin — *Neocrysol.* — *Orosan.* — Produit italien (Rondoni). — *Or colloïdal.* — 1. Métabiase d'or (Robin et Bardet 1902). 0,030 gr. d'or pur par litre. — 2. Electraurol. Violet, dichroïque, 0,25 gr. d'or pur par litre. — 3. Collobiase d'or. Couleur bleue. Pulvérisation mécanique tenue en suspension par la gomme arabique. — *Sanocrysine* (Mollgaard). — 38 % d'or. — *Solganal.* — Synonyme : Sulfoxylat. I. — (Feldt, Paldrock), 36 % d'or. — Fabirqué par Schering et Kalbaum. — *Thiocrysine.* — *Thiosulfate.* — Sanocrysine française fabriquée par Poulenc. — *Triphal.* — Poudre jaune claire soluble dans l'eau, 48 % d'or. (Meister, Lucius et Brünig.)

Il n'existe pas, à vrai dire, une littérature suffisante pour permettre de se faire une idée de la toxicité et de la valeur thérapeutique de chacune de ces préparations. Seuls l'or colloïdal, la collobiase d'or (ces deux médicaments ne possèdent pas de parenté dans leur constitution, et ne doivent pas être confondues), le krysolgan, le triphal, la sanocrysine, l'aurophos, l'aurocantan, le solganal et le thiosulfate ont été suffisamment étudiés pour que l'on puisse se faire une idée approximative de leur valeur en clinique. Nous disons bien « se faire une idée » et non pas porter un jugement, car nous savons combien l'estimation de l'efficacité d'un remède en thérapeutique, surtout antituberculeuse est délicate et semée d'embûches (voir à ce propos notre travail « Illusion et thérapeutique ». *Schw. med. Woch.*, n° 46, 1927). Nos appréciations porteront cependant un certain cachet d'exactitude du fait qu'elles seront basées sur près de 400 publications traitant de la thérapeutique clinique et expérimentale de l'or en tuberculose pulmonaire et secondairement osseuse.

La sanocrysine vient se placer en tête de cette étude, eu égard au nombre considérable de travaux divers auxquels elle a donné lieu.

Comme de très nombreux auteurs n'indiquent pas dans leurs comptes rendus de chiffres précis, mais se contentent d'annoncer une quantité souvent indéterminée de résultats respectivement favorables, nuls ou défavorables, nous avons tout naturellement été amenés à répartir les cas examinés en « négatifs », « positifs » et « total des cas traités », ce dernier nombreé tant souvent, commede juste sensiblement supérieur au total des deux premiers, ce qui provient du fait que les cas injugeables sont toujours assez nombreux dans ces sortes de statistiques, et ne peuvent naturellement figurer dans aucune des deux classes précitées.

Nous avons donc ici :

Sanocrysine : total des cas traités : 2506. Positifs : 762. Négatifs : 703, par conséquent injugeables 1041. On aurait donc un résultat favorable plus ou moins marqué dans un cas sur trois. Si maintenant, pour les cas qui le permettent, nous examinons les choses de plus près, nous pourrons par exemple établir les divisions suivantes :

Guéris	Très amél.	amél.	Indiff.	Aggrav.	Morts	Total des cas traités
84	100	578	162	577	164	2506

D'où il semble résulter que 1041 cas non mentionnés sont injugeables, ce qui nous donne ici 762 cas positifs sur 2506. Ce nombre de 762 est d'ailleurs exagéré, car de nombreux auteurs ont combiné plusieurs traitements simultanément. D'autre part, une partie des morts étaient, de l'aveu même des médecins qui les ont traités, des cas comportant un pronostic passable, et chez qui l'issue fatale rapide a sans doute été directement déterminée par le traitement. Chez d'autre, au contraire, la sanocrysine n'a fait que hâter la fin, et chez une troisième catégorie l'exitus est survenu malgré le traitement et par une évolution naturelle de l'affection. Quelques réserves doivent encore être faites pour les chiffres de la colonne « guéris ». Nous savons, en effet, de quelles précautions il faut s'entourer avant de prononcer un mot pareil en tuberculose. Ces 84 cas sont pris dans les statistiques de Mollgaard, luimême, Knud Secher, Knud Faber, Oldenburg, Schamberg (lupus) et Bie, tous auteurs dont on ne saurait d'ailleurs mettre en doute la sincérité.

Une autre réserve doit également être faite pour la colonne intitulée « améliorés », car ils s'agit souvent d'une simple « influence favorable » si petite soit-elle, due au remède, et là encore les causes d'erreur sont multiples et inhérentes avant tout à l'immense variabilité évolutive de la tuberculose, et aux brusques changements qu'elle est susceptible de présenter dans son cours.

L'examen d'un si grand nombre de publications sur ce nouveau médicament suggère encore quelques remarques.

L'élimination se fait par les reins et l'intestin dans les proportions suivantes :

Auteurs	Rein	Intestin	Reste dans l'organisme
Mc. Cluskey et Eichelberger	60 %	3 à 5 %	32 %
Harald Hansborg	75 à 85 %	—	46 %
Frandsen	27 %	5 %	60 %
Tagliabue	35 %	—	rein et fois
Faber et Frandsen	25 %	5 %	60 %

L'examen de ce tableau comporte deux enseignements : d'une part, le traitement exige un grand effort de la part du rein, et d'autre part, l'accumulation qui se produit dans ces organes, ainsi que dans la rate et le foie, peut dans une certaine mesure expliquer les réactions violentes et souvent tardives, l'effet cumulatif venant ici s'ajouter à la sensibilisation toujours possible. On ne croit, en effet, plus actuellement, au choc tuberculinique (il serait plus juste de direc bactériolytique) (Clarke, Beckmann, Le Blanc, Jansen, et Weber, Poindecker, Heubner, Sweany et Wasik), imaginé par Mollgaard pour expliquer le mécanisme des réactions toxiques. On ne croit pas non plus, ainsi que Secher l'avait supposé, que la présence ou l'apparition d'albuminurie prouve simplement que le rein était tuberculeux.

D'autre part les opinions sont actuellement encore divisées sur les points capitaux suivants : action bactéricide, ou au moins empêchante *in vivo*, spécificité, action thérapeutique, nocivité.

Les auteurs suivants lui dénient toute spécificité marquée : Arloing, Calmette, Bocquet et Nègre, Cechnowitzer, Yssisjan et Karndt, Eiken, Lange et Feldt, Kotzulla et Watjen, Le Blanc, Meili, Zinn, tandis qu'il ressort des travaux cliniques de Deist, Oluf Bang, Kellmuth, Gullbring, Krusus, Lundsgaard, Pulido, Nouti, R. K. Petersen etW. Petersen, Schamberg, Spiess, Szymanowsky, Reyn, Trenti, Weise et Jacobssohn, qu'elle n'agit pas contre la tuberculose. Enfin,quelques-uns des mêmes auteurs et en outre Clarke, Neufeld, Klemperer et d'autres dont les noms nous ont sans doute échappé, lui contestent toute action *in vitro*.

Et voici maintenant les opinions inverses sur ces trois points :

Cummins, Sweany et Nasik, Lopo de Carvalho et Ferreira de Mira, ont trouvé une action *in vitro*. D'autre part, Capuani, Cummins et Emilio Serrano lui trouvent une action spécifique *in vivo*, et I. Snapper admet même qu'elle traverse les membranes animales et tue les bacilles (?).

Enfin les auteurs suivants ont trouvé en clinique une action

plus ou moins marquée sur la tuberculose : Araoz et Gregoriusarmandia, Bellido, Beckmann, Léon Bernard, Burrell, Burnand et Gilbert, Bie, Beuss, Clarke, Commins, Campos, Dargallo et Espinosa, Elliott, Faber, Fridmodt-Moller, Gloor, Graversen, Dumarest, Bonafé, Brette, Michon, Rougy, Guimaraes, Heaf, Hansen, Jessen, Jannasch, Henius, Helms, Kusan, Klieneberger, Folkmar et Nielsen, Lichtenbelt, Le Blanc, Lundig, Lehotay, Larsen, Mayer et Schivo, Moewes, Michaud, Keszt, Morland et Zimmerli, v. Muralt et Weiller, Mieres et Cetrangolo, Madsen et Moerch, Mollgaard, Marschall, Naegeli, Neumann, Œkonomopoulo, Permin, Pur et Pohl, Poindecker, Pfeffer, Peyri, Sir Robert Philip, Renki, Secher, Scholz, Schetelma, Saye, Sergent, Sokolowski, Siedamgrotzky, Schroeder, Schnelle, Köhnel, Sachs, Staehelin, Stranberg, Serrano, Strandgaard, Sander, Tattersall, Ulrici, Vaccarezza, Valdes-Lambea, Villegas, Vada, Würtzen, Wychgram, Wright, Zinn, Zadek et Zonnenfeld.

Comme on peut le voir, les deux camps en présence sont très inégaux.

Continuant notre enquête, voyons maintenant quelles sont les opinions des phtisiologues sur les indications et contre-indications :

Faber, Scholz, Sachs, Zadek et Sonnenfeld, Henius, Friedemann, Kwasniewski et Deicher, Mières et Cetrangolo, R. de Partearroyo et Tattersall recommandent de choisir des cas exsudatifs et frais (ces deux termes, remarquons-le, en passant, n'étant d'ailleurs aucunement synonymes). Würtzen et Sjorlev, au contraire, se basent sur 137 observations pour recommander de traiter surtout des cas productifs !

Voyons maintenant les contre-indications :

Scholz met en garde contre les troubles digestifs et rénaux. Dumarest, dans le même ordre d'idées, parle du mauvais état général et d'une atteinte, même légère, du foie ou du rein. Tous les auteurs qui abordent ce point s'accordent à ne pas traiter des cas présentant de l'albumine. Zadek et Sonnenfield et de nombreux auteurs avant et après eux ont considéré la tuberculose intestinale comme une contre-indication formelle ; Ils y ajoutent les formes trop avancées et les états cachectiques. Saye, Kraus, Czerny et Friedemann ainsi que le *Med. Res. Counc.* anglais et une commission du *Journ. of the Amer. med. Assoc. Soc.* font la même recommandation ; sur ce point donc, accord parfait. Il n'en est pas tout à fait de même des formes de la tuberculose pulmonaire : Morland considère les cas fibreux comme contre-indiqués pour le traitement alors qu'au contraire Th. Begtrup Hansen indique que les cas frais et exsudatifs exposent à de graves accidents. Gruenfeld avait déjà— émis d'ailleurs une opinion analogue.

Cette revue d'avis contradictiores étant ainsi rapidement examinée, on peut, nous semble-t-il, avant d'aller plus loin, en tirer quelques conclusions.

Le médicament n'est probablement bactéricide ni *in vivo* ni *in vitro* ; il est cependant possible qu'il possède une affinité spéciale pour le tissu tuberculeux (Sachs, Klemperer) et que, comme a tenté de l'expliquer Mollgaard, que nous pouvons suivre ici en faisant la réserve qu'il ne s'agit que d'une hypothèse, certaines formations tuberculeuses pulmonaires étant pauvres en vaisseaux, les échanges ne se font à leur niveau que par des fentes et des interstices. Les premières pénétrations du médicament ont donc lieu lentement. Plus tard, à la faveur d'une première action, se crée une inflammation locale avec néo-vascularisation et meilleure circulation dans les foyers. C'est à ce moment que peut se produire une action, mais également une réaction, qui prend parfois de fortes proportions.

Dans ces conditions on ne peut pas savoir si le remède possède ou non une spécificité. Dans le cas affirmatif elle ne saurait être que très faible, puisqu'il ne serait attiré que vers les formations pathologiques, mais n'agirait pas sur les bacilles.

A-t-il une action sur la tuberculose ? Les statistiques que nous venons de donner, la grande majorité des noms que nous venons de mettre en avant, semblent le démontrer. Ce fait peut être considéré comme acquis et la question suivante vient immédiatement à l'esprit, comme corollaire : jusqu'à quel point est-il inoffensif ?

Pour y répondre, il est logique de passer à l'étude des réactions légères et graves, mais avant cela d'examiner le dosage et la posologie généralement adoptés.

En matière de chimiothérapie de la tuberculose il existe actuellement trois écoles. La première, celle de Mollgaard, utilise des doses très élevées, c'est-à-dire débute par 0,5 gr. pour arriver rapidement à 1 gr. Cette école est marquée par les noms suivants : Mollgaard, Faber, Hansen, Helms, Sir Robert Philip, Lundig, Le Blanc, Saye, Secher, Strandgaard, Strandberg, Villaret et Würtzen. Soit dit en passant, la très grande majorité de ces 13 auteurs annoncent des résultats positifs.

La deuxième école qui porte le nom de Permin a adopté les dosages : 0,1, 0,25, 0,5, 0,75 et 1 gr. par injection, avec des intervalles de 3,5 et 8 jours entre les injections. Elle est représentée par presque tous les auteurs qui ont utilisé la sanocrysine en tuberculose, et entre autres par : Bie, Bernard, Clarke, Cummins, Cokkalis, Dumarest, Dargello, Friedmann, Gurenfeld, Graversen, Henius, Hansen, Jessen, Kraus, Mières, Morland, Permin, Klemperer, Plotkowiakowna, Pfeffer, R. de Partearboyo, Jansen-Weber, Saye, Serrano, Scholz, Torning, Ulrici, Zinn et Würtzen. Ici également, très grande majorité de cas positifs.

Enfin la troisième école a été créée par Walbum et emploie de doses de 0,0001 à 0,001 gr. mais ne semble pas, à notre connaissance, avoir utilisé la sanocrysine.

Permin a indiqué son dosage en constatant les résultats regrettables auxquels conduisait, même dans des mains expertes, la posologie préconisée par Mollgaard et ses collaborateurs.

Voyons maintenant par l'étude des réactions et des accidents, jusqu'à quel point cette seconde technique constitue un progrès.

Sur les quelques 300 publications concernant la sanocrysine, que nous avons parcourues, 70 auteurs seulement annoncent leurs réactions ou leurs morts. Nous en trouvons 64 mentionnant des réactions, presque toutes sévères d'ailleurs, et sur ce nombre 24 indiquent des cas de morts dus au remède. Ce dernier chiffre varie suivant les auteurs de 1 à 20, et l'un d'entre eux spécifie que deux malades morts avaient avant le traitement un excellent pronostic. Enfin, parmi les auteurs précités nous en avons trouvé 7 qui déconseillent catégoriquement le traitement comme trop dangereux, et deux qui constatent même des cas de mort par choc chez les animaux d'expérience.

Enfin sur ces 64 auteurs il en est 42 seulement qui indiquent la posologie qu'ils ont adoptée. 12 suivent celle de Mollgaard et 30 celle de Permin, or sur ces 30, 9 annoncent malgré tout des réactions plus ou moins graves, et 6 des cas de mort, tous multiples.

Les 12 qui traitèrent par la méthode de Mollgaard, ont également tous eu des réactions et des cas de mort.

Dans ces conditions on est en droit de conclure que la méthode de Permin, autrement dit des doses moyennes, n'écarte nullement pour les malades les risques graves que comporte trop souvent le traitement. D'autre part la proportion des résultats positifs dans les deux méthodes ne justifie peut-être pas les risques courus.

Si nous ne donnons pas les noms des 70 auteurs qui ont annoncé des réactions graves et des morts, c'est que nous estimons que ce ne serait pas juste, car il est probable, comme c'est souvent le cas, que parmi les autres publications que nous avons examinées, il se trouve bien des incidents qui n'ont pas été mentionnés. Nous n'attachons donc pas à cette dernière partie de nos statistiques une importance absolue, mais il nous semble, en tout état de cause, qu'une méthode qui donne un nombre aussi élevé et probablement bien plus élevé de réactions graves et de morts, et qui, en outre, est déconseillée par bon nombre d'auteurs et non des moindres, doit être considérée comme trop dangereuse sous ses posologies actuelles. Que l'on emploie en particulier les dosages de Mollgaard ou ceux de Permin, les risques courus sont beaucoup trop grands pour pouvoir être raisonnablement mis en parallèle avec les résultats obtenus. Cette opinion est celle de Jessen (Davos), Spiess, tandis que Meili, Gruenfeld, Callenberg, Baemeister, Wright,

l'estiment très dangereuse et point faite pour être mise sous sa forme actuelle dans les mains des praticiens.

Dans ces conditions une voie reste ouverte, c'est celle des très petites doses, autrement dit une posologie se rapprochant de celle de Walbum. Nous en reparlerons à la fin de cet article.

***

Passant maintenant au krysolgan, et lui appliquant les mêmes méthodes, nous ne rencontrons dans la littérature de ces 4 ou 5 dernières années que 42 publications cliniques et expérimentales traitant de 93 cas. Ce total se décompose en 5 guérisons (dont un lupus érythémateux), 7 très améliorés, 62 améliorés (dont 8 lupus érythémateux), et un traité également à la tuberculine, 4 cas indifférents, 5 aggravés par le traitement et 4 morts. En outre 16 auteurs annoncent des résultats positifs sans en spécifier ni le nombre ni le degré. Nous avons donc un minimum de 74 cas positifs sur 93 ce qui constitue une forte proportion. Nous faisons ici les mêmes remarques que précédemment en ce qui concerne les vocables « guéris » et « améliorés ». Ces termes sont susceptibles d'interprétations assez larges.

Et quant à la toxicité, si l'on en juge d'après les comptes rendus de ceux qui s'en sont servis, et les doses qu'ils emploient, elle est très élevée. Sur 42 publications nous trouvons 4 cas de mort chez des auteurs employant respectivement des doses de 0,0001 gr. comme dose de début et pour un autre 0,05 gr. comme dose maximum. Les doses indiquées par Feldt sont 0.0001 comme dose de début, et il recommande de répéter, puis de doubler ou de multiplier par 2,5 et de ne jamais dépasser 0,05. Or à 0,0001 certains malades font déjà (Cattaneo) des réactions très fortes. Certains auteurs le considèrent même comme si toxique qu'ils indiquent comme Falk une dose de début de 0,000025 pour les cas graves. Nous tombons donc cette fois dans la posologie à la Walbum. Les cas d'intoxication graves sont sindiqués par 7 auteurs, mais vaguement indiqués dans leurs travaux par beaucoup plus grand nombre. L'intoxication est analogue à celle que donnent tous les métaux lourds (Toru Koisumi) ; cet auteur ajoute d'ailleurs que le krysolgan ne possède d'effet thérapeutique *in vivo* que sur le lupus érythémateux. Schellenberg, lui , pense qu'il ne possède aucune action. Typograf est d'un avis contraire. Henius croit qu'en augmentant les doses progressivement on peut le donner à des malades très délicats. Pour acquérir une idée plus exacte de la posologie, notons rapidement les doses indiquées par quelques auteurs. Achelis (enfants : 0,0001 à 0,01 ; adultes : 0,0005 à 0,05). Beuss (0,025). Bruhns (max. : 0,05). Cattaneo (0,0001). Düll (max. : 0,1). Jindra (0.01 à 0,05). Klieneberger (0,0005 à 0,001, dose max. totale : 1,3 gr.). Martenstein (0,001 à 0,005). Semon (max. : 0,75). Stahl (0,001 à 0,01). Schreiner (0,05 à 0,1). Schneider (0,0001). Schroeder (0,001). Trautmann (0,0001 à 0,05) intervalles 1 à 4 semaines). von Kiess (0,0001). Wendt (0,002 à 0,008 par kgr.). Ont en outre employé le krysolgan Pokorna qui estime qu'il est trop toxique, Cimmino, Cechnowitzer, Dixon, Freund, Buth, Henius, Hacker, Klemperer, Lévy, Lennartz, Moewes, Rickmann, Rothmann, Tarchini, Ulrici et Wohlberg, Trivino et Vilar.

Ces quelques renseignements nous donnent donc l'impression que nous nous trouvons en présence d'un remède possédant, comme la sanocrysine une action certaine en tuberculose, mais que sa haute toxicité rend fort peu maniable. Les doses thérapeutiques cotoient d'une façon inconfortable les doses toxiques voire mortelles ! Ici donc le sage principe des vieux médecins, le *primum nil nocere* reçoit une sérieuse entorse.

Continuant notre enquête nous passons au triphal. Nous avons rencontré dans la littérature 28 publications concernant 132 cas traités (comme pour les remèdes précédents, beaucoup de publications ne contenant pas de chiffres, et ne pouvant par conséquent pas servir à des fins statistiques, ces 132 cas se répartissent sur un nombre relativement faible de travaux). Sur ce nombre nous trouvons 95 cas négatifs contre 20 positifs, et en outre un seul cas de mort. Il reste donc 17 cas injugeables. La posologie adoptée est celle des petites doses, et plus près du système Walbum que de celui de Permin. Ainsi Fischer débute par 0,01 à 0,01 ne dépasse pas 0,4 par injection et donne un gramme en tout. Wiele injecte 0,01 à 0,2 tous les 7 à 10 jours, Zwerg 0,001 à 0,05 tous les 14 jours ,Leschke emploie 0,01 comme dose de début et 0,25 comme dose maximum : il estime que le remède est peu toxique et le recommande surtout pour les formes productives lentes et pour les formes laryngées. Wagner-Matz débute avec 0,0025 pour arriver à 0,1. Au point de vue des résultats, Zwerg annonce 23 % d'améliorations sur 500 à 600 injections. Wiele publie 10 cas négatifs et déconseille le traitement comme inopérant et trop cher. Schwartz et Skutezky sont du même avis. Bernward et Mohrmann le déconseillent comme trop toxique. Kloeppel note, 1/2 minute après la 7ᵉ injection de 0,075 gr., un collapsus grave avec coliques et vomissements, et parmi d'autres auteurs qui l'ont employé sont signalées à 4 reprises des réactions sévères. Zwerg estime que ce médicament est indiqué même dans les cas avancés et fébriles, mais par contre ne doit pas être employé dans les formes exsudatives, intestinales et rénales. Core, enfin annonce des résultats favorables. Les noms suivants sont en outre attachés à l'emploi du triphal en tuberculose : Rickmann, Olah, Brings, Moewes, Grunberg, Freund, Achelis, Münster et Haensel.

L'aurophos employé jusqu'à présent par une douzaine d'auteurs, possède à son actif 14 guérisons sur 89 cas traités, et en outre un nombre d'améliorations qu'il est impossible d'estimer, car le plus grand nombre d'auteurs ne donnent ni chiffre ni statistiques. Quatre d'entre eux annoncent des résultats nuls, une seule réaction sévère, et nous n'avons pas pu trouver de cas de mort. Le dosage de l'avis de Oldenburg, Braun, Kiess, Kropatsch, Schroeder et Heist, Schmidt, est de 0,001 comme dose de début. L'aurophos est d'ailleurs présenté sous cette forme et en solution. Plusieurs auteurs dont entre autres Schmidt, puis Grünberg signalent que le médicament est spécialement bien supporté. Il a été en outre employé par Moewes, Tachini, Wirtz, Konczwald. Il semble donc bien qu'il possède une action favorable en tuberculose, et il présente en outre l'avantage, à notre avis inestimable, de n'être que très peu toxique.

Le solganal a été créé par Feldt ,employé par Paldrock, puis par Hacker, Freuer, Freund et Tarchini. Sur 7 publications concernant ce médicament, partout nous trouvons des résultats positifs, mais dont le nombre, toujours pour les mêmes raisons est impossible à déterminer .Le nombre des cas traités voisine la centaine ; les réactions semblent être l'exception. Les doses recommandées par la plupart des auteurs sont 0,01 comme dose de début, puis 0.25. Les intervalles sont de 8 à 14 jours et le nombre de 10 à 12 injections ne doit pas être dépassé. Il ressort enfin de ces divers travaux que le remède est bien supporté et que les réactions sont rares et bénignes. Freuer signale que régulièrement, une fois la dose totale de 2 à 3 gr. atteinte, apparaît un exanthème dont le principal caractère est d'être fugace.

Viennent ensuite pour terminer notre enquête l'aurocantan et le thiosulfate (sanocrysine française de Poulenc) dont il y a fort peu à dire, le nombre des travaux faits jusqu'à présent étant restreints. Tous deux ont donné, dans les mains de ceux qui les ont employés, une proportion que nous n'avons pu déterminer d'améliorations, et nous n'avons pas rencontré de réactions graves ou de morts.

De tous les faits que nous venons de citer il ressort clairement que la sanocrysine, ainsi que le triphal et le krysolgan présentent des inconvénients sérieux. Le solganal et l'aurophos, phos, par contre, bien que ne possédant pas une action thérapeutique supérieure aux précédents, ont l'inestimable avantage de n'être à peu près pas toxiques, et c'est ce qui, depuis un certain temps déjà nous les a fait adopter. La dose de début à laquelle nous nous sommes arrêtés est pour ces deux préparations de 0,00005 gr. soit cinq centièmes de milligramme mélangés à de l'eau salé ; pour la commodité de la dilution et injectés par voie intraveineuse. Dans ces conditions nous obtenons des réactions fébriles pouvant dans certains cas dépasser 39° rectal le jour de l'injection. La figure 1 montre trois réactions typiques, la première forte, la seconde moyenne et la dernière imperceptible. Nous ne cherchons dans aucun cas à

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis. A treatise on etiology, pathology, symptomatology, diagnosis, prognosis, prophylaxis and treatment, par HENRY H. HAZEN. The C. V. Mosby Cy, 2e édition, 1928.

Près de six cent cinquante pages d'un texte bien imprimé, — cent soixante-cinq illustrations, dont seize en couleurs constituent une excellente documentation microscopique et clinique, — une érudition étendue, du bon sens et des consaissances cliniques font du livre de H. H. HAZEN un ouvrage d'un puissant intérêt.

Il passe en revue tour à tour la pathologie générale et la clinique de la syphilis à ses diverses périodes, la syphilis des divers organes, la syphilis congénitale, les réactions de diagnostic, le contrôle de la prostitution et des charlatans et les principes généraux du traitement spécificique et non spécifique. Dix dollars.

HENRI VIGNES.

La peinture aux XIXe et XXe siècles. Du réalisme à nos jours, par Henri FOCILLON, Professeur à la Sorbonne. Un superbe volume (17 × 25) 480 pages, 210 gravures. Broché : 40 fr. Envoi franco contre mandat-poste de 44 fr. à H. Laurens, éditeur, 8 rue de Tournon. Paris VIe

M. Henri FOCILLON, Professeur à la Sorbonne donne aujourd'hui dans la grande collection des « *Manuels d'histoire de l'art* », *la Peinture du XIXe et du XXe siècles*. Ce volume fait suite à son précédent ouvrage qui a eu un si grand succès et qui se rapportait à la *peinture de* 1800 *à* 1848.

Un bref aperçu de la table des matières montrera comment le sujet a été traité par l'auteur et toute l'ampleur qu'il lui a donnée :

I. **Quarante-huit.** — Le réalisme en France et en Belgique. — L'Ecole de la Haye. Jougkind. — L'Allemagne. Menzel. — Le crépuscule du romantisme, l'éclectisme, le paysage entre le romantisme et l'impressionnisme. — Pastiches et virtuoses. La réforme de la peinture anglaise. La Préraphaélisme. Ruskin, Watss.

II. **La peinture moderne.** — Les forces nouvelles. Manet Degas, Lautrec, Wistler. — La bataille Besnard, Puvis de Chavannes, Gustave Moreau. — Le vingtième siècles, Cézanne, Van Gogh, Gauguin. — Ecoles nationales courants internationaux. L'école anglaise. Les Etats-Unis. Belgique et Hollande, l'Europe centrale et les Marches d'Occident. La latinité. l'Europe du Nord.

En 210 illustrations, toutes fort bien venues, apparaissent les œuvres les plus caractéristiques de cette époque : c'est comme un grand musée qui se déroule devant nous.

L'Amour de l'Art. Sommaire du n° 9 septembre 1928 : A GAIN : Le cinéma et les Arts décoratifs. — G. PILLEMENT : Le vrai visage de Ribera. — Ch. SAUMNIER : Dessins et aquarelles de René Piot. — E. d'ORS : « Noli me tangere ». — R. BRIELLE : Mateo Hernandez. — P. COURTHION : Chérianne. — Cl. ROGER-MARX : L'œuvre gravé de Jongkind.

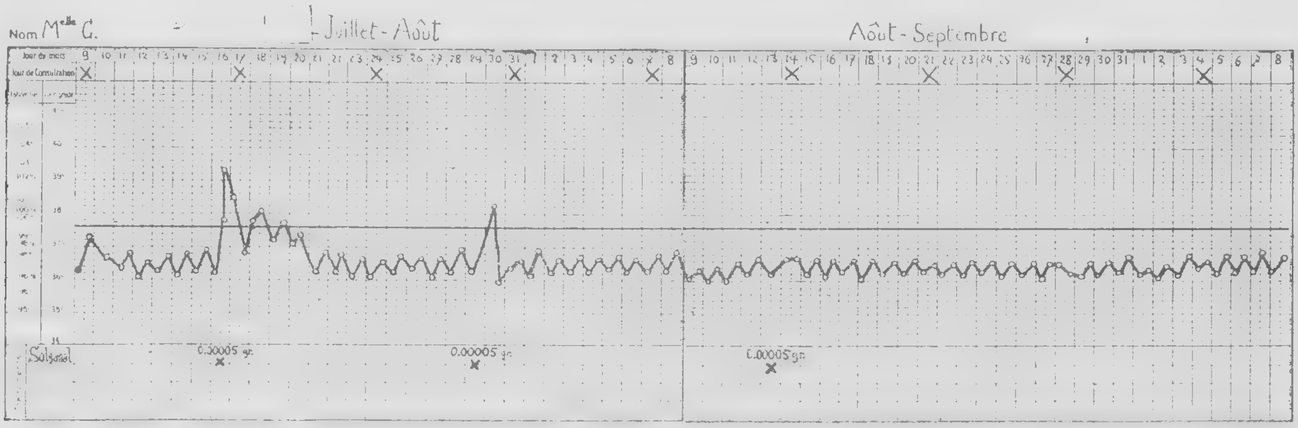
Chronique : Bibliophilie. Notes Abonnement : un an : France : 95 fr. Librairie de France, 110 Boulevard St Germain. Paris.

Les Hydropathes, par Jules LEVY. 1 vol. 15 fr. Delpeuch, éditeur, 51 rue de Babylone. Paris.

On vient de fêter, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, et sous la présidence de toutes les autorités officielles, le cinquantenaire de la naissance des hydropathes. M. Jules Levy a profité de la circonstance pour écrire l'histoire et composer une excellente authologie de ce club litteraire.



atteindre une dose totale donnée, mais simplement à déclencher la ou les réactions voulues pour produire (si c'est possible) un changement dans la marche de la maladie. Ainsi, dans le cas dont nous reproduisons la feuille de température plus bas, après 3 injections, la malade n'a plus présenté de poussées fébriles congestives; elle a commencé à gagner du poids régulièrement et son appétit jusque-là moyen est brusquement devenu considérable. L'indication du traitement par l'or était la suivante : malade présentant un état stationnaire depuis six mois, et faisant toutes les six semaines environ des



poussées de température à 38° et 38°5 avec congestion d'une ou des deux bases, ceci malgré une cure régulière à l'altitude. L'or, grâce peut-être au choc produit par l'injection intraveineuse, ou par tout autre mécanisme que nous ne connaissons pas, a rompu l'équilibre établi et orienté différemment la marche de la maladie.

Nous possédons de nombreux cas analogues traités tantôt avec le solganal, tantôt avec l'aurophos et où très souvent nous avons pu observer avec des doses infiniment petites des changements brusques et nettement favorables. Si on suit la technique que nous indiquons ici et que l'on a soin de ne jamais rapprocher les injections à plus de 15 jours, on pourra étendre le traitement à une très grande quantité de cas divers sans s'occuper en particulier de savoir s'ils sont exsudatifs ou productifs, fébriles ou apyrétiques ; des doses si faibles peuvent être considérées comme inoffensives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achelis H. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 143, 1926. — 2. Aldershoff H. et P. J. L. de Bloeme. *Nederl. Tydschr. f. Geneesk.*, vol. 69, 1925. — 3. Alessio F. et Penada M. *Tubercolosi*, vol. 19, 1927. — 4. Arloing F. et Thévenot L. *Rev. de la tub.*, 1927, p. 395. — 5. Armandio Paul. *Rev. de hig. y de tub.*, vol. 18, 1925 (espagnol). — 6. Arreguine V. *Semana med.*, vol. 32, 1925 (espagnol). Araoz A., Gregorio R. A. Vaccarezza et F. Martinez. *Semana med.*, vol. 33, 1926 (espagnol). — 7. Axmann. *Klin. Woch.*, n° 14, 1927. — 8. Bang O. *Zeit. f. tub.* vol. 44, 1926. — 9. Bang O. *Zeit. f. tub.*, vol. 44, 1927. — 10. Bang O., *Ugeskrift f. Laeger.*, vol. 87, 1925 (danois). — 11. Bang O. *Ugeskrift. f. Laeger.*, vol. 87, 1925 (danois). — 12. Bacmeister. *Deutsch. med. Woch.*, n° 5, 1925. — 13. Baer A. *Wien. med. Woch.*, n° 23, 1926. — 14. Baldwin E. R. *Boston med. and surg journ.*, vol. 1927, n° 3, 1927. — 15. Bernward et Mohrmann. *Munch. med. Woch.*, n° 16, 1926. — 16. Beyerholm O. *Hopitalstidende*, n° 36, 1926. — 17. Bezançon F., Braun P. et Azoulay R. Sect. d'ét. scient. de l'œuvr. de la tub., 9-1-1926. — 18. Bernard Léon. Sect. d'ét. scient. de l'œuv. de la tub., 9-1-1926. — 19. Beuss. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, n° 3, vol. 60, 1925. 20. Besimsky M. et Rabuffetti L. U. *Sem. med.*, n° 17, 1927 (espagnol). — 21. Bellido. *Rev. med de Barcelona*, mai 1925. — 22. Beckmann A. *Beitr. z. Klin. de Tub.*, vol. 65, 1926. — 23. Bellido J. M. *Rev. de Hig. y. de Tub.*, vol. 18, 1925 (espagnol). — 24. Bie V. *Act med. Scand.*, vol. 23, 1926. — 25. Bie V. *Act. med. Scand.*, vol. 23, 1926. — 26. Bie V. et M. Sigaard Andersen. *Act. Tub. Scand.*, vol. 3, 1927. — 27. Bochalli. *Zeit. f. Tub.*, vol. 46, 1926. — 28. Bonsdorff A. von *Finska Läkaresällskapet Handlingar.*, vol. 67, 1925 (suédois). — 29. Bruck C. *Dernatol Woch.*, vol. 81, 1925. 30. Burrell L. S. T. *Tubercle.*, vol. 7, 1926. — 31. Burnand R. et Gilbert M. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, vol. 52, 1926. — 32. Brings L. *Wien. Klin. Woch.*, vol. 51, 1927. — 33. Bruhns. *DermatolWoch.*, vol. 79 août 1924. — 34. Bonorino U. Carlos et Vaodne A. *Rev .de la Soc. de méd. intern. y de la soc. de isiol.*, vol. 12, 1926. — 35. Bonorino U. y Vadone A. *Prens. med. Arg.*, vol. 13, 1926. — 36. Behring von (C. R. de Gigon). *Schw. med. Woch.*, 1925, p. 348. — 37. *British Med. Journ.*, n° 3373, 1925. — 38. Capuani G. F. *Bergamo Orf. Masch.*, 1927. — 39. Calmette, Bocquet et Negre. Sect. d'ét. scient. de l'œuvr. de la tub. 9-1-26. — 40. Callenberg J. *Deutsch. med. Woch.*; vol. 53, 1927. — 41. Cattaneo L. *Dermosifiligrafo*, vol. 2, 1927. — 42. Lopo de Carvalho et F. de Mira. Soc. Portug. Biol., 7 mai 1926. C.R. in *Soc. Biol.*, tome 45. — 43. Campos D. J. *Ars. med.*, Año 1, Barcelone, novembre 1925. — 44. Carrasco. *Rev. do Hig. y de Tub.*, vol. 18, 1925 (espagnol). — 45. Lopo de Carvalho. *Lisboa med.*, vol. 2, 1925 (portugais). — 46. Caussade G. A., Tardieu et Grigaut. *Progr. méd.*, vol. 53, 1925. — 47. Cepulic V. C. R. in *Zentr. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (serbo-croate). — 48. Cechnowitzer M. I. Goldenberg et Kraut T. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (russe). — 49. Chabas I. *Rev de. Hig. y. de Tub.*, vol. 18, 1925 (espagnol). — 50. Chabas I. *Rev. de Hig. y de Tub.*, vol. 18, 1925. (espagnol). — 51. Cimmino M. *Rinascenza M.*, vol. 4, 1925. — 52. Clarke B. R. *Tubercle*, vol. 8, 1927. — 53. Clarke B. R. *Tubercle*, vol. 7, 1926. — 54. Cokkalis P. *Med. Klin.*, vol. 23, 1927. — 55. Core A. *Di Giorn. di Tisiol.*, vol. 3, 1926. — 56. Cummins S. L. *Tubercle*, vol. 6, 1926. — 57. Cummins. C. R. in *Tubercolosi*, 1926, p. 151. — 58. Czerny et Opitz. *Deutsch. med. Woch.*, n° 4, 1926. — 59. Dargallo R. et Espinosa M. Libr. Sintes, Barcelone, 1926, C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927. — 60. Dargallo et Espinosa. *Med. Ibera*, vol. 20, 1926 (espagnol). — 61. Deist H. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 62, 1925. — 62. Deist H. *Tuberkulose*, n° 4, 1926. — 63. Dixon W. E. *Tubercle*, vol. 7, 1925. — 64. Dobrowolski L. A. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 28, 1927 (polonais). — 65. Driessche A. van. *Flaamsk Geneesk. Tijdschr.*, vol. 6, 1925 (flamand). — Dutrey J. *Semana med.*, vol. 33, 1926 (espagnol). — 67. Dumarest F. Bonafe L., Brette P., Michon F., et Rougy P. *Paris med.*, vol. 17, 1927. — 68. Dull W. *Zeit. f. Tub.*, vol. 41, 1924. — 69. Ehmer Th. *Schw. med. Woch.*, n° 38, 1926. — 70. Estela G. *Rev. espan. de med. y cir.*, vol. 8 1925 (espagnol). — 71. Eiken Th. *Act. chir. scand.*, vol. 63, 1928. — 72. Eiken Th. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 28, 1927. — 73. Elliott T. R. *The Lancet*, 16 janv. 1926 — 74. Elliott T. R. *The Lancet*, n° 6342, 1926. — 75. Faber Knud. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927. — 76. Faber Knud. *Rev. de Phtisiol.*, vol. 6, 1925. — 77. Faber Knud. *Klin. Woch.*, n° 51, 1925. — 78. Faber Knud. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926 (danois). — 79. Faber Knud. *The Lancet*, vol. 209. — 80. Faber Knud. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 44, 1926. — 81. Feldt A. Congrès allemand du 28-29 mai 1926. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 82. Feldt A. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 41, 1924. — 83. Feldt A. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 57, 1924. — 84. Feldt A. *Klin. Woch.*, n° 8, 1926. — 85. Feldt A. *Klin. Woch.*, n° 5, 1926. — 86. Feldt A. *Fortschr. d. Therap.*, vol. 1, 1925. — 87. Fedit A. *Rev. med. de Hamburgo.*, vol. 6, n° 7, 1925 (espagnol). — 88. Falk Ernst. *Tuberkulose*, vol. 7, 1927. — 89. Falkiewickz T. *Deutsch. Zeit. f. Nerv.*, vol. 89. — 90. Ferran S. *Rev. de hig. y de tub.*, vol. 18, 1925. — 91. Fernbach E. et Rullier G. *Rev. de la Tub.*, 1926. — 92. Ferreri. *Arch. It. di otologia*, vol. 34, 1923. — 93. Fischer A. *Wien. Klin. Woch.*, n° 18, 1927. — 94. Finder. *Deutsch. med. Woch.*, n° 28, 1926. — 95. Folkmar E. O. et Nielsen J. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926 (danois). — 96. Freuer R. *Klin. Woch.*, n° 19, 1927. — 97. Freund A. *Deutsch. med. Woch.*, vol. 52 1926. — 98. Freund E. *Dermosifiligrafo*, vol. 2, 1927. — 99. Freund A. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 68, 1927. — 100. Frandsen J, *Act. Tub. Scand.*, vol. 2, 1926. — 101. Frandsen. *Act. Tub. Sc.*, vol. 1, 1925. — 102. Frandsen J. *Ugeskrift. f. Laeger*, vol. 87, 1925 (danois). — 103. Friedmann, Kwasniewski et Deicher. *Deutsch. med. Woch*, n° 4, 1926. — 104. Gallinal J. A. *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927. — 105

Galewsky. *Dermatol. Woch.*, vol. 42, b. 1924. — 106. Garin. Ch. *Presse méd.*, n° 76, 1927. — 107. Galatzer N. et Sachs A. *Wien. med. Woch.*, n° 22, 1925. — 108. Gastaldi L. et Berri P. *Clin. med. Ital.*, vol. 58, 1927. — 109. Gelarie A. J. et Grenbaum F. R. *Amer. rev. of. Tub.*, vol. 12, 1925. — 110. Gorl et Voigt L. *Munch. med. Woch.*, n° 73, 1926. — 111. Guimaraes A. *Brazil med.*, vol. 1, 1926 (portugais). — 112. Gravesen J. *Beitr. z. Klin., d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 113. Graversen J. *Tubercle*, march. 1925. — 114' Gloor. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 49, 1927. — 115. Godinho A. *Schw. med. Woch.*, n° 2, 1927. — 116. Gruenfeld G. *The Amer. rev. of Tub.*, vol. 16, n° 3. — 117. Grunberg. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 47, 1927, p. 167. — 118. Grunberg. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927, p. 179. — 119. Guthrie A. C. *Brit. med. Journ.*, n° 3345, 1925. — 120. Gullbring A. *Act. Tub. Scand.*, vol. 2, 1927. — 121. Guth E. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 63, 1927. — 122. Hacker G. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 122. Hacker G. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 123. Hansen B. Th. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 46, 1926. — 124. Hansborg H. *Act. Tub. Scand.*, vol. 1, 1925. — 125. Hacker G. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — **126.** Haensel. *Deut. med. Woch.*, n° 17, 1916. — 127. Hansen P. *Dermatol. Woch.*, n° 2, 1926. — 128. Hansborg H. *Act. Tub. Scand.*, vol. 1, 1925 (danois). — 129. Hansborg H. *Ugeskrift f. Laeger*, vol. 87, 1925 (danois). — 130. Helms O. *Med. Rev.*, n° 43, 1926. — 133. Heaf R. G. Proc. of the Roy soc. of. med. C. R. in *Tubercolosi*, p. 151, 1926. — 132. Heaf F. *Tubercle*, n° 9, 1927. — 133. Helms O. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, n° 47, 1927. — 134. Henius K. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 135. Henius. *Deutsch. med. Woch.*, vol. 42, 1925. — 136. Heubner W. *Klin. Woch.*, n° 20, 1925. — 137. Henius. *Deutsch. med. Woch.*, n° 4, 1926. — 138. Hornicke. *Tuberckulose*, n° 4, 1926. — 139. Hufschmidt G. *Paris méd.*, vol. 17, 1927. — 140. Jannasch H. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 64, 1926. — 141. Jansen et Weber. *Klin. Woch.*, n° 26, 1926. — 142. Jaquerod. *Presse méd.*, n° 51, 1927. — 143. Jessen H. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 64, 1926. — 144. Jessen H. *Munch. med. Woch.*, n° 11, 1926. — 145. Jessen H. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 64, 1926. — 146. Jersild O. C. R. in *Zent. f. d. ges Tub.*, vol. 27, 1927 (danois). — 147. *Journ. of the Amer. med. Assoc.* C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 44, 1925. — 148. *Idem.* — 149. Jindra V. *Ann. des mal. de l'or., du lar., du nez et du phar.*, vol. 44, 1925. — 150. Katz G. et Leffkowitz M. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 151. Keszt. B. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 49, 1927 (hongrois). — 152. Keiding E. et Keiding J. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 4,5 1926. — 153. Kime J. W. *Med. Journ. an Record.*, vol. 125, n° 6. — 154. Keszt B. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (hongrois). — 155. Kiess von. *Med. Klin.*, vol. 2, 1926,. — 156. Kiess O. *Dermato. Woch.*, vol. 86, 1928. — 157. Kistrup P. et Secher K. *Act. Tub. Scand.*, vol. 3, 1927. — 158. Klemperer F. *Ther. der Gegenw* n° 2, 1926. — 159. Klemperer K. *Deutsch. med. Woch.*, n° 5, 1926. — 160. Klemperer F. *Ther. der Gegenw.*, n° 1, 1925. — 161. Kloeppel. *Munch. med. Woch.*, vol. 73, 1926. — 162. Klieneberger K. *Fortschr. d. Therap.*, vol. 3, 1927. — 163. Koch F. *Zent. f. inn. med.*, n° 37, 1925. — 164. Koch Robert (article de Gigon). *Schw. med. Woch.*, n° 16, 1925. — 165. Konczwald T. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (hongrois). — 166. Konczwald T. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 29, 1928. — Koisumi T. *Zeit. f. Tub.*, vol. 41, 1924. — Kraus, Czerny et Friedmann. *Deut. med. Woch.*, n° 4, 1926. — 169. Krusus. *Deutsch. med. Woch.*, n° 44, 1925. — 170. Kroo H. et Mano Y. *Deutsch. Med. Woch.*, vol. 53, 1927. — 171. Kortewec K., Waterman N., et Winkler. C. P. *Nederl. Tydschr. î. Geneesk.* C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 51, 1928. — 172. Kuhnel P. *Ugeskrift. f. Laeger*, vol., 87, 1925 (danois). — 173. Kufnen W. A. *Geneesk. Gids.*, vol. 3, 1925 (hollandais). — 174. Kusan V. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 25, 1926. — 195. Lange B. et Feldt A. *Zeit. f. Hyg. und Infektionksrank*, vol. 106, 1926. — 176. Levinson S. A. Petersen F. W. and Milles G. *The Amer. rev. of tub.*, n° 3, vol. 16. — 177. Le Blanc. *Munch. med. Woch.*, n° 8, 1926. — 178. Lehotay K. *Act. med. Scand.*, n° 5, vol. 62. — 179. Leven. *Klin. Woch.*, n° 51, 1924. — 180. Levy F. H. et Freund R. *Deutsch. med. Woch.*, vol. 52, 1926. — 181. Leffler J. *Act. med. Scand.*, vol. suppl. 16, 1926. — 182. Leschke E. *Deutsch. Med. Woch.*, n° 47, 1927. — 183. Lennartz A. *Ther. d. Gegenw.*, vol. 67, 1926. — 184. Levy E. *Deutsch. med. Woch.*, n° 27, 1922. — 185. Laumonier J. Félix Alcan, Paris, 1920. — Lereboullet P. et Lelong M. *Paris méd.*, vol. 16, 1926. — 187. Lopo de Carvalho et Ferreira de Mira. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 26, 1926. — 188. Lopo de Carvalho. *Rev. de Hig. y. de Tub.*, vol. 18, 1925 (espagnol). — 189. Lomhold S. *Ugeskrift, f. Laeger.*, vol 87. 1925 (danois). — 190. Lomholt S. *Ugeskrift, f. Laeger.*, vol. 87, 1925 danois). — 101. Lomholt S. *Biochem. Zeit.*, vol. 172,1926. — 192. Lichtenbelt J. W. Th. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, n° 48, 1927. — 193. Lichtenbelt. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 194. Lichbenbelt J. W. Th. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 42, 1925. — 195. Losdyck. *Scalpel*, vol. 80, 1927. — 196. Ludwig L. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 68 1928. — 197. Lundsgaard K. K. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927. — 198. Lundig N. Chr. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 46, 1926. — 199. Mac Cluskey L. et Eichelberger L. *The Amer. Rev. of Tub.*, n° 3, vol. 146. — 200. Mayer C. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 49, 1927. — 201. Mac Cluskey L. and Eichelberger L. *The Amer. rev. of Tub.*, vol. 12, 1925. — 202. Martenstein. *Deutsch. med. Woch.*, n° 3, 1924. — 203. Madsen Ch. et Moerch J. R. *Rev. med. de Barcelona*, vol. 6, 1926. — 204. Madzen Th. et Moerch J. R. *Act. Tub. Scand.*, vol. 2, 1926. — 205. Madsen Th. et Moerch J. R. *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927. — 206. Madsen Th. et Moerch J. R. *Schw. med. Woch.*, n° 15, 1927. — Mayerg P. et Schivo A. J. *Semana med.*, vol. 33, 1926 (espagnol). — 208. Magnusson S. *Act. med. Scand.*, vol. suppl. n° 16, 1926. — 209. Marshall G. C. R. in *Tuberculosi*, vol. 18, 1926. — 210. Med. Research Council. *The Lancet*, 24-8-26. — 211. Med. Res. Counc. *Brit. med. Journ.*, 1925, n° 3355. — 212. Meili C. *Schw. med. Woch.*, vol. 56, 1926. — 213. Michaud L. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, n° 3, 1927. — 214. Mieres J. F. et Cetrangolo A. *Rev. med. Lat. Amer.*, vol. 11, n° 132. — 215. Mac Cluskey E. et Eichelberger L. *Amer. rev. of tub.*, vol. 12, 1925. — 216. Mosso F. E. *Ann. di med. nav. e colon.*, vol. 1, 1926. — 217. Moewes C. *Zeit. f. Tub.*, vol. 49, 1927. — 218. Mortand A. et Zimmerli E. *The Lancet*, n° 12, 1927. — 219. Mohrmann. *Munch. med. Woch.*, n° 16, 1926. — 220. Mollgaard H. *Brit. med. Journ.*, n° 3353, 1925. — 221. Mollgaard H. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (danois). — 222 Mollgaard H. *Chemotherapy of tub. Nyt. Nordysk. Forlag. Kjobenhavn*, 1924. — 223. Mollqaard H. *Zeit. f. Tub.*, n° 25, 1925. — 224. Mollgaard H. *Ugeskrift. f. Laeger.*, vol. 87, 1925, p. 507. — 225. Mollgaard H. *Ugeskrift, f. Laeger.*, vol. 87, 1927, p. 549. — 226. Muralt F. et Weiler P. *Schw. med. Woch.*, n° 30, 1927. — 227. Munster. *Arch. di patol. e. clin. med.*, vol. 6, 1928. — 228. Naepeli. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 47, 1927. — 229. Nat. assoc. f. prev. of Tub. (Knud Faber) C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 44, 1925. — 230. Neupeld. *Deutsch. Med. Woch.*, n° 4, 1926. — 231. Nanetti M. *Med. Journ.*, vol. 106, 1926. — 232. Neergaard K. v. *Schw. Red. Woch.*, vol. 56, 1926. — 233. Nouti A. *Rev. med. Latin. Amer.*, juin 1926. — 234. Neumann W. i*Wien. med. Woch.*, n° 49, 1926. — 235. Nogetti A. *Rev. med. Lat. Amer.*, vol. 11, 1926. — 236. Œkonomopoulo. *Act. med. Scand.*, vol. 66, 1927. — 237. Oldenburg Fr. *Zeit. f. Tub.*, vol. 46, 1926. — 238. Oldenburg Th. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927(danois). — 239. Olah D. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927. (hongrois). — 240. Opitz. Kotzulla et Watjen. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 214. Opitz et Kotzulla. *Deutsch. med. Woch.*, n° 13, 1926. — 242. Oro A. *Rinascenza med.*, vol. 4, 1927. — 243. Ostrowski, Stanislaw et Kazimierz T. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 28, 1927 (polonais). — 244. Paldrock A. et Rangel A. *Amer. journ. of trop.*, vol. 7, 1927. — 245. Pennetti G. *Rinascenza med.*, vol. 3, 1926. — 246. Petersen R. K. et Petersen W. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 47, 1927. — 247. Permin G. E. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 49, 1927. — 248. Permin G. E. *Act. Tub. Scand.*, vol. 1, 1925. — Peyri A. *Rev. Espanola de urol. y dermatol.*, vol. 28, 1926 (espagnol). — 250. Pfeffer G. *Klin. Woch.*, n° 28, 1926. — 251. Sir Robert Philip. *Edimburgh. med. journ.*, vol. 34, 1927. — 252. Plotkowiakowna. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 253. Poindecker. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 64, 1926. — 254. Poindecker H. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 255. Poindecker H. *Wien. Klin. Woch.*, n° 13, 1925. — 256. Poix G. *La Press. med.*, n° 44, 1925. — 257. Pokorna M. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927. — 258. Poindecker H. *Seuchenbek*, vol. 4, 1927. — 259. Pur K. et Pohl H. *Med. Klin*, n° 18, 1927. — 260. Ramel E. et Michaud L. *Schw. med. Woch.*, n° 13, 1927. — 261. Reyn A. *Hopitalstidende*, n° 68, 1925 (danois). — 262. Reyn A. *Assembl. ann. soc. dan. de med.* cC. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 263. Rencki R. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 27, 1927 (polonais). — 264. Rey F. Etcheverry B., y Priano D. *Semana med.*, vol. 33, 1926. — 265. Reventos. J. *Rev. med. de Barcelona*, vol. 8, 1927. — 266. Rickmann L. *Munch. med. Woch.*, n° 46, 1924. — 267. Rist, Hirschberg et Triboulet. Sect. d'ét. scient. de l'œuvr. de la tub., 9-1-1926. — 268. Rothman S. *Amer. rev. of. tub.*, p. 120, vol. 17. — 269. Rodriguez de P. F. *anal. de la acad. med. quirurg. espan.*, vol. 13, 1926. — 270. Rondoni P. *Biochim. e terap. sperim.*, vol. 14, 1927. — 271. Saye L. *Rev. de la Tub.*, 1926. — 272. Saye L. *Rev. med. de Barcelona*, oct. 1925. — 273. Saye L. *Med. Ibera*, vol. 19, 1925. — 274. Saye L. *Ugeskrift f. Laeger*, vol. 88, 1926 (Danois). — 273. Sachs. *Betir. z. Klin. d. Tub.*, vol. 63, 1926. — 276. Sander-Larsen S. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 29, 1928. — 277. Santos Jr. C. *Lisboa med.*, vol. 2, 1925 (portugais). — 278. Scholz H. *Deut. med. Woch.*, vol. 19, 1927. — 279. Schetelma G. et Roomaker H. E. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 48, 1927. — 280. Scholz H. *Deutsch. med. Woch.*, vol. 53, 1927. — 281. Schamberg J. F. and Wright C. S. *Arch. of. dermatol. and syphililol.*, vol. 15, 1927. — 282. Schaumann E. *Finska Lökare söllskapet Handlingar.*, vol. 67, 1925 (suédois). — 283. Schamberg J. F. Harkins J. M. et Brown H. *Arch. of dermatol. dans syphililol.*, vol. 13, 1926. — 284. Sandberg F. K. M. *Ugeskrfit f. Laeger.*, vol. 89, 1927. — 285. Schlossberggr H. *Berlin Klin.*, vol. 32, 1925. — 286. Schneider A. *Zeit. f. Tub.*, vol. 43, 1925. — Schellenberg G. *Deutsch. med. Woch.*, vol. 51, 1925. — 288. Schroeder K. *Hopitalstidende*, vol. 68, 1925. — 289. Schroeder. *Die Tuberkulose*, n° 3, 1928. — 290. Schroeter. *Fort. d. Therap.*, vol. 9, 1925. — 291. Schmidt. *Deutsch. med. Woch.*, n° 22, 1926. — 292. Schwartz. *Deutsch*,

med. Woch., nº 13, 1926. — 293. SCHLOSSBERGER. *Tuberkulose*, nº 1, 1926. — 294. SCHELLENBERG. *Deutsch. med. Woch.*, nº 27, 1924. — 295. SCHNEIDER A. *Med. Klin.*, nº 19, 1924. — 296. SCHELLENBERG G. *Zeit. f. Tub.*, vol. 39, 1923. — 297. SCHREINER K. *Dermatol. Zeit.*, vol. 47, 1926. — 298. SCHLOSSBERGER H. *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 29, 1928. — 299. SCHNEIDER A. *Zeit. f. Tub.*, vol. 43, 1925. — 300. SCHMIDT H. *Deutsch. med. Woch.*, nº 22, 1926. — 301. SCHIEMANN O. et FELDT A. *Zeit. f. Hyg. Eund Infekt.*, vol. 106, 1926. — 302. SCHNEIDER M. *Schw. med. Woch.*, nº 31, 1928. — 303. SCHNEILLE A. *Med. Rev* vol. 42. 1925 (norvégien). — 304. SECHER K. C. R. in *Zeit. f. Tub.* vol. 49, 1927. — 305. SECHER K. *Klin. Woch.*, nº 24, 1927. — 306' SECHER K. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 46, 1926. — SECHER K. *Act Tub. Scand.*, vol. 2, 1927. — 308. SECHER K. *Act. Tub. Scand.*, vol. 2' 1927. — 309. SECHER K. *Zeit. f. Tub.*, nº 20, 1925. — 310. SECHER K' *Ugeskrift f. Laeger.*, vol. 87, 1925 (danois). — 311. SERRANO E. *Rev med. de Sevilla*, vol. 44, 1926. — 312. SEMON H. C. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*. vol. 28, 1927. — 313. SECHER K. Levin et Munksgaard, Copenhague, 1926. — 314. SERGENT, BORDET, DURAND, KOURILSKY. *Rev. de la Tub.*, vol. 7. 1926. — 315. SJORSLEV N. *Hopitalstidende*, nº 29, 1926. — 316. SILVA L. *Vox. med.*, vol. 5, 1925 (espagnol). — 317. SIEDAMGROTZKY. *Zent. f. chir.*, vol. 52, 1925. — 318. SJORLEV N. *Hopitalstidende*, vol. 69, 1926 (danois). — 319. SODOLOWSKY O. *Polska. Gazeta Lekarska*, vol. 4, 1925 (polonais). — 320. SNAPPER I. C. R. in *Zeit. f. Tub.*, vol. 42, 1925. — 321. SPIESS G. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 322. SPIESS G. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 323. STAEHELIN. *Schw. med. Woch.*, nº 10, 1926. — 324. STUH. C. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 325. STRANDBERG O. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 326. STUHL. *Deutsch. med. Woch.*, nº 42, 1924. — 327. STUHL. *Deut. med. Woch.*, nº 34, 1924. — 328. STRANDGAARD N. J. *Act. med. Scand.*, vol. suppl. 16, 1926. — 329. STRANDGAARD O. *Act. oto-laryngol.*, vol. 8, 1925. — 330. SWEANY H. C. *Tubercle*, vol. 7. 1926. — 331. SWEANY H. C. et EVANOFF M. *Amer. rev. of Tub.*, vol. 14. 1926. — 332. SZYMANOWSKY Z. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 29. 1928. — 333. SWEANY H. C. et WASIK M. M. *The Amer. rev. of. tub.*, vol. 12. 1925. — 334. STEIN J. et JARLOV E. *Hopitalstidende*, vol. 48, 1925. — 335. TORNING K. *Hopitalstidende*, nº 32, 1925. — 336. TORNING K. *Hopitalstidende*, nº 68, 1925 (danois). — 337. TORTORA O. *Rinnov. med. Gazz. Intern. med. chir. e di. Interess. profess.*, vol. 29. 1926. — 338. TAGLIABUE E. *Boll. di soc. med. chir. Pavia*, vol. 1. 1926. — 339. TARCHINI P. *Gior. ital. di dermatol. e sifilol.*, vol. 68, 1925. — 340. TATTERSALL L. C. R. in *Tubercolosi*, 1926. — 341. TRIVINO G. et VILAR M. *Anal. de la acad. med. quirurg. espan.*, vol. 13, 1926. — 342. TORVISO R. E. *Semana med.*, vol. 33. 1926. — 343. TRONCOSO e BULLA. *Semana med.*, vol. 34, 1927. — 344. TRIVINO G. y VILAR M. *med. Ibera*, vol. 19, 1925 (espagnol). — 345. TRAUTMANN K. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 61, 1925. — 236. TRENTI E. C. R. in *Zent. f. d. ges. Tub.*, vol. 26, 1926. — 347. UNVERZAGT. *Deutsch. med. Woch.*. vol. 47, 1927. — 348. ULRICI H. *Klin. Woch.*, nº 10, 1926. — 349. ULRICI H. *Klin. Woch.*, nº 6, 1927. — 350. ULRICI H. *Klin. Woch.*, nº 6, 1927. — 351. VALDES-LAMBEA J. *Rev. de Hig. y. de Tub.*, nº 19. 1926. — 352. VALDES-LAMBEA J. *Med. Ibera*, vol. 20, 1926 (espagnol). — 353. BALDES-LAMBEA. *Med. Ibera*, vol. 20, 1926 (espagnol). — 354. VALD. H. *Hopitalstidende*, vol. 70, 1927. — 355. VALENTE P. *Lisboa med.*, vol. 2, 1925 (portugais). — 356. VACCAREZZA R. A. *Semana med.*, vol. 32. 1925. — 357. VILLEGAS T. *Tuberculosis Madrid*, vol. 2, 1926. — 358. VILLARET M.. BEZANÇON L. J. et IMBERT. *Progrès méd.*, vol. 55, 1927. — 359. VALD H. *Hopitalstidende*. C. R. in *Zent. f. d. ges. tub.*, vol. 27, 1727 (danois). — 360. VENUTI M. *Rinascenza med.*, vol. 5, 1928. — 361. VITON J. J. CRICIANI J. A. et GAYECHEA J. *Arch. de la conferencia de maed. del Hosp. Ramos. Mejia*, vol. 10, 1926. — 362. WAGNER-KATZ. *Deutsch. med. Woch.*, 10 juin 1927. — 363. WALBUM. *Zeit. f. tub.*, vol. 47, 1927. — 364. WALBUM et SCHMIDT. *Zeit. f. tub.*, vol. 47, 1927. — 365. WALBUM. *Zeit. f. tub.*, vol. 47, 1927. — 366. WALBUM. *Deutsch. med. Woch.*. vol. 52. 1926. — 367. WALBUM L. E. *Ugeskrift. f. Laeger*, vol. 89. 1927 (danois). — 368. WENDT G. von. *Hygiea*, vol. 87, 1925 (suédois). — 369. WINDLER C. *Prins. Jr. Ned. Tyds. f. geneesk*, vol. 72, 1928 (hollandais). — 370. WIELE. *Deutsch. med. Woch.*, nº 51, 1926. — 371 WESTERGREEN A. *Act. med Scand.*, vol. suppl. nº 16, 1928. — 372. WEISE K. et JACOBSSOHN E. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, vol. 66, 1927. — 373. WIRZ FR. *Munch. med. Woch.*, vol. 74. 1927. — 374. WIELE B. *Deutsch. med. Woch.*, nº 51, 1926. — 375. WIELE. *Schw. med. Woch.*. 1927. — 376. WOHLGBERG L. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*. vol. 68, 1928. — 377. WUTH et FAUPEL. *Schw. med. Woch.*, 1927, p. 796. — 378. WURTZEN C. H. *Hopitalstidende*, vol. 68. 1925 (danois). — 379. WURTZEN C. H. Levin et Munksgaard, Copenhague, 1926. — 380. WURTZEN C. H. *Wien. Klin. Woch.* nº 32, 1925. — 381. WURTZEN C. H. *Zeit. f. Tub.*. vol. 45. 1926. — 382. HURTZEN C. H. et JJORLEV N. *Act. Tub. Scand.*. vol. 3, 1928. — 383. WYCHGRAM E. *Munch. med. Woch.*, nº 29. 1925. — 384. ZWERG. *Therap. d. Gegenw.*, vol. 66. 1925. — 385. WURTZEN C. H. *Hopitalstidende*, vol. 68. 1925 (danois). — 386. ZADEK J. et SONNENFELD A. *Zeit. f. Tub.*, vol. 45, 1926. — 387. ZWERG. *Therap. d. Gegenw.*, nº 8, 1925. — 388. ZINN H. *Zeit. f. Tub.*. vol. 44, 1926. — 389. ZECHNOWITZER M. ASSISJAN M. et KARNT T. C. R. in *Zent. f. d. ges. tub.*, vol. 28, 1927 (russe).

(Omis par erreur dans la première liste.) 390. LUNDE M. *Med. Rec.*, vol. 43. 1926 (norvégien). — 391. TYPOGRAF J. *Polska Gazeta Lekarska* vol. 5, 1926 (polonais).

Un nouveau repas d'épreuve simplifié

Par le Dr **W. ROBIN** (de Varsovie).

Le repas d'épreuve de Boas-Ewald, dont l'usage a été introduit en clinique il y a 40 ans, inaugura une ère nouvelle dans le diagnostic des maladies d'estomac. Jusqu'alors on se contentait de déterminer ces maladies d'après des données subjectives qui induisaient souvent en erreur. mais. dès ce moment il fut possible d'établir approximativement la capacité digestive des glandes stomacales et de se rendre compte. dans chaque cas en particulier. s'il y avait hypersécrétion, secrétion faible ou absence absolue d'acide chlorhydrique.

Bien que l'idée du repas d'épreuve de Boas-Ewald ait été accueillie avec enthousiasme et que cette méthode se soit généralisée par la suite, elle fut bientôt en butte aux critiques de plus en plus fréquentes tant au point de vue théorique que pratique : on y apporta des modifications, de telle sorte qu'on ne peut plus dire, tant s'en faut. qu'elle soit une méthode incontestée et généralisée de diagnostic. Ce qu'il nous faudrait, c'est une épreuve type, unique, employée universellement, pour que les analyses donnent partout des résultats comparables.

Pour ma part. m'occupant de gastrologie depuis « 30 ans », j'ai utilisé la méthode de Boas-Ewald des milliers de fois et toujours j'ai eu l'impression que cette méthode. loin d'être parfaite, était pénible pour le malade, souvent même brutale. et que notre but devait être de rechercher une façon de faire plus douce et plus rationnelle.

Quelles critiques peut-on faire au repas d'épreuve de Boas-Ewald tel qu'il est employé actuellement ?

1º On applique cette méthode de façons très diverses. Boas conseillait de donner 35 grammes de pain blanc et deux tasses de thé (ou 400 gr. d'eau si on cherchait à faire une analyse tout à fait précise) et d'extraire le contenu de l'estomac au bout d'une heure. En fait, on donne ici 200 grammes. là 300. soit de thé, soit d'eau. et on opère l'extraction 1 h. 1/2. 2 heures, ou même 3 h. après comme l'a constaté Boas lui-même dans une clinique universitaire des plus connues. En Pologne. on donne le plus souvent au malade un verre (de contenance variée) de thé et 35 à 50 gr. de pain blanc (souvent même celui-ci n'est pas pesé). Comment pourrait-on obtenir des chiffres comparables en procédant dans des conditions si différentes ?

2º La seconde critique. qui a été faite par de nombreux auteurs. a trait à la nature même du repas. Le docteur Curschman entr'autres considère avec raison qu'un tel déjeuner. du pain blanc et du thé. n'excite guère l'appétit et par conséquent la secrétion stomacale ; il s'agit ici de malades de l'estomac qui ont souvent de l'inappétence et qui doivent faire effort pour absorber tout ce pain ; bref cela n'est pas sans influencer fortement la secrétion de l'estomac d'après la théorie de Pawlow.

3º La troisième critique que nous ferons au repas de Boas-Ewald c'est l'emploi de la sonde rigide. Il n'est pas rare qu'un patient auquel on a expliqué la manipulation refuse de s'y soumettre. D'autre part il est des cas où l'emploi de cette sonde est contre-indiqué : affections cardiaques. ulcère d'estomac supposé. hémorragies, etc. De plus certains médecins, au lieu d'opérer par aspiration. seule méthode rationnelle, font l'extraction par pression, méthode brutale qui exige un effort de la part du patient et provoque chez lui des torsions pénibles : de plus on obtient ainsi une quantité d'aliments de qualités tout à fait va

riées. Enfin en cas d'achylie gastrique, les aliments durcis viennent obstruer les trous de la sonde rigide et l'extraction est impossible.

Ces divers motifs ont incité depuis longtemps certains auteurs à essayer d'autres façons d'opérer. On a cherché d'abord surtout à éviter l'emploi de la sonde. Meunier, se basant sur ce que le catgut n'est digéré que par du suc gastrique, faisait prendre au malade une goutte d'éther enveloppée dans du catgut : si le malade avait des renvois d'éther on en concluait que la capsule s'était trouvée en présence d'un mélange d'HCl et de pepsine. La méthode de Sahli est basée sur le même principe ; on met 0.05 centigr. de bleu de méthylène dans un nouet de caoutchouc fermé par un fil de catgut : si celui-ci est digéré, le bleu de méthylène est libéré et colore l'urine en vert. *A priori*, on ne pouvait par cette méthode préciser le degré d'acidité du suc gastrique ; on pouvait seulement conclure à la présence ou à l'absence du mélange HCl et pepsine. En fait, en me basant sur un grand nombre d'épreuves de contrôle, j'ai pu prouver (*Medycyna*, 1909) l'inexactitude de la méthode de Sahli ; maintes fois j'ai constaté la coloration de l'urine malgré l'absence d'HCl et *vice versa*.

On s'est demandé alors si en analysant l'acidité de l'urine on ne pourrait pas en déduire des données sur le degré d'acidité du suc gastrique (Austerlitz) ; on a aussi cherché à mesurer ce degré en dosant la quantité de chlore contenu dans la salive avant et après le repas d'épreuve. Tous ces moyens ont échoué et l'emploi de la sonde reste indispensable.

Bien des tentatives ont été faites pour modifier la composition du déjeuner de Boas-Ewald. Boas lui-même, puis Sahli, ont proposé l'emploi d'un déjeuner sec : le premier conseillait 5 Albert-cakes et le second un petit pain sans thé. Gluzinski conseilla plutôt le blanc d'un ou de deux œufs durs avec 100 gr. d'eau distillée : 3/4 d'heure plus tard addition de 300 gr. d'eau puis aspiration. Grundzach (1889) recommande le repas suivant : 30 gr. de poudre de viande dissoute dans 200 cmc. d'eau chaude additionnée de 2 gr. de sel de cuisine plus 50 grammes de pain blanc consommé avant l'absorption de ce liquide ; Grundzach au laboratoire du Dr Reichman obtient par l'emploi de ce repas des réponses assez précises. En cas d'achylie apparente, Stray préconise 30 gr. de jambon comme excitant de la secrétion. Enfin Curmann et Fischer ont utilisé « l'Appetitmahlzeit » et ont pu ainsi constater la présence d'HCl libre alors que le repas d'épreuve ordinaire avait fait conclure à son absence.

Le Dr Talma fut le premier à conseiller un déjeuner purement *liquide* ; un litre de bouillon fait avec 3 % d'extrait Liebig, neutralisé au carbonate de soude et introduit à la sonde ; ce déjeuner est pauvre en chlorures et par suite le suc extrait de l'estomac contient très peu d'HCl. Sahli proposa la bouillie suivante préparée extemporanément : 25 gr. de farine dans une casserole avec 16 gr. de beurre et 350 gr. d'eau : faire bouillir deux minutes : donner au malade 300 centim. cubes de bouillie et en réserver 50 cmc. afin d'y rechercher la quantité de graisse au moyen du butyromètre de Gerber. Une heure après, extraire le contenu de l'estomac et y rechercher la quantité de graisse. La différence de proportion des matières grasses avant et après le séjour dans l'estomac devait permettre de juger du fonctionnement de cet organe. J'ai jadis contrôlé cette méthode (1903, *Gazeta Lekarska* « La valeur de la méthode de Sahli ») elle s'est montrée peu pratique et inexacte dans ses résultats.

Schutz a essayé le lait pur bouilli (250 à 300 cmc.) mais on n'obtient ainsi que le degré d'acidité générale. D'autres ont proposé le bouillon, l'eau avec du sirop de framboises, l'eau sucrée simple (5 % Ranber), le thé sucré (Gang et Klein). En 1922, le professeur H. Strauss donnait à ses malades 300 cent. cubes de thé tiède sans sucre et opérait l'extraction 30 minutes après au moyen de la petite sonde duodénale ; les chiffres obtenus étaient en général inférieurs à ceux que donne le déjeuner de Boas-Ewald : en 1923 son assistant, le Dr Galewski, reprit cette méthode et en préconisa l'application (1).

Enfin le Dr Echrmann a proposé le déjeuner à base d'alcool qui est maintenant utilisé dans maintes cliniques (15 cmc. d'alcool éthylique à 96° dans 285 cmc. d'eau auquel on ajoute 0.05 % de salicylate de soude) ; extraction au bout de 30 min. (Groote conseille 45 min.). Le taux d'acidité ainsi obtenu est ici encore inférieur d'une façon générale à celui que donne le repas Boas-Ewald. Dans le liquide obtenu, il est facile de distinguer tout corps étranger, sang, mucosités, bile (d'où indications sur l'état du pancréas et du foie). A Varsovie, dans ces derniers temps, le Dr Wovno, dans la clinique du Dr K. Zielinski, a effectué une série de recherches, donnant aux mêmes malades les deux repas d'épreuve, celui à l'alcool et celui de Boas-Ewald ; les chiffres obtenus à la suite du premier étaient en général inférieurs d'un tiers. Le Dr Wonckans reproche à la méthode en question de provoquer un abondant reflux de suc duodénal dans l'estomac, et de n'exiger aucune mastication. A mon avis ce qu'on doit surtout lui reprocher c'est qu'il ne s'agit pas là d'une nourriture normale. Notre objectif doit être la provocation d'une sécrétion physiologique et non pas une irritation artificielle de l'estomac amenant une hypersécrétion. De plus, indépendamment du trouble qu'il provoque, surtout à jeun, chez les personnes non accoutumées à son usage (trouble considéré par les partisans de cette méthode comme facilitant l'usage de la sonde) l'alcool ne convient pas aux malades souffrant de l'estomac puisqu'il peut provoquer chez eux des douleurs (Dr Sanphilippo) ; on a même signalé comme conséquence l'existence d'érythrocytes fraîches dans le contenu stomacal (Wovno et Wasserlahl).

Le déjeuner d'épreuve doit se rapprocher d'un déjeuner ordinaire, être appétissant et accepté avec plaisir. J'ai donc cherché une formule meilleure que celle de Boas-Ewald. Il m'a semblé *a priori*, que ce repas devait répondre aux conditions suivantes :

1° *Etre liquide* pour pouvoir vider l'estomac à l'aide de la sonde mince pour enfants ou avec la sonde duodénale d'Einhorn.

2° *Etre naturel*, analogue à un déjeuner normal.

3° *Etre appétissant*, et inoffensif même en cas de maladie grave.

4° Ne contenir ni produits pharmaceutiques (alcool, caféine) ni colorants.

5° Donner des taux en HCl et en acidité générale relativement égaux, stables, sans grands écarts.

6° Permettre de reconnaître, même à l'œil nu les corps étrangers, sang, mucosités, bile, comme le permet le déjeuner du Dr Ehrmann.

7° Permettre de savoir si dans le cas donné, la sécrétion gastrique est augmentée, diminuée ou normale, comme on le sait avec le déjeuner de Boas-Ewald.

Après de nombreuses expériences faites en collaboration avec le Dr B. Goldstein nous nous sommes arrêtés à la formule suivante :

Thé léger 180 *gr. lait* 20 *gr. Sucre* 5 *gr. Aspiration au bout d'une demi-heure.*

Ce déjeuner répond à tous les desiderata ci-dessus indiqués, liquide d'extraction facile au moyen de la sonde duodénale, naturel, inoffensif, facilement accepté par les malades, etc. Il ne faut pas oublier que des facteurs divers mécaniques, chimiques et psychiques contribuent au résultat final. Nous avons cherché à établir les chiffres donnés par notre déjeuner dans les cas de digestion normale, d'hyperacidité, de manque d'acidité, et nous les avons comparés avec les chiffres donnés dans les mêmes cas, chez les mêmes sujets, par le repas de Boas-Ewald.

(1) A cette liste on doit ajouter le repas d'épreuve à la peptone de Delort et Verpy et le repas d'épreuve à l'albuminurie pure de Loeper et Béchamp dont l'avantage est de permettre une appréciation très exacte des albumines résistantes et des albumines transformées. (N. D. L. R.)

nous préoccupant aussi de savoir si les chiffres obtenus sont à peu près égaux et sans grands écarts entre eux.

Voici quelques exemples à titre d'indication :

1° M. Dyk a absorbé notre déjeuner d'épreuve trois fois

23-X-27	nous avons obtenu :	L = 17 (1)	A = 60 (2)
5-XI-27		L = 20	A = 48
12-XI-27		L = 18	A = 54

2° M. Nir deux fois

12-XII-27	résultats	L — 16	A — 37
14-XII-27		L — 16	A — 33

3° Mlle Cuk. deux fois

21-I-28	L — 8	A — 30
4-II-28	L — 9	A — 32

4° Mlle Ler. quatre fois

25-XI-27	résultats	L — 0	A — 7
3-XII-27		L — 0	A — 12
10-XII-27		L — 0	A — 15
14-XII-27		L — 0	A — 13

5° Mlle Ar. deux fois

28-XII-27	résultats	L — 0	A — 8
16-I-28		L — 0	A — 13

Des données ci-dessus, il résulte qu'après notre déjeuner les chiffres qui concernent l'HCl libre et l'acidité totale *sont assez stables*. Pas d'écarts sensibles.

Comment se présentent les chiffres L et A après notre déjeuner, *comparés* aux chiffres obtenus par le déjeuner de Boas Ewald ?

Afin d'établir cette comparaison, nous avons fait de nombreuses expériences. Nous avons fait absorber alternativement les deux déjeuners d'épreuve. Les résultats obtenus ont été divisés en trois groupes.

I groupe : digestion normale, dans lequel le déjeuner d'épreuve de Boas-Ewald donne : L — 20-40, A — 55-70. Dans tous les cas notre déjeuner a donné : L — 12-20, A — 35-55, chiffres en général moins élevés que ceux obtenus par le déjeuner de Boas-Ewald. Si nous prenons ces chiffres comme normaux : *L — 10-20, A — 35-55 représenteront la sécrétion normale.*

Voici quelques exemples qui illustreront le premier groupe.

	Après le déjeuner de Boas-Ewald		Après le nôtre	
1° M. Gold. Cholecyst. chr.	L — 32	A — 65	L — 12	A — 35
2° Bruk, Dyspepsie nerveuse	L — 26	A — 54	L — 17	A — 39
3° M. El. Cholecyst. chr.	L — 28	A — 55	L — 12	A — 52

Nous donnerons sous peu des tableaux comparés pour tous les groupes examinés.

II groupe.

Voici quelques cas d'*hypersécrétion* :

	Déj. de B. E.		Notre déjeuner	
1° M. Hel., ulcus stomacal chr.	L — 62	A — 80	L — 43	A — 67
2° M. Sz.	L — 56	A — 82	L — 30	A — 55
3° M. Asz.	L — 58	A — 96	L — 80	A — 98

Certains autres cas de ce groupe ont donné : L — 51, 35, 37, 40, etc... A — 82, 58, 60, 71 etc. Nous voyons donc que dans le cas d'hypersécrétion, les chiffres varient entre : L — 30-50 et A — 55-85 (Exception faite pour le cas Asz., pour lequel le chiffre L après notre déjeuner a dépassé le chiffre donné par le déjeuner de Boas-Ewald). Ainsi, si nous obtenons par notre déjeuner un chiffre L supérieur à 30 et un chiffre A — 55, nous devons considérer que nous sommes en présence d'un cas d'hypersécrétion.

Le cas de M. Asz montre un écart, mais il prouve que notre déjeuner d'épreuve peut « cæteris paribus » provoquer une abondante sécrétion stomacale.

Enfin dans le 3e *groupe d'hyposécrétion* nous avons comparé de nombreux cas sans HCl libre et avec acidité générale de 17-21-47 après le déjeuner de Boas-Ewald.

En voici des exemples :

	Déjeuner de B. E.		Le nôtre	
1/ Mlle Zuch. Côlite chr.	L — 0	A — 13	L — 0	A — 10
2/ M. Czajk. Cancer abdominal	L — 0	A — 17	L — 0	A — 10
3/ M. Gold. Gastrite chr.	L — 0	A — 26	L — 0	A — 17

Dans le cas où le déjeuner d'épreuve de Boas-Ewald donnait des chiffres minimes, notre déjeuner a donné L — 0-8, A — 15-30. Après notre déjeuner d'épreuve, en cas d'hyposécrétion les chiffres obtenus sont : L — 0-10, A — 7-30.

En nous basant sur ces données, nous devons donc conclure que les chiffres L et A sont *moins élevés* après notre déjeuner qu'après le déjeuner de Boas-Ewald, qu'ils sont assez *stables* et *qu'ils précisent* le caractère de la sécrétion des glandes stomacales, en donnant comme chiffres normaux : L — 10-20, A — 35-55. Au-dessus de ces chiffres il y a une hypersécrétion, au-dessous hyposécrétion. Les éléments étrangers tels que : sang, bile et mucosités sont faciles à distinguer dans le liquide blanc.

La supériorité de notre déjeuner consiste donc en ceci : il est fluide, appétissant, physiologique et n'exige pas l'introduction de la sonde rigide. Il peut être aspiré à l'aide de la sonde duodénale d'Einhorn.

Cette sonde doit être munie d'une extrémité en caoutchouc durci, un peu évasée comme pour la sonde rigide. La forme en boule effraye souvent le malade. J'ai présenté une sonde de ce modèle à la Société de Gastrologie de Varsovie en 1927 ; elle est fabriquée par la Maison Amber.

Certains malades éprouvent de la répulsion même pour ce modèle ; dans ce cas, nous employons la sonde rigide, mince, pour enfants.

Réfléchissons maintenant à la *valeur même* de l'examen des sécrétions stomacales, en comparaison avec les moyens dont dispose actuellement la clinique (Rayons X et autres). Nous ne devons attribuer à cet examen qu'une valeur relative. Les chiffres L et A ont perdu beaucoup de l'importance qui lui fut attribuée jadis. Et il est rare qu'un diagnostic des maladies d'estomac soit établi uniquement sur le résultat de l'analyse du chimisme stomacal. L'hypersécrétion n'indique pas l'ulcère et l'absence de sécrétion n'en exclut pas l'existence. La sécrétion normale ne prouve pas non plus l'état normal de l'estomac, puisqu'elle est souvent accompagnée de diverses affections de cet organe ou des organes voisins.

Cependant l'examen de la sécrétion stomacale n'en rend pas moins de grands services, tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique, en cas de constatation, après le déjeuner d'épreuve, d'achylie gastrique, d'hyposécrétion, d'hypersécrétion évidente etc. Plus important encore peut-être est son rôle dans la constatation de la présence du sang, du pus, de la bile, des mucosités, ainsi que des corps étrangers ou stagnants.

Je suis tout à fait convaincu qu'on obtient plus facilement tous les renseignements recherchés en utilisant notre repas d'épreuve (thé léger 180 gr., lait 20 gr., sucre 5 gr.) qu'avec le repas de Boas Ewald et c'est pour cette

(1) L = HCl. libre
(2) A = acidité totale

raison que je me permets d'attirer l'attention de mes confrères sur cette nouvelle formule.

LITTÉRATURE

1. LEUBE. D. — *Arch. f. kl. Med.*, 1883.
2. JAWORSKIU GLUZINSKI. — Krakow, 1885.
3. PACANOWSKI. — *Kron. Lek.*, 1885.
4. GZUNDZACH. — *Gaz. Lek.*, 1889.
5. EWALD. — *Klin. d. Verd.*, 1893.
6. TALMA. — *B. Kl. W.*, 1895.
7. SAHLI. — *B. Kl. W.*, 1902.
8. RIEGEL. — *D. Erkr. de Magens* 1903.
9. SASAKI. — *B. Kl. W.*, 1905.
10. BICKEL. — *Zeif. f. diœt. Therm.*, 1907.
11. BOAS. — *D. Med. W.*, 1907.
12. CURSCHMANN. — 27 Kongr. in. Med., 1910.
13. FISCHER. — *M. m. W.*, 1911.
14. SAHLI — Lehrbuch. 1913.
15. MINTZ. — *Arch. f. Kl. M.*, 104.
16. EHRMAN. — *B. Kl. W.*, 1914.
17. GANG. *u.* KLEIN. — *M. Kl.*, 1914.
18. SKALLER. — *B. Kl. W.*, 1915.
19. RAUBER. — *Arch. f. Verd.*, 1917.
20. FULD. — *Kraus-Brugsch.*, 1921.
21. STRAUSS H. — *Zeif. f. Kl. M. T.*, 29 ; *Zeif. f. arzt. Fort* 1922.
22. GALEWSKI. — *Med. Klin.*, 1923.
23. BOAS. — Diagn., 1925.
24. SANPHILIPPO. — Kongres. inn. Med. 19.
25. ORTOWSKI W. — *Polska. Gaz. Lek.*, 1925-1928.
26. AUSTERLITZ. — *Internacia. Med. Revuo*, 1926.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1928.

L'alimentation des débiles et des hypothrepsiques à l'hospice des Enfants-Assistés. — M. ***Marfan*** expose la méthode qu'il a adoptée, après une série d'essais, pour l'alimentation des enfants admis aux nourriceries de l'hospice des Enfants-Assistés.

Ces nourriceries reçoivent les enfants abandonnés ou déposés transitoirement, âgés de moins d'un an, quand ils ne sont pas normaux, c'est-à-dire quand ils sont débiles ou malades. Le plus grand nombre a moins de trois mois.

Le problème de leur alimentation est difficile à résoudre. Une expérience plus que séculaire, et jamais démentie, a montré que, pour ces enfants, le meilleur aliment est le lait de femme, surtout quand ils ont moins de trois mois.

Mais il est devenu de plus en plus difficile de le leur procurer. D'autre part, la mise au sein d'enfants inconnus communique la syphilis aux nourrices.

Pour surmonter ces difficultés, M. Marfan a propposé les mesures suivantes qui, mises en pratique en 1924, ont donné de bons résultats. Les nourrices sont engagées avec leur propre enfant qu'elles continuent à nourrir ; cette mesure a permis d'en améliorer beaucoup le recrutement. Dans l'intervalle des tétées, elles traient leur lait qui est recueilli dans des récipients aseptiques et administré tout de suite aux enfants des nourriceries, à la cuillère ou au biberon. En évitant la mise au sein directe des enfants étrangers, on évite la contamination syphilitique. La récolte du lait de sein a été supérieure à ce qu'on en attendait, et son ingestion à la cuillère ou au biberon a donné des résultats aussi bons que lorsqu'il est pris directement à la mamelle.

Comme la quantité de lait de femme ainsi recueillie est insuffisante pour tous les pensionnaires des nourriceries, on en reserve l'usage exclusif aux grands débiles et aux nourrissons atteints de troubles digestifs graves. Pour les autres, on a recours à l'allaitement mixte. L'aliment qui a paru le meilleur pour compléter la ration du lait de femme, surtout avant deux mois, est le babeurre sucré, et dont l'acidité a été légèrement diminuée par l'addition d'eau de chaux. On donne en général quatre repas de lait de femme et trois de babeurre chaque jour.

Cette méthode a permis de diminuer notablement la mortalité si élevée des nourriceries. De 50 p. 100 en 1920, elle est tombée à 20 p. 100 en 1924 et 15 p. 100 en 1927.

Pour apprécier la signification de ces chiffres, il faut se rappeler les difficultés de l'élevage en commun d'enfants âgés de moins d'un an et séparés de leur mère, même quand ils sont sains, à plus forte raison quand ils sont débiles ou malades.

Les grandes découvertes et nouveautés médicales au regard de la critique. — Le doyen de l'Académie, M. ***Guéniot***, qui, malgré ses quatre-vingt-seize ans, montre toujours la même activité, expose au milieu d'un respectueux silence une communication dont voici les conclusions :

« La critique appliquée aux grandes découvertes ou nouveautés médicales est le plus souvent utile et même, en maintes conjectures, nécessaire ;

Soit pour ruiner des systèmes issus de conceptions erronées ;

Soit pour dénoncer la caducité de certaines méthodes et provoquer leur remplacement par d'autres mieux appropriées ;

Soit, enfin, pour donner plus de correction et d'éclat aux vraies découvertes qui marquent une avance dans la voie du progrès. »

M. ***le Président*** exprime au vénéré doyen les remerciements de l'Académie pour le bel exemple de travail qu'il donne une fois de plus à ses collègues.

Un cas de fièvre ondulante guérie par les injections intraveineuses de trypaflavine. — MM. **H. *Darré*** et **A. *Laffaille*** rapportent une observation de fièvre ondulante traitée par les injections intraveineuses de trypaflavine. Une injection de 0 gr. 20 a fait disparaître en vingt-quatre heures la fièvre qui durait depuis plus de deux mois. Une rechute s'étant produite dix-huit jours plus tard fut jugulée en vingt-quatre heures par une injection de 0 gr. 20 pratiquée cinq jours après la reprise de la fièvre. La guérison se maintient définitive depuis plus de trois mois.

Les divers traitements employés jusqu'ici pour combattre la fièvre ondulante, et notamment la mélitine de Burnet, n'ont jamais donné de résultats aussi satisfaisants.

Il est donc indiqué d'avoir recours désormais à la chimiothérapie par les injections intraveineuses de trypaflavine dans les infections causées par le micrococcus melitensis ainsi que dans celles déterminées par le microbe de l'avortement épizootique, le bacille de Bang, qui sont d'ailleurs tout à fait comparables à la fièvre ondulante.

On fera une première injection de 0 gr. 20, une seconde injection de 0 gr. 30 deux jours plus tard, une troisième injection de 0 gr. 40 trois jours après la seconde. Les rechutes, si elles se produisent, seront traitées comme la première atteinte.

De nouvelles observations sont nécessaires pour établir définitivement l'efficacité de cette thérapeutique qu'il était intéressant de signaler dès maintenant en raison de l'extension de la fièvre ondulante sur une grande étendue du territoire français.

Tuberculose et anthracose des mineurs. — MM. ***A. Jousset*** et ***H. Lecat*** (de Billy-Montigny) communiquent les résultats de leur étude des affections pulmonaires des mineurs dans les charbonnages du Nord et du Pas-de-Calais.

D'après eux, la tuberculose des mineurs n'offrirait aucun caractère spécial, ni comme fréquence, ni comme gravité.

Quant à l'anthracose, déjà niée par l'un des auteurs pour l'habitant des villes, elle n'existe pas davantage chez les mineurs. Les autopsies démontrent qu'il est atteint d'une sclérose pulmonaire mélanigène qui relève du travail des roches siliceuses et calcaires et qui, par l'intensité de sa coloration, a pu faire illusion sur l'existence d'une imprégnation charbonneuse. La notion générale de l'anthracose pulmonaire est donc à rayer définitivement des cadres de la pathologie humaine.

La prophylaxie de la tuberculose chez les conscrits. — M. *de Lapersonne* présente un mémoire de M. le professeur True (de Montpellier) relatif à la prophylaxie de la tuberculose des conscrits de faible constitution dès le Conseil de revision.

M. Truc pense qu'il faudrait incorporer ces conscrits dans des préventoria spéciaux pour les fortifier, les développer par une meilleure hygiène, une solide alimentation et des exercices appropriés.

Ces préventoria seraient organisés par les ministères compétents et pourraient recevoir en outre des dons particuliers.

M. le professeur Truc dépose un vœu dans ce sens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1928.

Plaie peptique du diverticule de Meckel. — M. *Hartglass*. — Rapport de M. *Lecène*. — Jeune fille de 14 ans avec un syndrome de perforation intestinale. Intervention vers la huitième heure. On trouve une perforation lenticulaire à la base d'une diverticule de Meckel. Résection intestinale et entérorraphie circulaire. Guérison complète en un mois. Le diverticule à 5 ou 6 centimètres de long ; la perforation siège sur un ulcère avec une base indurée. Histologiquement, il y avait à côté de la perforation un îlot de muqueuse gastrique très nette. Ce ne sont pas des faits nouveaux ; il en a été publié au moins 9 cas (Thèse de Humbert, Paris 1925). Lecène rapporte un cas semblable (Guibal), où les symptômes étaient une entérorragie importante.

Syndrome de Volkmann. — MM. *Moulonguet* et *Sénèque*. — Rapport de M. *Lecène*. — Un jeune homme de 17 ans fait une chute sur le coude gauche. Douleur extrêmement vive ; un gonflement de l'avant-bras apparaît. Il ne consulte personne. La main gauche a une tendance invincible à fermer le poing. Le lendemain, M. Moulonguet constate une ecchymose sur le bord interne du coude. Mais pas de luxation, ni de fracture. Mais début de syndrome de Vollkmann. Le pouls est conservé. M. Moulonguet pense à un hématome profond. Il conseille l'incision aponévrotique. M. Sénèque fait l'opération sous-anesthésie locale ; incision de dix centimètres sur la ligne de ligature de l'artère cubitale ; incision aponévrotique ; les muscles épitrochléens, de couleur vineuse, font saillie. Le nerf et l'artère cubitale sont intacts. Une petite artériole musculaire a été déchirée. Ligature de cette artère. Dans les minutes qui suivent, le blessé peut étendre ses doigts et se déclare soulagé. M. Sénèque fait en avant une deuxième aponévrotomie. Suture sans drainage. Guérison sans incident. Cette aponévrotomie a déjà été décrite par José Jorge, de Buenos-Ayres.

M. *Dujarier* a vu un cas analogue à la cuisse à la suite d'un traumatisme. Le pouls est conservé. Opération : dès l'incision de l'aponévrose, les muscles font saillie et il n'y avait pas d'hématome. Guérison rapide.

M. *Mouchet*. — Cette observation est un argument pour la thèse qu'il soutient : à savoir qu'il s'agit d'une infiltration sanguine très considérable intra-musculaire.

M. *Bréchot* soigne aussi un enfant de 14 ans avec une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus ; aucun espèce d'appareil n'avait été placé.

M. *P. Duval* rapporte une observation un peu différente ; il s'agit d'un hématome du mollet avec orteil en griffe ; l'opération a consisté à vider l'hématome de la bouillie musculaire, sans suture aponévrotique.

Anévrysme diffus de l'artère poplitée par une exostose du fémur. — M. *Boppe*. — M. *Moure* rapporteur. Dix jours après un traumatisme, il y avait un anévrysme diffus du creux poplité. Opération : il y avait une plaie latérale de l'artère, avec son contact une petite exostose du fémur. L'auteur fit une suture latérole de l'artère et rugina l'exostose. Guérison parfaite.

Cancer du plancher de la bouche ayant envahi le maxillaire inférieur. — M. *Robert Monod* rapporte une observation de M. *Raymond Besnard*. L'auteur fit l'opération de Morestin en gardant le bord inférieur de la mâchoire. L'os, la langue et le plancher furent enlevés en bloc. Ultérieurement, le malade fut revu avec un envahissement ganglionnaire bilatéral pour lequel on fit un double curage. Un collier radifère a été placé autour du cou. La guérison se maintient depuis sept mois et le malade peut s'alimenter de façon très convenable.

Maladie de Kümmell-Verneuil. — A propos d'une observation de M. *Ody* (de Genève) qu'il rapporte, M. *Albert Mouchet* reprend l'histoire de cette maladie qui a bien été décrite pour la première fois par Kümmell (de Hambourg) en 1891, puis par Verneuil en 1892.

Il rappelle les terminologies diverses de l'affection, son évolution en plusieurs stades, ses difficultés de diagnostic avec les spondylites inféctieuses et surtout le mal de Pott et certains aplatissements congénitaux des corps vertébraux.

Il discute à la lumière de travaux récents la nature anatomique de l'affection qui semble bien être une fracture par compression mais dont la modalité peut être variable, comme à certains os du carpe.

Il pense que la greffe d'Albee est le traitement de choix.

Il signale deux observations nouvelles dont l'une est typique mais dont l'autre très fruste, prête à discussion,

Le radiographie, employée systématiquement et perfectionnée, dira sans doute le dernier mot sur cette affection.

M. *Ducroquet* a vu une quinzaine de cas douteux avant la guerre. Depuis la guerre, il n'a pas rencontré une fois une vraie maladie de Kümmell-Verneuil.

M. *Lance* est du même avis : cinq fois, il y avait des signes de fracture par tassement, sans aucune raréfaction osseuse.

M. *Robineau* a vu un malade sans aucune trace radiographique de fracture du rachis. Au bout de quelques mois, dans son lit, il présentait une gibbosité. La radiographie montra un tassement d'une vertèbre dorsale. M. Robineau est d'avis qu'il s'agit d'une sorte d'ostéomalacie.

Fractures transcervicales du fémur traitées par le plâtre de Whitman. — M. *Dujarier* a traité 12 cas. La moitié des cas ont eu une pseudarthrose ; les unes étaient serrées, les autres lâches. 3 malades présentaient un cal osseux à la sortie de l'hôpital ; revus 18 mois après, ils présentaient une pseurdrarthrose lâche aussi l'auteur revient-il actuellement à la méthode opératoire ; il a obtenu, sur 4 cas, 3 guérisons à peu près complètes et un échec ; il est vrai qu'il s'agissait d'une femme de 76 ans.

Mal de Pott traité par la greffe d'Albee. — M. *Richard*. — Excellent résultat au bout d'un an.

G. MÉNÉGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 octobre 1928

Sur la réduction des fractures. — M. *R. Bonneau* rappelle qu'il a décrit la « correction de l'angulation des fractures par l'action d'un fil métallique accroché sur l'extrémité libre des fragments. » Cette méthode, inspirée par le Dr Depage, a trouvé des indications dans de nombreuses variétés de fractures.

Syndactylie et polydactylie à caractère familial. — *M Trèves* fait un rapport sur une observation rare de M. Bonnet (de Paris). Femme de 19 ans, présentant, à chaque main, six doigts dont les 3me, 4me et 5me sont fusionnés. Cette malformation congénital, se retrouve dans la famille jusqu'à six ou sept générations antérieures. Aucune autre malformation. Wassermann positif.

Indications du drainage sus-pubien dans la cure des fistules vésico-vaginales basses et des fistules urétro-vaginales. — M. *Iselin* fait un rapport sur un travail de M. Bonnet (de Paris). Celui-ci montre, avec une observation personnelle, l'importance du drainage vésical sus-pubien après cystostomie dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

Ostéite subaiguë du péroné. Résection diaphysaire. Guérison — *M. Muller* (de Belfort). Homme de 44 ans. Douleurs et formation de très nombreuses fistules sur la face externe de la jambe où

antérieurement, à 10 ans et 40 ans, le malade avait déjà présenté des abcès. Wassermann négatif. Résection d'une partie étendue de la diaphyse. Guérison. Pas de diatasis de l'articulation tibio-tarsienne.

Transplantation du moyen fessier dans la coxa-vara. — *M. L. Lamy* présente un nouveau cas de coxa-vara double à forme extrêmement accentuée, avec impotence presque complète, chez un enfant de 15 ans, et opéré par la transplantation du moyen fessier. Résultat parfait. L'auteur insiste sur la nécessité d'enlever largement la partie externe de l'extrémité supérieure de la diaphyse pour obtenir un abaissement suffisant du grand trochanter.

Extraction des calculs de l'uretère par les voies naturelles. — *M. G. Luys* rappelle les différentes méthodes employées pour cette extraction. Il cite, parmi d'autres, l'observation d'un homme de 51 ans, auquel il a pu extraire un culcul de l'uretère grâce à la sonde à ailettes.

Réduction tardive (5me semaine) d'une luxation de l'épaule compliquée de fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus. — *M. Judet* communique une observation où la réduction a pu être obtenue, sous anesthésie générale, au 35me jour. Très bon résultat fonctionnel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1928.

A propos de six cas de suppurations pleuro-pulmonaires. — MM. *Milhit* et *Decot* rapportent cinq cas de pleurésies purulentes et un cas d'abcès du poumon. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic entre un abcès du poumon et une pleurésie. Ils croient que la guérison spontanée demeure une rareté dans les cas de suppurations pleuropulmonaires et que pour le moment, la pleurotonie demeure le traitement de choix.

Un cas de polynévrite par inhalation de vapeurs de sulfure de carbone. — MM. *P. Lechelle*, *L. Girot* et *A. Thévenard* présentent un homme de 49 ans, employé à la fabrication des papiers sinapisés et atteint, cinq mois après ses débuts dans la profession, d'une polynévrite typique des quatres membres. En l'absence de tout antécédent infectieux ou toxique, l'agent pathogène ne peut être que le sulfure de carbone dont les vapeurs sont quotidiennement inhalées par le sujet. Les auteurs insistent sur les troubles génitaux qui ont été le premier signe de la maladie, sur la participation probable du nerf optique au syndrome toxique, enfin, sur l'existence d'une réaction méningée, discrète, décelée par la ponction lombaire.

Recherches expérimentales sur le sang veineux de la rate. Déductions physiologiques. — MM. *Léon Binet* et *A. Arnaudet* résument les résultats de leurs expériences sur le chien, et portant sur la constitution histologique du sang artériel et du sang veineux splénique de chasse. Les tableaux rapportés par les auteurs montrent que pendant la spléno-contraction, le sang veineux de la rate peut avoir un taux d'hématies, de leucocytes et de plaquettes, doublé par rapport au taux du sang artériel. Toute contraction de la rate, si elle est suffisamment nette, détermine une polyglobulie, une leucocytose et une plaquettose. On sait bien aujourd'hui l'importance du mouvement, de l'asphyxie, de l'émotion, de l'hémorragie, sur la motricité splénique. Par ce fait, ces facteurs élèvent, dans le sang circulant, le taux des éléments figurés, et avant de pratiquer une prise de sang pour faire la numération des globules, l'hématologiste devra tenir compte de ces faits. D'autre part, certains agents ont un pouvoir spléno-contracteur énergique : à côté de l'adrénaline, les auteurs signalent l'éphédrine, le principe vaso-constricteur du genêt et la pilocarpine. Ces substances, par la spléno-contraction qu'elles engendrent, mobilisent les éléments accumulés dans la rate et les auteurs tirent de ces faits des conclusions pratiques.

M. *Bard* demande quelle est la durée de la chasse et l'action de la spléno-contraction sur le sang circulant.

M. *Binet* estime que la durée de la polyglobulie, de la leucocytose est d'environ 40 à 50 minutes, pouvant aller jusqu'à 1 heure à 1 heure 1/4. Quant à l'action sur le sang circulant, l'auteur pense que chez l'homme on peut voir après injection d'adrénaline les globules rouges augmenter de 500,700 et 800.000. L'élévation des plaquettes est surtout énorme ; dans un cas de 300.000 le nombre est passé à 500.000.

M. *H. Bénard* ne pense pas que la spléno-contraction joue dans le mécanisme des polyglobulies et que la rate n'est pas le seul organe de sensibilisation des élémenis.

M. *P.-E. Weil* pense que dans les rates pathologiques, les variations du nombre des éléments soit dans certains cas nulles après injection d'adrénaline, il a pu le constater dans certains cas de maladie de Vaquez. Par contre, dans les leucémies après adrénaline, il a noté de grandes variations.

L'involution tensionnelle et ses manifestations physiques et cérébrales. — M. *Dumas* (de Lyon) a noté que dans l'hypertension artérielle et surtout dans la forme solitaire, on note avec l'âge, une diminution de la tension pouvant s'accompagner d'état dépressif et de déchéance organique. A ce propos, l'auteur pense qu'on doit être réservé dans l'emploi des saignées et des hypotenseurs.

Sur un cas de pancréatite ourlienne. — MM. *Pr. Merklen* et *H. Gounelle* rapportent l'histoire d'une jeune fille de 23 ans qui, après les oreillons, présenta des douleurs au niveau de l'hypocondre gauche, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Les troubles évoluèrent avec rémissions, mais au bout de quatre mois, des crises de douleurs et de diarrhées prouvaient que la maladie n'était pas éteinte. L'étude de la sécrétion interne ne révéla jamais de glycosurie. La glycémie, par contre, dépassa la normale. De 1 gr. 41 au début de la pancréatite, elle descendit peu à peu à 1 gr. 26 et 1 gr. 14. Elle ne rétrocéda pas davantage, elle se montra même ultérieurement encore à 1 gr. 24. D'où cette conclusion que la glycosurie doit céder le pas à la glycémie dans l'étude de la pancréatite ourlienne, comme au cours du diabète. L'existence de débris alimentaires et de fibres musculaires dans les fèces témoignaient de l'atteinte dn pancréas externe, ces dernières précisant plus nettement un trouble d'activité de la trypsine. Ce cas représente une forme de pancréatite ourlienne à évolution prolongée, tendant à la chronicité, il oblige à des réserves sur l'avenir de la malade. Il s'oppose aux faits de diabète ourlien curable et transitoire. Il rentre dans le cadre des manifestations graves que les oreillons laissent de temps à autre derrière eux. Ce sont des faits semblables qui, non traités, peuvent aboutir au coma diabétique dont quelques observations ont mis à jour la possibilité à la suite des ourles.

Diabète insipide au cours d'une encéphalite épidémique. Heureux effet du traitement par les prises nasales de poudre de lobe postérieur d'hypophyse. — *M. E. Ledoux* (de Besançon).

Paralysie générale améliorée par des injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal. — *MM. Marcel Pinard, Pierre Vernier et Mlle Versini* présentent un paralytique général traité depuis deux ans par le bismuth, le novarsénobenzol, le novarsénobenzol associé au Dmelcos, puis par le novarsénobenzol par fortes séries jusqu'à 1 gr. 50 par injection. Toutes ces thérapeutiques n'avaient pas empêché le malade de tomber dans le gâtisme. Une série d'injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal a réussi, vraisemblablement, en tant que médication de choc local, à amener une amélioration clinique considérable et a fait disparaître rapidement et progressivement la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, avec amélioration de la lymphocytose et de l'albumi nose.

La micro-leucocyto culture. — *MM. Noël Fiessinger et Roger Cattan*, après avoir résumé leurs recherches sur les bactériocidines plasmatiques dans les infections typhiques, montrent que la raison qui explique la conservation de la vitalité bactérienne dans le sang total réside dans la présence des éléments figurés du sang et surtout des leucocytes. Cette constatation inattendue est prouvée par les expériences nombreuses qui ont conduit les auteurs à la pratique de la micro-leucocytoculture. Pour la faire, on recueille aseptiquement, par voie veineuse, deux centimètres cubes de sang que l'on reçoit dans

un tube à centrifuger contenant quatre gouttes d'une solution de citrate de soude à 30 p. 100. Après une centrifugation à un ou deux temps, on aspire le tapis leucocytaire dont on ensemence une goutte dans les milieux appropriés, aérobies ou anaérobies. De cette façon, les auteurs ont isolé des cultures bactériennes, dans six cas de fièvre typhoïde, une endocardite à pneumocoques, une endocardite à streptocoques, une septicémie à staphylocoques, une septicémie à pneumobacille de Friedlander. En interprétant ces curieuses expériences, les auteurs montrent d'une part que la centrifugation dépose les bactéries dans les couches moyennes, et d'autre part, que le leucocyte protège la bactérie contre la bactéricidine plasmatique. Cette protection peut être expliquée par une action exocellulaire de la trypsine leucocytaire protéolisant le milieu plasmatique et aussi par une action protectrice de la phagocytose au début, le leucocyte conservant à son intérieur une bactérie vivante à l'abri des influences nocives. Les auteurs comparent les résultats des hémocultures qui nécessitent beaucoup plus de sang et dont le retard des résultats est expliqué par l'action retardante des bactériocidines plasmatiques. Ils montrent que la micro-leucocyto-culture permet une différenciation plus rapide et une culture première en tubes de Veillon plus pratiques que les boîtes de Boëz. Ces expériences projettent un jour nouveau sur le rôle des leucocytes dans le sang circulant septicémique. Les leucocytes ne jouent aucun rôle de défense, la défense est toute humorale, par contre dans les tissus, dans les plaies, dans le sang « fixe » en somme, la défense est leucocytaire.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1928.

Sur le sort d'un bacille de Koch sans valeur tuberculigène. — M. *Vallée* rapporte l'histoire d'un bacille de type bovin qui, tout d'abord d'une parfaite virulence, s'est spontanément atténué. Depuis vingt-cinq ans, l'atténuation de ce microbe s'est lentement affirmée, et des doses de 10 à 20 milligrammes restent aujourd'hui sans valeur pathogène pour le cobaye, tandis que le bovin supporte, sans se tuberculiser, une inoculation intraveineuse de 100 milligrammes du même germe.

Cependant, inoculé sous la peau des bovidés (2.000 cas), à la dose de 90 milligrammes dans un excipient à base d'huile de vaseline, ce bacille provoque l'apparition d'une lésion fibrocaséeuse persistante et inextensible. Recueilli après plusieurs mois ou plusieurs années d'évolution, le caséum de la lésion se montre riche en bacilles tuberculeux parfois revivifiables par la culture. Pas plus que celle du caséum, l'inoculation de celle-ci ne met en évidence un regain du pouvoir pathogène (52 expériences).

Entre les mains de l'auteur, d'autres échantillons bacillaires d'origines humaines ou bovines ont également perdu de leur pouvoir pathogène au cours des années. Le bacille tuberculeux n'échappe donc point à la loi commune de la dégradation de la virulence, et de tels faits méritent d'être rapprochés des insuccès des expérimentateurs qui ont vainement cherché à obtenir, chez divers animaux, un regain de l'activité de ce bacille véritablement atténué qu'est le B.C.G.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. — (Expérience de la Compagnie des mines de Béthune.) — MM. ***A. Calmette*** et ***Ph. Bréhon***. — Depuis le 1er septembre 1926, la Compagnie des mines de Béthune fait vacciner au B.C.G. tous les enfants qui naissent sur le territoire de sa concession ; 845 enfants ont été ainsi vaccinés jusqu'au 31 août 1927 et sont donc actuellement âgés d'un à deux ans. Leur mortalité générale (par toutes causes) a été seulement de 3,5 p. 100 alors que la mortalité moyenne des enfants de zéro à un an, est, en France, de 8,5 p. 100. Il n'est pas douteux que la vaccination B. C. G. ait eu pour résultat, non seulement de faire disparaître la mortalité infantile due à la tuberculose, mais aussi de faire baisser la mortalité générale.

Cet exemple donné par la Compagnie de Béthune mériterait d'être suivi par toutes les grandes institutions industrielles ou minières, ainsi que par les Compagnies de chemin de fer qui ont des services médicaux bien organisés. Dans notre pays qui se trouve si gravement menacé d'une crise de main-d'œuvre du fait du trop petit nombre des naissances, il n'y a pas d'économies de vies humaines qu'on ne doive s'efforcer de réaliser.

Résultat d'une enquête relative aux enfants qui ont été vaccinés par le B. C. G. durant l'année 1926 à la maternité de l'hôpital Boucicaut. — M. ***Le Lorier***. — De son enquête qui a porté sur 459 enfants, l'auteur se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes :

La vaccination préventive par le B. C. G. appliquée indistinctement à tous les enfants, non seulement n'exerce aucune influence défavorable sur le taux général de la mortalité dans les trois premières années, mais paraît bien diminuer cette mortalité.

Il semble bien que la majorité des enfants vaccinés, même vivant dans des milieux sordides, jouisse d'une excellente santé.

THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALISÉE

La thérapeutique de la goutte d'après les données les plus récentes.

Qu'est-ce qui caractérise la goutte ? D'après MM. Rathery et Violle, une sorte d'affinité spéciale et singulière des tissus du goutteux pour l'acide urique, qui fait qu'ils le retiennent à la façon d'une éponge, « l'adsorbent » en quelque sorte, comme le charbon animal le fait des colorants.

Ce fait explique qu'il puisse y avoir goutte sans hyperuricurie, sans même hyperuricémie. Le mal est dans les tissus d'abord, dans le rein ensuite qui, chez le goutteux, est déficient vis-à-vis de l'acide urique : il ne le concentre pas, ne le laisse pas passer, et cette déficience précède de beaucoup son insuffisance uréique.

Ainsi le goutteux, sans même « fabriquer » des doses excessives d'acide urique par apport exogène ou par production endogène, s'en imprègne peu à peu. Arrivé à un certain degré d'imprégnation de ses tissus (hyperuricistie), l'accès aigu éclate et, au point de vue finaliste, cette crise aiguë est utile parce que libératrice.

Les cures thermales ou médicamenteuses (atoquinol), en provoquant la libération tissulaire de l'acide urique, déterminent une sorte de « crise larvée de goutte » (Violle), d'où l'hyperuricémie et l'hyperuricurie concomitantes.

Conclusion thérapeutique : respecter l'accès de goutte, n'administrer le colchique qu'en cas de nécessité absolue ; favoriser l'élimination au maximum par des boissons abondantes, de manière à réduire le travail de concentration du rein ; administrer l'atoquinol à raison de trois cachets de 0gr. 50 par jour : ce médicament, excellent mobilisateur de l'acide urique, favorisera davantage la détersion des tissus et provoquera un drainage plus abondant de l'économie.

Faire un usage de préférence préventif des cures thermales, administrer l'atoquinol à ce titre, comme l'a recommandé le professeur Chauffard, à la dose de 0 gr. 50 par jour pendant dix jours par mois, le matin, avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian.

Cette médication, pendant la période de latence s'opposera à l'imbibition lente des tissus et évitera, dans la plupart des cas, le retour des accès aigus ou le retardera considérablement.

Dr Savigny.



JEMALT WANDER

HUILE DE FOIE DE MORUE AU MALT en PAILLETTES

Sans goût ni consistance huileuse

Toutes les indications de l'huile de foie de morue

Etablissements **WANDER**, à Champigny-s^r-Marne (Seine)

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc...

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

Affections de l' **ESTOMAC**

ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

ARTHRITISME

VALS-SAINT-JEAN

Eau de régime, faiblement minéralisée, légèrement gazeuse.

Bien préciser le nom de la Source pour éviter les substitutions.

Direction Vals-Saint-Jean : 53, B^d Haussmann, PARIS.

COMPRIMÉS DE SANALGINE

LE SPÉCIFIQUE CONTRE LES

MIGRAINES, MAUX DE TÊTE, NÉVRALGIES, FIÈVRES

NOMBREUSES ATTESTATIONS DE MÉDECINS ET DENTISTES

EFFET TRÈS PROMPT ET SANS AUCUN INCONVÉNIENT

LE TUBE DE 10 COMPRIMÉS 4 FR. 40 (IMPÔT COMPRIS), DANS TOUTES LES PHARMACIES

EMBALLAGE À PRIX TRÈS RÉDUIT POUR CLINIQUES, HÔPITAUX ET MÉDECINS DE CAMPAGNE — ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE ADRESSÉE AU

LABORATOIRE SANAL, St LOUIS (H^t Rhin)

LEUCOTHÉRAPIE INTENSIVE

Oxydant par le Vanadium

VANUCLÉOL

Leucosthénique par les Nucléines

NUCLÉOPHOSPHATE de VANADIUM STRYCHNARSINÉ

1° AMPOULES — 2° GOUTTES

Indications : **ÉTATS ASTHENIQUES, SURMENAGE, CONVALESCENCES, ANEMIE, PRÉTUBERCULOSES**

Littérature et Echantillon sur demande : LABORATOIRE LACROIX, 37, Rue Pajol, PARIS (18e)

GLANURES

Freud chez Charcot. Le Professeur Freud vient de publier une autobiographie (1), qui sera utile pour comprendre l'origine des théories du Maître viennois. Voici le passage où il raconte le stage qu'il fit à Paris dans le service de Charcot :

« Au printemps de 1885, je fus reçu dozent de neuropathologie sur la base de mes travaux histologiques et cliniques. Bientôt après, grâce à la chaude recommandation de Brücke, un subside assez élevé me fut alloué pour un voyage. C'est l'automne de cette année là que je partis pour Paris.

J'entrai comme élève à la Salpêtrière, mais j'y fus, au début, perdu parmi tous les élèves accourus de l'étranger, donc peu considéré. Un jour j'entendis Charcot regretter que le traducteur allemand de ses leçons n'eût plus donné signe de vie depuis la guerre. Il aimerait que quelqu'un entreprit la traduction de ses » Nouvelles Leçons ». Je lui écrivis pour m'offrir à lui, je me souviens même que la lettre contenait ce tour de phrase : je n'étais affecté que de l'aphasie motrice, mais non pas de l'aphasie sensorielle du français. Charcot m'agréa, m'introduisit dans son intimité et depuis lors j'eus ma part à tout ce qui avait lieu à la clinique.

A l'heure où j'écris ceci, je reçois de France d'innombrables articles et coupures de journaux témoignant d'une lutte violente contre l'acceptation de la psychanalyse et présentant mes rapports avec l'école française sous les couleurs les plus fausses. Je lis par exemple que j'utilisai mon séjour à Paris pour me familiariser avec les doctrines de P. Janet, puis que je pris la fuite avec mon larcin. C'est pourquoi je veux mentionner expressément que le nom de Janet. pendant mon séjour à la Salpêtrière, ne fut même pas prononcé.

De tout ce que je vis chez Charcot, ce qui me fit le plus d'impression, ce furent ses dernières recherches, poursuivies en partie encore sous mes yeux. Ainsi la constatation de la réalité et de la légalité des phénomènes hystériques (*Introite et hic dii sunt* !), la présence fréquente de l'hystérie chez l'homme, la production « de paralysies et contractures hystériques de par la suggestion hypnotique, et ceci que ses productions artificielles présentassent jusque dans le détail les mêmes caractères que les spontanées, que les cas fortuits souvent dus à un traumatisme. Bien des démonstrations de Charcot avaient chez moi, comme chez d'autres élèves étrangers, éveillé d'abord de l'étonnement et une tendance à la contradiction — manière de sentir que nous tentions d'appuyer en faisant appel à l'une ou l'autre des théories alors en vogue. Charcot répondait toujours à nos objections avec affabilité et patience, mais aussi avec beaucoup de décision ; dans l'une de ces discussions il laissa tomber ces mots : *Ça n'empêche pas d'exister*, paroles qui devaient s'imprimer en moi de façon inoubliable.

On sait que tout ce que Charcot nous enseignait alors ne s'est pas maintenu. Une partie en est devenue incertaine, une autre n'a évidemment pas subi l'épreuve du temps, mais il est demeuré assez de cette œuvre pour pouvoir constituer un patrimoine durable de la science. Avant que je ne quittasse Paris, je concertai avec le maître le plan d'un travail ayant pour but la comparaison entre les paralysies hystériques et les organiques. Je voulais y démontrer la thèse que, dans l'hystérie, les paralysies et anesthésies des diverses parties du corps sont, délimitées suivant la représentation populaire (nom anatomi-

(1) Freud. — « Ma vie et la Psychanalyse », suivi de » Psychanalyse et Médecine », 1 vol, Librairie Gallimard, 3, rue de Grenelle.

que), que s'en font les hommes. Il était d'accord avec moi mais on pouvait aisément voir qu'au fond il n'avait aucune prédilection pour une étude psychologique approfondie de la névrose. Il était donc venu de l'anatomie pathologique ».

Napoléon intime. La *Revue des Deux Mondes* a publié les « Souvenirs » de Caulaincourt, duc de Vicence : « En traineau avec l'Empereur ». Depuis longtemps, on n'avait pas publié sur Napoléon des Mémoires aussi passionnants. La figure de l'Empereur y apparaît sous un jour tout nouveau. Grâce à eux, sa psychologie s'éclaire, se précise.

Surtout Caulaincourt nous fait pénétrer dans l'intimité de Napoléon : on voit ses gestes, on écoute sa parole, on le suit dans sa vie quotidienne. *Sur la façon dont l'Empereur dormait et prenait ses repas, il nous donne ces curieux détails* :

« L'Empereur avait besoin de beaucoup de sommeil, mais il dormait quand il voulait et dans le jour comme dans la nuit. La veille d'une bataille n'a jamais troublé son repos et, même pendant l'affaire, quand il jugeait qu'elle ne pouvait se décider que dans une ou deux heures, il se couchait à terre sur sa peau d'ours, et dormait profondément jusqu'à ce qu'on le réveillât. J'en ai encore été témoin à la bataille de Bautzen, entre onze heures et demie et une heure. Après avoir reconnu toute la position, il dit :

— « Il faut laisser marcher l'affaire, Je ne puis porter les grands coups que dans deux heures. »

» Et il dormit plus d'une heure. A la guerre, on le réveillait pour tout. Le prince de Neuchâtel, qui recevait les rapports et qui connaissait ses intentions, ne le ménageait pas. L'Empereur se levait toujours à onze heures du soir, ou, au plus tard, à minuit, heure à laquelle arrivaient les premiers rapports des corps d'armée. Il travaillait deux à trois heures, souvent même plus, pour confronter les rapports, examiner les mouvements sur des cartes et donner ses ordres...

« L'Empereur mangeait vite et avalait avec une telle vivacité qu'on pouvait croire qu'il mâchait peu ou pas du tout. On a débité beaucoup de contes sur sa manière de vivre. La vérité est qu'il ne faisait que deux repas. Il préférait à tout le bœuf et le mouton, les fèves, les lentilles ou les pommes de terre, le plus souvent en salade. Il était rare qu'il bût sa bouteille de vin dans sa journée. Il préférait le Chambertin. Après son déjeuner et son dîner, il prenait une tasse de café à l'eau. Toute sa recherche était là. Il l'aimait assez fort : depuis sa campagne d'Egypte, il préférait le moka. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Fables pour les petits, par Charles Richet : illustration de Marius Chambon ; in-8, relié toile : 25 fr. (Peyronnet).

Apologie de la Biologie, par le Pr Ch. Richet. 1 vol. in-16, 100 p. : 10 fr. Collection des Apologies (Doin).

Causes et traitements des rhumatismes chroniques, par R. J. Weissenbach et F. Françon, in-16, 368 p. : 32 fr. Collection des Actualités de médecine pratique (Doin).

L'Ologenèse humaine (ologenisme) par le Dr Georges Montandon ; in-8, 500 p. : 125 fr. (Alcan).

PARAITRONT PROCHAINEMENT :

Pauvre et aventureuse bourgeoisie. Roulin et ses amis. 1796-1874, par Marguerite Combes ; tirage à 1350 exemp. in-8, 30 fr. (Peyronnet).

Dans mille ans, par Charles Richet ; illustrations de Louis Cabanès ; à 250 ex. (Peyronnet).

Les médecins malgré nous, par G. de la Fouchardière, in-12 : 12 fr. (Éditions Montaigne).

Les Paradis artificiels, par le Dr L. Lewin ; trad. par le Dr F. Gidon, in-8, de la Bibliothèque scientifique : 25 fr. (Payot).



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

Fondé en 1873. — N° 46 LE NUMÉRO : 50 Centimes 10 NOVEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Ch. P. Paris 357-81- R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnts partent du 1er de chaque mois

France et Colonies..........	40 fr.
Etudiants....................	30 fr.
Belgique.....................	45 fr.
Etranger 1re zone..........	70 fr.
Etranger 2e zone...........	90 fr.

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine (suite).* — Séance du 29 octobre. — Questions données : signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. — Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. MM. Bourgeois 16, Patey 17, Draillard 16, Patte (André) 22, Eck 20, Linasset, 20, Mlle Girardeau 14, Koang 27, Dreyfus (André) 14, Stérin 23.

Séance du 30 octobre. — Questions données : Phlegmatia alba dolens (signes et diagnostic). — Perforations de l'ulcère de l'estomac (signes, diagnostic et traitement). MM. Lapiné 25, Graffin 25, Klotz 10, Mlle Develay 19, MM. Douvry 13, Victor 11, Cuvillier 20, Bousser 19, Friedmann 14, Contiades 25.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. (Admissibilité). — Résultat des épreuves : Epreuve écrite : MM. Cabrol, 24, Dechaume 24, Dufieux 18 et Fribourg 28.

Consultation écrite générale : MM. Cabrol 19, Dechaune 20, Dufieux 17, Fribourg 20. — Consultation écrite dentaire, MM. Cabrol 19, Dechaume 20, Dufieux 12, Fribourg 14, soit au total : MM. Cabrol 62, Dechaume 63, Dufieux 47 et Fribourg 52.

A la suite de ce concours sont déclarés admissibles MM. Dechaume, Cabrol et Fribourg.

Concours de nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Composition du jury : MM. les Drs Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Morax, Coutela, Herscher et Cadenat.

Concours d'assistant d'électro- radiologie.— Composition du jury : MM. les Drs Guibert, Solomon, Lobligeois, Garnier et Chifoliau.

12 candidats : MM. Séligman, Pierron, Bühler, Marchal, Hickel, Camuset, Dubost, Paguet, Goubert, Nebout, Bouland et Mme Baude.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 6 novembre. — M. Jouve. Etude du pH gastrique. — M. Rosner. Etude statistique de malariathérapie. — M. Minaud. La morphine en gouttes. — M. Blineau. De l'emploi du Patter-Bucky dans l'examen de l'orbite.

7 novembre. — M. Milleret. De l'invagination intestinale aiguë de l'adulte. — Mme Chevrel. Recherches sur l'étiologie du mycosis. — M. Pollak. Edgar Poë (un génie toxicomane) — M. Goubert. — Etude radiologique des sténoses de l'intestin grêle.

8 novembre. — (Thèses vétérinaires). — M. Amiel. Dermodecie et hypodermose des petits ruminants. — M. Dieulouard. L'habrouéniose des équidés au Brésil. — M. Godard. De la strongylose gastro intestinale du mouton. — M. Lecarpentier. La strongylose broncho-pulmonaire des bovidés.— M. Moutaux. Recherches sur la glycémie.

9 novembre. (Thèses vétérinaires). M. Lahogue. Etude sur le traitement de la hernie ombilicale des poulains.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — *Prochaines leçons inaugurales.* — Le 8 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Gougerot fera sa leçon d'ouverture.

Le 12 novembre dans la matinée à l'hôpital Laënnec, M. le professeur Léon Bernard inaugurera son cours de clinique de la tuberculose.

Le 13 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, M. le professeur Tanon fera la leçon d'ouverture.

Le 19 novembre à 6 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le professeur Lereboullet fera sa leçon d'ouverture.

Faculté de médecine de Paris. — Concours du clinicat. — Sont proposés.

Clinicat médical, thérapeutique, propédeutique, tuberculose. — MM. Coffin, Thomas, Garcin (Cochin : MM. Widal) ; Bariéty (Beaujon : M. Achard) ; Destouches (Saint-Antoine : M. Bezançon); Rachet, Lambling (Hôtel-Dieu : M. Carnot) ; Mayer, Pellissier, Triboulet, Lamy, Julien-Marie (Laennec : M. Léon Bernard) ; Benda (Charité : M. Sergent).

Clinicat chirurgical et thérapeutique chirurgicale. — Clinicat chirurgical : MM. de Vadder (Cochin : M. Delbet) ; Delagenière (Hôtel-Dieu : M. Hartmann) ; Chabrut (Saint-Antoine : M. Lejars) : thérapeutique chirurgicale : MM. Ménégaux, Arviset (Vaugirard : M. Duval).

Oto-rhino-laryngologie. — MM. Mélik-Parsadaniantz et Bureau (Lariboisière : M. Sébileau).

Chirurgical infantile. — M. Fèvre (Enfants-Malades, M. Ombrédanne).

Urologie. — M. Dossot (Necker : M. Legueu).

Obstétrique. — M. Suzor. Mlle Bach ; adjointe : Mlle Bardy.

Gynécologie. — MM. Laquerrière, Duval.

Ophtalmologie. — MM. Favory et Blum (Hôtel-Dieu : M. Terrien).

Maladies nerveuses. — MM. Christophe et Schmite (Salpêtrière : M. Guillain)

Maladies mentales. — Mlle Sérin, MM, Morlaas, Mâle et Schiff (Saint-Anne : M. Claude).

Maladies cutanees et syphilitiques. — MM. Barthélemy, Meyer et Périn (Saint-Louis : M. Gougerot).

Maladies de la première enfance. — MM. Lelong et Brizard (Enfants-Assistés : M. Lereboullet).

Clinicat médical infantile. — M. René Martin, adjoint (Enfants-Malades : M. Nobécourt).

Maladies infectieuses. — MM. Marceron, Chavany, Le Clerc, Georges (Claude-Bernard : M. Teissier).

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — Le professeur F. Rathery commencera son cours le mardi 13 novembre à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Les glandes à sécrétions internes et leurs rapports avec la physiologie normale et pathologique. — Alimentation ; Besoins caloriques ; Métabolisme basal ; Inanition ; Besoins azotés et minéraux ; Vitamines et Avitaminoses.

MM. les professeurs L. Panisset et V. Robin, de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, feront alternativement une série de conférences de pathologie comparée le samedi, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre ; ils commenceront ces conférences le samedi 17 novembre.

Objet des conférences. — M. L. Panisset : Rage ; Tuberculoses

animales ; Charbon ; Morve ; Rouget ; Fièvre aphteuse ; Fièvre typhoïde du cheval : Anémies infectieuses ; Dourine ; Spirochètes et spirochétoses animales. — M. V. Robin : Quelques particularités de la pathologie de l'appareil digestif et du système nerveux chez les animaux domestiques : Le cancer chez les animaux ; Les brucelloses humaine et animale ; La vaccine.

Des démonstrations pratiques (douze séances par chaque série) seront faites les mercredis et les vendredis à quatorze heures, au grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique, par M. Léon Binet, agrégé, chef de travaux.

Programme. — Les groupes sanguins ; les anti-coagulants ; Etude expérimentale des hémorragies ; La transfusion sanguine ; Les sérums artificiels ; Etude du cœur isolé : La pression artérielle : sa mesure ; ses variations ; Données de physiologie normale et pathologique sur la respiration ; L'asphyxie ; Les embolies pulmonaires ; Les gaz asphyxiants ; Problèmes expérimentaux touchant le tube digestif : (fistules, occlusion intestinale), le foie (ictère expérimental), le pancréas (pancréatite hémorragique) ; Syndromes neurologiques expérimentaux ; Les poisons nerveux ; L'anaphylaxie.

Une visite scientifique sera faite à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés des fonctions de chef des travaux de chimie et de pharmacie, M. Labat ; d'anatomie pathologique, M. Muratet ; de parasitologie et zoologie, M. Sigalas ; de bactériologie, M. Aubertin ; de botanique et matière médicale, M. Fourment ; de physiologie, M. Soullé ; de chimie, M. de Coquet ; de pharmacologie, M. Lauret.

Faculté de Lille. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de physiologie, M. Bédart ; de bactériologie, M. Doumer ; de médecine opératoire, M. Maurice Gérard ; de pharmacie, M. Morvillez ; d'anatomie, M. Cordier ; de médecine légale, M. Bertin ; de chimie minérale, M. Louis ; de chimie organique, M. Lespagnol ; d'anatomie pathologique, M. Clénet ; d'histologie, M. Morel.

Faculté de Lyon. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de chimie minérale, M. Barral ; de chimie organique, M. Florence ; d'anatomie pathologique, M. J.-F. Martin ; de chirurgie opératoire, M. Bonnet ; de médecine légale, M. Mazel ; de botanique, M. Manceau ; de physique biologique, M. Chanoz ; de pharmacologie et thérapeutique, M. Imbert ; de pharmacie, M. Fouillouze ; de parasitologie, M. Massia ; de médecine expérimentale et de bactériologie, M. Thévenot ; de physiologie, Mme Vincent.

Faculté de Montpellier. — Sont nommés pour 1928-1929 chefs de laboratoire des cliniques ci-après : MM. les docteurs Granel, histologie ; Guibert, anatomie pathologique ; Parès, radiologie ; Puech, chimie ; Richaud et Mlle Giraud, bactériologie ; MM. Lang, chimie ; Imbert, physique médicale.

Sont nommés pour 1928-1929 chefs des travaux : MM. Bosc, anatomie pathologique ; Cristol, chimie biologique.

Sont nommés, pour 1928-1929, des fonctions de chefs de travaux les agrégés dont les noms suivent : MM. Carrieu, hygiène ; Cabannes, histoire naturelle ; Turchini, histologie ; Louis Hédon, physiologie ; Lamarque, physique médicale ; Coll de Carrera, obstétrique ; M. Carrère est maintenu pour 1928-1929, dans l'emploi de chef de travaux de microbiologie (emploi d'Etat).

Un monument à Pasteur a été inauguré en Amérique. — De grandes cérémonies se sont déroulées à l'occasion de l'inauguration sur les bords du lac Michigan d'un monument à Pasteur, dû au sculpteur français Hermant qui réside à Chicago.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Crise du Logement et de l'Hygiène
Le nouveau programme législatif
(Loi du 13 juillet 1928 ; loi Loucheur).

Par F. ROUSSEL,

Des Services Municipaux d'Hygiène et d'Assistance Sociales de Vitry-sur-Seine.

Il n'est pas nécessaire d'être grand sociologue, ni médecin avisé, pour reconnaître que, dans bien des cas, la maladie évitable et la mort prématurée doivent être combattues surtout par l'assainissement du logement. Pour cette raison, toute loi, que l'on soit entièrement d'accord avec elle ou non, mérite de retenir l'attention. N'oublions pas, en effet, que, dans tous les pays du monde et plus particulièrement dans ceux belligérants de 1914 à 1918, la question du logement est à l'ordre du jour. Tout s'y trouve engagé : nuptialité, natalité, morbidité, etc... Elle retient l'attention de tout le monde : producteur qui cherche à se loger à proximité de son lieu de travail, industriel qui veut la main-d'œuvre, également à proximité du lieu de production, médecin qui lutte contre les maladies sociales, urbaniste qui veut un développement rationnel de la Cité, pouvoirs publics qui doivent se préoccuper d'apporter un remède au mal dénoncé et tant d'autres encore.

La France paraît plus particulièrement touchée par la crise du logement. Elle l'est d'autant plus que la guerre a, chez elle, dévasté plusieurs départements. L'effort qu'il était nécessaire d'accomplir pour retrouver l'équilibre entre l'offre et la demande n'a pas été, jusqu'à ce jour, réalisé.

D'après les estimations dignes de foi, on construisait, avant la guerre, environ 100.000 logements par an. La loi prévoit seulement la construction de 50.000 logements par an pendant cinq années. La loi du 5 décembre 1922, n'a pas permis de construire depuis la guerre, plus de 40.000 logements, par suite du manque de crédits suffisants. D'autre part, la situation désastreuse de la ville de Paris et de la région parisienne nécessiterait un effort tel que le programme de réalisation prévu pour l'ensemble du pays, serait juste suffisant pour satisfaire les besoins de cette seule région.

En effet, dans un récent mémoire du mois de juin 1928, l'Administration préfectorale du département de la Seine arrivait, rien que pour Paris, à la conclusion suivante : nécessité de créer, au minimum, 136.909 logements de 4 pièces et ceci, simplement pour donner à une population « surpeuplée » un logement « à peine suffisant ».

D'autre part, des chiffres communiqués au Sénat lors de la discussion de la loi indiquent -- toujours en s'appuyant sur les rapports présentés par l'Administration préfectorale du département de la Seine — qu'il manquait : 15.784 logements de 5 pièces et plus, 54.729 logements de 4 pièces et 176.990 logements de 3 pièces, soit au total : 247.503 logements rien que pour le département de la Seine. Ces derniers chiffres sont fournis à la suite du recensement de 1921, chiffres que nous pouvons croire inférieurs à ceux que l'on aurait obtenus après le recensement de 1926.

Le langage des chiffres a donc été, depuis la guerre, assez éloquent pour inciter à une action législative systématique ; on connaît les tentatives qui ne donnèrent pas toute la satisfaction voulue, et on se demande si la nouvelle loi (13 juillet 1928) est en mesure d'apporter la solution du problème tant discuté.

Jusqu'à présent, en France, les textes législatifs se sont contentés de limiter certains droits, de taxer les loyers, d'apporter des prorogations à certaines locations, mais aucune action directe pour remédier à la crise du logement n'avait été entreprise. L'intervention des Pouvoirs publics en la matière ne s'était manifestée qu'en des encouragements, par des prêts à taux réduit, que nous trouvons dans une série de lois qui s'échelonnent de 1894 à 1922, pour aboutir à la grande loi du 5 décembre 1922 « portant codification des lois sur les habitations à bon marché et la petite propriété ».

La récente loi de juillet 1928 « Loi Loucheur » accentue l'intervention de l'Etat en prenant comme base la loi du 5 décembre 1922, laquelle permettait à certains organismes qu'elle prévoyait : Offices d'habitations à bon marché, Sociétés coopératives d'habitations à bon marché, etc... de construire, et permettait à des sociétés de crédit immobilier de procéder à des avances à petits intérêts pour édifier des maisons salubres et à bon marché.

Quand nous examinons son texte, nous trouvons d'abord un *programme* qui, s'il est insuffisant pour remédier complètement à la crise dénoncée, n'envisage pas moins :

1° La *construction* et l'*aménagement d'immeubles salubres*, d'*assainissement* et de *réparations* de maisons existantes dans les conditions prévues par la législation sur les habitations à bon marché (1).

2° Des constructions d'habitations à loyers moyens à réaliser pendant les années 1928, 1929, 1930, 1931, 1932 et 1933.

Habitations à bon marché et maisons individuelles.

Le programme fixé comporte la construction de 200.000 logements ou maisons individuelles. Sans doute, les Ministres du Travail et des Finances auront un pouvoir assez grand pour déterminer, chaque année, en conformité des crédits ouverts par la loi de finances, la tranche annuelle à réaliser, mais nous remarquons une réduction à 2 % du taux de prêt consenti par la Caisse des Dépôts et Consignations, et nous constatons également une augmentation de crédits, dans des proportions assez importantes, tant comme avances aux Offices publics qu'aux Sociétés de crédit immobilier. Pour les années 1930, 1931, 1932, 1933, une progression de crédits est même envisagée.

Si ces avances ne sont pas suffisantes, des ressources destinées à les compléter peuvent être trouvées par la possibilité pour les départements et les communes, et plus généralement pour tous les organismes de construction prévus par la loi de 1922, d'émettre des emprunts avec la permission des Ministres du Travail et des Finances.

Dans ce cas, l'Etat prendra à sa charge la différence entre 2 % et le taux réel des emprunts, ce qui permettra, dans l'ensemble, d'obtenir pour les organismes emprunteurs, des prêts au taux relativement bas de 2 %.

L'apport des particuliers.

Sous l'empire de la loi du 5 décembre 1922, il était indispensable, aux particuliers, de faire un apport du cinquième du prix du terrain ou de la maison (2). La loi de 1928 apporte une innovation d'une importance capitale : elle supprime, pour certaines catégories de personnes, la nécessité de cet apport. Par exemple en sont dispensés : les mutilés de guerre et les mutilés du travail dont le taux d'invalidité est d'au moins 50 %, pour les familles ayant au moins deux enfants de moins de 18 ans ou Pupilles de la Nation à leur charge. Il en est de même pour les veuves de guerre, mères de famille non remariées, ainsi que pour les particuliers qui, lors de la conclusion du prêt, auront deux enfants de moins de 18 ans ou pupilles de la Nation à leur charge. Si, à cette époque, ils n'ont qu'un enfant de moins de 18 ans ou pupille de la Nation à leur charge, ils n'auront à effectuer qu'un apport de 2.000 fr.;

---

(1) Légalement, on dit d'une maison qu'elle est « *à bon marché* » si elle est destinée à « *des personnes peu fortunées* », si elle est en même temps « *salubre* » et si sa « *valeur locative ne dépasse pas un maximum* » déterminé par la loi.

(2) Les articles 22 et 45 de la loi du 5 décembre 1922 exigeaient, en outre de l'apport du cinquième de la valeur du terrain ou de la maison, que l'emprunteur passe avec la Caisse nationale d'assurance en cas de décès un contrat à prime unique garantissant le payement des annuités qui resteraient à échoir au moment de sa mort, le montant de cette prime pouvant être incorporé au prêt hypothécaire.

Lorsque l'emprunteur n'aura pas été admis à contracter l'assurance, celle-ci pourra être souscrite par son conjoint ou par un tiers, s'ils s'engagent solidairement au remboursement du prêt, et elle garantira, en cas de décès de ce conjoint ou de ce tiers, le payement des annuités restant à échoir à cette époque.

Cette disposition reste entière pour l'application de la «Loi Loucheur».

s'ils n'ont aucun enfant de moins de 18 ans ou pupille de la Nation à leur charge, l'apport sera porté à 4.000 fr.

La loi ne prévoit pas seulement le cas des mutilés de plus de 50 %. Pour les pensionnés, toujours en vertu de la loi de pensions du 31 mars 1919, ou invalides du travail, ayant les uns et les autres une invalidité de 25 à 49 %, les apports que nous venons d'énumérer sont réduits de moitié. Puis, pour le cas où il s'agit d'un « artisan qui désire faire construire une maison ou un logement dans une commune rurale, avec un petit atelier annexe à l'immeuble, pour l'exercice de sa profession dans la commune », l'apport sera réduit à 2.000 fr. Le surplus des sommes indispensables, soit à l'*acquisition*, soit à la *construction* de l'habitation, sera avancé aux bénéficiaires par les organismes (1) visés au titre 2 et au titre 3 de la loi du 5 décembre 1922, c'est-à-dire : Sociétés d'habitations à bon marché, Offices publics d'habitations à bon marché, Sociétés de crédit immobilier, mais une déduction sera faite, correspondante à la subvention qui, en certains cas, sera accordée en exécution du dernier texte législatif.

Subventions de l'Etat.

Jusqu'à présent, les constructions à la disposition des familles nombreuses pouvaient bénéficier d'une subvention d'environ 33 %, chaque fois que ces maisons étaient destinées à des familles ayant un certain nombre d'enfants. Dans la loi actuelle — et c'est ici une des princcipales réformes — des subventions pourront être accordées en plus de celles prévues ci-dessus aux particuliers construisant, pour les occuper avec leur famille, des habitations à bon marché, ainsi qu'aux Offices ou Sociétés d'habitations à bon marché, ou encore aux organismes construisant des maisons individuelles avec des logements, destinés à être vendus ou attribués dans un délai maximum de deux ans à dater de la décision ministérielle accordant la subvention, à des personnes « peu fortunées et notamment à des travailleurs vivant principalement de leur salaire ». Cette désignation doit être interprétée dans un sens assez libéral ; son imprécision englobe toutes les personnes de situation modeste. D'ailleurs, une circulaire du ministère des Finances en date du 10 avril 1907 cite comme « bénéficiaires » les *ouvriers*, *artisans*, *cultivateurs*, *employés* et MÊME PETITS RENTIERS. En outre, l'article 51 de la loi du 5 décembre 1922 désignait, d'une façon expresse, certaines personnes susceptibles de bénéficier d'un prêt pour construire une maison à bon marché ou un bâtiment agricole avec un petit atelier ; ce sont, « outre les salariés, cultivateurs, artisans » que nous venons d'énumérer, les « fermiers, métayers, petits patrons travaillant habituellement seuls ou avec un seul ouvrier et avec des membres de sa famille, salariés ou non, habitant avec lui ». Il paraît évident que ces textes ne sont pas limitatifs, mais simplement indicatifs.

Revenant à la question des subventions attribuées par la loi récente, nous pouvons les résumer comme suit :

a) 5.000 fr. pour un pensionné ou invalide du travail ayant l'un et l'autre un taux égal ou supérieur à 60 % ;

b) 5.000 fr. pour une famille comprenant 3 enfants de moins de 18 ans ou pupilles de la Nation.

Cette somme sera augmentée de fr. 2.500 pour chaque invalidité supplémentaire de 10 % au-dessus de 60 % ou pour chaque enfant de moins de 18 ans ou pupille de la Nation en sus de 3. Toutefois, il ne pourra, dans aucun cas dépasser le maximum de 15.000 fr., sans qu'il puisse être fait état à la fois de l'invalidité et du nombre d'enfants pour le calcul de ces subventions.

Ces subventions ne seront accordées que si les maisons sont affectées au logement des bénéficiaires, invalides ou pensionnés de 60 % au minimum ou familles de 3 enfants au minimum.

Priorité pour prêts et subventions

Par décret du 20 octobre 1928, un ordre de priorité a été établi pour les intéressés devant recevoir des prêts ou subventions de l'Etat. Cet ordre, établi par échelonnement, tient compte de la situation personnelle, de la façon suivante :

a) Les bénéficiaires des divers échelons de subventions seront classés dans un ordre décroissant en partant de l'échelon le plus élevé ;

b) Ensuite, pour les particuliers bénéficiant de prêts, l'ordre de préférence résultera de la dispense d'apport personnel.

Dans chacun de ces échelons un ordre de priorité s'établira comme suit :

1° Chefs de famille, pensionnés de la loi du 31 mars 1919, anciens combattants ;

2° Chefs de famille, anciens combattants ;

3° Pensionnés de la loi du 31 mars 1919, anciens combattants

4° Invalides du travail, anciens combattants ;

5° Chefs de famille, invalides du travail ou pensionnés de la loi du 31 mars 1919, non anciens combattants ;

6° Chefs de famille ;

7° Invalides du travail ou pensionnés de la loi du 31 mars 1919, non anciens combattants.

Les veuves de guerre mères de famille, non remariées, sont assimilées aux anciens combattants.

Le classement outre les pensionnés de la loi du 31 mars 1919 et les invalides du travail, lorsqu'ils viennent en concours, sera fait d'après le taux d'invalidité.

Locations-ventes et exemptions fiscales.

Pour ce chapitre une innovation à signaler. Nous pensons à la possibilité pour les Offices publics et les Sociétés d'habitasions à bon marché, de revendre les maisons construites avec la subvention de l'Etat. C'est là un moyen permettant de dégager plus rapidement les capitaux. Les Offices publics d'habitations à bon marché sont même autorisés à procéder à des *locations-ventes*. Il est à peine utile d'ajouter que ces habitations construites ou acquises par les bénéficiaires de subventions ne pourront, pendant 25 ans, être cédées qu'à des personnes remplissant les conditions exigées pour obtenir les subventions et seulement après acceptation du cessionnaire par le Comité de patronage des habitations à bon marché et de prévoyance sociale. Pour le cas où il y aurait une fraude à cette disposition, la sanction serait un recouvrement par toutes les voies de droit de la subvention ou de la partie de subvention qui se serait trouvée indûment employée ou utilisée.

Puis, d'autres encouragements sont prévus. C'est, par exemple, l'exemption de la contribution foncière, ainsi que des taxes perçues pour les départements et les communes, pendant une durée de 15 annéees, pour les maisons terminées avant le 1er janvier 1935 ; mais ces constructions étant seulement destinées aux bénéficiaires désignés par la loi.

Pour terminer avec les logements à bon marché, nous indiquons que certaines restrictions sont apportées quant aux locations partielles ou totales des maisons individuelles ou des logements à bon marché construits à l'aide de la subvention de l'Etat. Pendant une période de 10 ans, la location de ces immeubles est interdite, mais dans des cas tout à fait exceptionnels qui seront examinés par le Comité de patronage des habitations à bon marché et de prévoyance, des dérogations à cette dernière décision pourront être apportées. Toutefois, le prix des locations sera limité et ne pourra être supérieur au maxima, fixés par la loi du 5 décembre 1922 pour les maisons à bon marché et ceci jusqu'à l'amortissement intégral des avances de l'Etat ou des emprunts ayant bénéficié de la contribution de l'Etat. La sanction en cas de fraude consiste en l'obligation de rembourser immédiatement le montant de la subvention accordée

En résumé, pour les habitations à bon marché prévues au programme, l'aide de l'Etat se manifeste :

(1) Par décret du 31 août 1928, le taux des prêts consen-tis par les organismes d'habitations à bon marché à des particuliers ne peut excéder 2,50 %. Toutefois, le Ministre du travail, après avis du Comité de Permanence du Conseil Supérieur des Habitations à bon marché et de la Commission des Prêts, peut autoriser, à titre exceptionnel, les sociétés de crédit immobilier qui ne couvriraient pas leurs frais généraux, à porter ce taux à 2,75 %.

Donc, les taux consentis, en général, aux particuliers, le seront à 2,50 %, et, exceptionnellement, à 2,75 %.

a) Par subventions pour constructions ;

b) Avances à taux réduit ;

c) Participation au Service des emprunts qui seront contractés par les organismes concourant à l'application de la loi.

Logement rural.

On dit que le manque de confort dans les campagnes avait été l'un des facteurs déterminants de l'exode rural. Le législateur de 1928 a pensé qu'il pouvait intervenir utilement en faisant bénéficier les ouvriers agricoles des dispositions nouvelles de la loi et le programme prévoit un droit de priorité, sur le tiers des crédits affectés aux habitations à bon marché, soit à la construction ou à l'acquisition d'immeubles déjà existants, en vue de la reconstitution, soit pour l'*aménagement*, soit pour la *réparation*, soit pour l'*assainissement* des habitations destinées aux « petits propriétaires peu fortunés travaillant seuls ou avec un seul ouvrier, ou avec des membres de leur famille, salariés ou non, habitant avec eux, ainsi qu'aux logements avec atelier pour artisans ».

Afin que toutes les communes puissent bénéficier de ces dispositions, les textes nouveaux envisagent que, pour le cas où il n'y aurait pas d'Office public ou de Sociétés d'habitations à bon marché, ou de Sociétés de crédit immobilier englobant dans leur circonscription l'ensemble des communes d'un même département, il sera obligatoirement constitué, dans les six mois qui suivront la promulgation de la loi, un Office public départemental d'habitations à bon marché.

Ainsi donc, les nouveaux textes ne prévoient pas d'organismes nouveaux, mais ils créent, pour certains départements qui n'auraient pas un des organismes prévus pour l'application des lois sur les habitations à bon marché, l'obligation de constituer un Office départemental, si dans les trois mois qui suivent la promulgation de la présente loi, les organismes dont il s'agit n'ont pas été constitués, soit sur l'initiative privée, soit sur l'intervention des pouvoirs publics.

D'autre part, les Caisses régionales de Crédit pourront jouer le rôle d'un organisme de crédit dans la construction rurale, dans des conditions identiques à celles des Sociétés d crédit immobilier, pour les autres constructions.

Tenant compte du fait que de nombreuses constructions peuvent être réutilisées après réparation, le législateur prévoit des prêts jusqu'à concurrence de 25.000 fr. pour les locaux susceptibles d'être réparés. Pour faciliter, il consentira également pour les réparations des subventions dans les mêmes conditions que nous avons énumérées plus haut, en ayant soin toutefois de réduire le montant de ces subventions dans la proportion existant entre la valeur des réparations effectuées et la valeur totale de l'immeuble en bon état.

Les logements à « loyer moyen ».

Dans une deuxième partie, la loi du 13 juillet 1928 trace les conditions dans lesquelles l'Etat facilitera la construction d'immeubles dits à « loyers moyens ». Jusqu'à ce jour, la catégorie dite « classe moyenne » n'avait pu bénéficier de la loi du 5 décembre 1922 qui se trouvait exclusivement réservée « aux travailleurs peu fortunés vivant principalement de leur salaire ».

La législation nouvelle porte sur un programme total de 60.000 logements dont chaque tranche annuelle de réalisation sera fixée par un décret qui doit intervenir ultérieurement, comme pour les habitations à bon marché. Les loyers moyens pourront bénéficier de l'aide de l'Etat, mais la loi laisse le soin de construire les maisons à « loyers moyens », soit à l'intéressé lui-même, soit à des Sociétés de construction immobilières, soit aux Offices publics d'habitations à bon marché. La construction de ces locaux est encouragée par un abaissement du taux de l'intérêt de l'argent. Afin de trouver l'alimentation en capitaux pour réaliser ce programme, les Sociétés de crédit immobilier auxquelles s'adresseront les particuliers pourront être autorisées à constituer des unions ayant pour objet de réunir, par émissions publiques ou par autre procédé, les capitaux nécessaires. Ces Sociétés de crédit immobilier sont, par suite, autorisées à consentir des prêts hypothécaires aux particuliers en vue de l'acquisition ou de la construction d'immeubles à loyers moyens.

Sous l'empire de la loi du 5 décembre 1922, il était nécessaire de faire l'apport de 20 % du prix de revient de l'immeuble à bon marché. Sous la loi du 13 juillet 1928, pour les locaux à loyers moyens le même apport de 20 % est demandé soit aux particuliers, soit aux collectivités ou organismes constructeurs qui désirent bénéficier de la contribution de l'Etat. En outre, il est obligatoire, pour les particuliers, de passer par l'intermédiaire de l'un des organismes prévus par la loi du 5 décembre 1922, qui sont, comme nous l'avons vu : les Offices publics d'habitations à bon marché, les Sociétés de crédit immobilier, les Sociétés anonymes d'habitations à bon marché ;

Pour les 80 % complémentaires, l'Etat fera, au taux réduit de 4 %, l'avance de la moitié, soit 40 %, sans que la durée du remboursement excède 40 années. Ce remboursement pourra être effectué par anticipation, ou n'être commencé qu'à la vingtième année pour être achevé à la fin de la quarantième suivant celle de la conclusion du prêt. L'Etat aura, dans ce cas, une garantie par une inscription d'hypothèque de premier rang à concurrence de la somme totale du prêt effectué par lui. Pour le cas où le constructeur, évitant de demander à l'Etat, trouverait la somme nécessaire pour couvrir la dépense de 40 % dont il s'agit, il pourra demander une contribution de l'Etat au service de l'intérêt et de l'amortissement. Cette contribution peut atteindre 2 % par an pendant 40 ans au maximum. L'intéressé devra se procurer lui-même les 40 % indispensables pour constituer le surplus de la dépense totale. Mais, innovation à souligner : l'intervention facultative des communes et des départements, lesquels pourront participer au service de l'intérêt et de l'amortissement des fonds en couvrant au maximum 3 % pendant une durée de 20 à 40 ans. Lorsqu'il y aura eu appel aux capitaux par voie d'émission publique, ou autre moyen, l'Etat pourra participer jusqu'à concurrence de 1,25 % aux charges de l'emprunt.

Par un décret récent du 20 octobre 1928, les logements à loyers moyens devront comporter l'eau, le gaz et l'électricité. La surface des pièces habitables ne pourra jamais être inférieure à 9 m2 et la superficie totale du logement entre murs et cloisons devra être d'au moins :

46 mètres carrés pour les logements de 2 pièces avec cuisine et W.C.

58 mètres carrés pour les logements de 3 pièces avec cuisine et W.C.

70 mètres carrés pour les logements de 4 pièces avec cuisine et W.C.

Et ainsi de suite en augmentant de 12 mètres carrés par pièce supplémentaire.

La surface des couloirs et des W.C. ne pourra dépasser 15 p. 100 des superficies ci-dessus indiquées.

Ce n'est pseulement que sur décision du Ministre du Travail, après avis du Comité permanent du Conseil supérieur d'habitations à Bon marché, qu'il pourra être fait restriction à ces prescriptions.

Si nous voulons conclure, nous pouvons indiquer :

a) Nécessité d'un apport de 20 % par le constructeur ;

b) Avance de 40 % par l'Etat au taux de 4 % (l'Etat intervient en couvrant la différence qui existe entre le taux normal des prêts consentis pour lui par la Caisse des Dépôts et Consignations 6 % et le taux auquel il prête, soit une différence de 2 %.

c) Intervention possible de l'Etat par une contribution maximum de 2 % pendant 40 années au plus, portant sur la partie de 40 % que le constructeur aurait pu lui demander, et dans le cas où ledit constructeur s'est procuré lui-même cette tranche de 40 % du capital ;

d) Intervention facultative des communes et des départements pouvant, pendant une période de 20 à 40 ans, participer par des versements annuels s'élevant au maximum à 3 % du paiement des intérêts et de l'amortissement de la partie de 40 % que le constructeur devra se procurer lui-même ;

e) Intervention encore possible de l'Etat dans le cas où les capitaux ont été réunis par émissions publiques ou autres moyens. Il pourra prendre part aux charges annuelles de ces emprunts jusqu'à 1,25 % du capital.

Conditions générales des immeubles.

Les immeubles qui seront édifiés avec le bénéfice de la présente législation seront soumis aux prescriptions de l'article 60 de la loi du 5 décembre 1922, à savoir :

1° Après avoir obtenu le certificat de salubrité délivré par le Comité de patronage des habitations à bon marché, être soumis à des vérifications annuelles sur le maintien des conditions de salubrités :

2° Ne pas depasser les prix maxima visés par la loi de 1922 (voir tableau ci-après) :

et les communes, les logements à loyers moyens devront être terminés avant le 1er janvier 1935.

Dans un autre chapitre, retenons-le, des décisions complémentaires interviennent, comportant des encouragements par exonérations fiscales, autres que celles que nous avons énumérées plus haut. Ainsi, les terrains destinés à l'édification de maisons d'habitations à bon marché bénéficieront d'une réduction de moitié sur les droits de mutation, à condition :

1° Que l'acte d'acquisition soit enregistré avant le 1er juillet 1931 ;

2° Que cet acte contienne la déclaration que le terrain est destiné à la construction d'une maison répondant aux prescriptions de la nouvelle loi ;

3° Que cette construction soit effectuée avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter de la passation de l'acte de vente.

Tableau des valeurs locatives et prix maxima tels qu'ils sont établis par la loi du 14 Juillet 1925, modifiant celle du 5 Décembre 1922.

Nota. — Le premier nombre de chaque colonne représente la valeur locative des logements dans les habitations collectives. Le deuxième (de haut en bas), celle des logements des maisons individuelles, le troisième les prix maxima des maisons individuelles.	Logements comprenant trois pièces habitables ou plus, de 9 mètres superficiels au moins, avec cuisine et water-closets et ayant une superficie totale d'habitation entre les murs et les cloisons d'au moins 45 m²	Logements comprenant deux pièces habitables de 9 mètres superficiels au moins avec cuisine et water-closets et ayant une superficie totale d'habitation entre les murs et cloisons d'au moins 35 m²	Logements comprenant une pièce destinée à l'habitation de 9 mètres superficiels au moins et cuisine et ayant une superficie totale d'habitation entre les murs et cloisons d'au moins 25 m² avec ou sans W. C.	Logements comprenant une chambre isolée de 9 mètres superficiels au moins et ayant une superficie totale d'habitation entre les murs et cloisons d'au moins 15 m² avec ou sans W. C.
	1	2	3	4
1° Immeubles non situés dans la Ville de Paris ou sa banlieue telle qu'elle est définie au 2°	1.092. 1.310. 32.750.	873. 1.047.60 26.190.	655. 786. 19650.	386. 463.20 11.580.
2° Immeubles situés dans la Ville de Paris et banlieue de la Ville de Paris, dans un rayon de 30 kilomètres à compter au point de départ du kilométrage des routes nationales.	1.310. 1.572. 39.300	1.092. 1.310. 32750.	764. 916.80 22.920.	436. 523. 13.080.

Les Chiffres de la colonne 1 seront augmentés d'un cinquième par pièce supplémentaire de 9 mètres superficiels au moins, à la condition que le logement de quatre pièces habitables soit attribué à une famille comprenant au moment de l'entrée en jouissance six personnes au moins, dont 4 enfants ou Pupilles de la Nation âgés de moins de seize ans. Les logements comportant un nombre de pièces supérieur à quatre, ne pourront être attribués qu'aux familles comprenant par pièce supplémentaire un nombre de personnes supérieur de deux au minimum ci-dessus.

<u>Loyers moyens</u> (loi du 13 Juillet 1928).

Valeur locative : 3, 6 fois les maxima ci dessus.

Prix de revient : 1, 75 fois les maxima ci dessus.

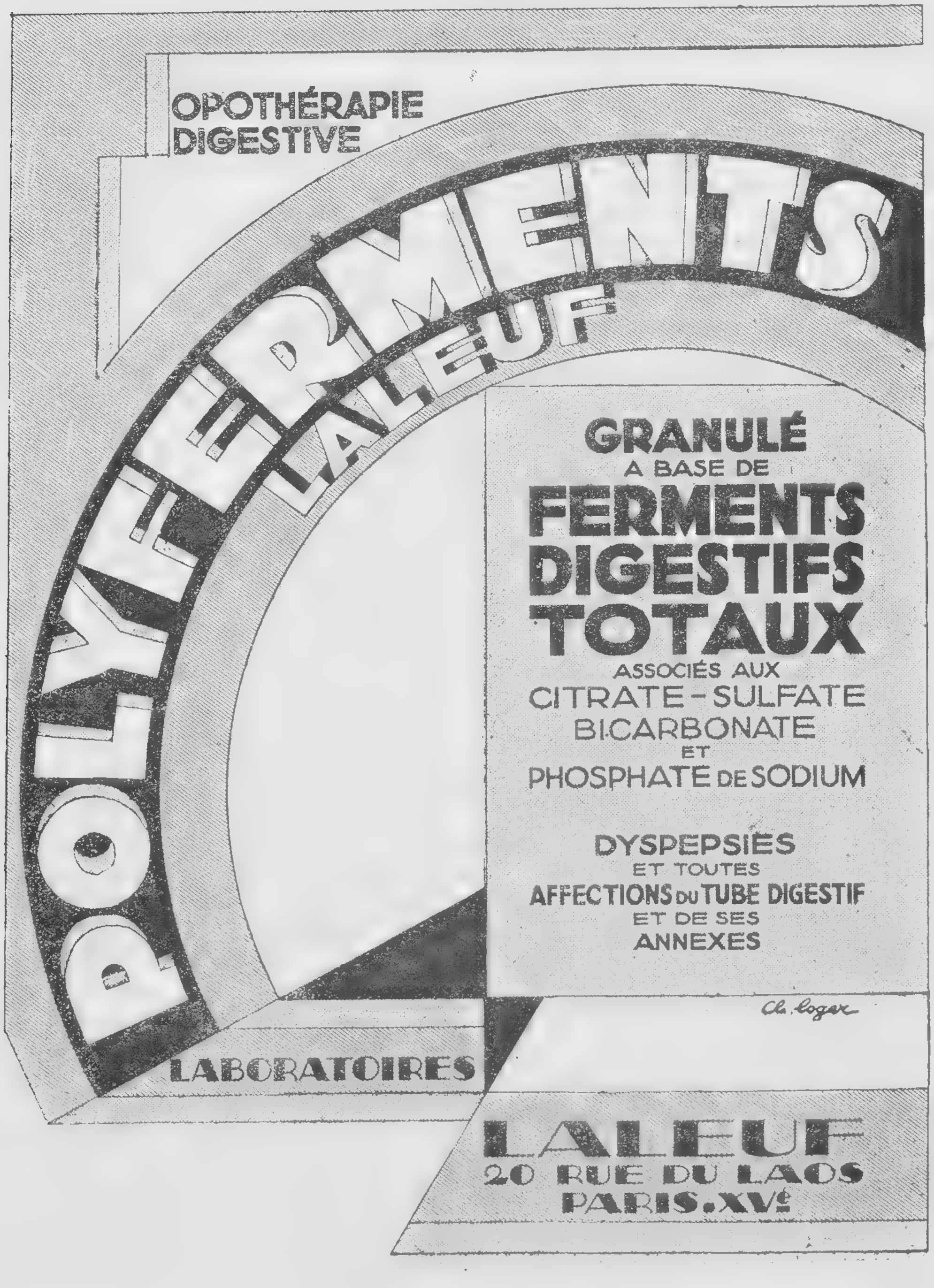
Ces maxima étant augmentés d'un cinquième par pièce supplémentaire de 9 mètres superficiels au moins au-delà de 3 pièces.

Pour les maxima de la valeur locative des logements à loyers moyens ils devront être limités par 3, 6 fois de ceux déterminés pour les habitations à bon marché, et pour les prix de revient, ils ne devront pas dépasser 1,75 fois les maxima fixés pour les mêmes habitations à bon marché.

Les immeubles ne pourront être revendus à d'autres propriétaires qu'après avoir appelé les Offices publics d'habitations à bon marché ou les Sociétés coopératives d'habitations à bon marché à exercer un droit de préemption. Pour bénéficier de l'exemption temporaire (15 années) de la contribution foncière et des taxes spéciales perçues pour le département

L'acquéreur devra, un mois après l'expiration de ce délai de deux ans, présenter un certificat du maire de la commune de la situation du terrain, attestant que l'immeuble remplit les conditions prévues par la loi et qu'en outre, il est complètement terminé et en voie d'être habité. Pour le cas où cette justification ne pourrait être apportée, les parties seraient tenues d'acquitter le complément du droit de mutation et un droit supplémentaire de 2 %.

Pour le surplus des dispositions générales, nous nous contenterons d'indiquer que les Comités de patronage d'habitation à bon marché devront être obligatoirement consultés sur le


OPOTHÉRAPIE
DIGESTIVE
POLYFERMENTS
LALEUF
GRANULÉ
A BASE DE
FERMENTS
DIGESTIFS
TOTAUX
ASSOCIÉS AUX
CITRATE - SULFATE
BICARBONATE
ET
PHOSPHATE DE SODIUM
DYSPEPSIES
ET TOUTES
AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
ET DE SES
ANNEXES
LABORATOIRES
LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS. XVe

projet de règlement d'administration publique fixant les conditions que devront remplir les constructions placées sous le régime de la nouvelle loi. Ces Comités s'assureront, *par un contrôle sur place*, que ces conditions sont remplies complètement. Ce contrôle aura lieu avant la délivrance du certificat de salubrité. Nous remarquerons que, dans les immeubles bénéficiant de crédits ouverts par la présente loi, il est formellement interdit de louer ou sous-louer en meublé sous quelque forme que ce soit. Sage précaution pour éviter une spéculation faite avec des capitaux pris sur l'ensemble de la collectivité. Cette précaution est renforcée par une sanction, fixée par l'article 2 de la loi du 20 juillet 1921.

L'infraction sera poursuivie en vertu du paragraphe 15 de l'article 471 du Code pénal (de 1 franc jusqu'à 5 francs d'amende). Peine minime, en réalité. Mais le juge devra ordonner la réaffectation des lieux dans un délai qu'il impartira et, dans le cas où le propriétaire et l'occupant n'exécuteraient pas cette réaffectation, ils seront traduits, s'il y a lieu, devant le tribunal correctionnel. Ils seront passibles d'une amende de 2.000 à 10.000 francs. Le tribunal, devra, en outre, ordonner l'exécution, aux frais des contrevenants, des travaux de réaffectation.

Une exception est faite pour les cités universitaires, les maisons d'étudiants ou les foyers d'infirmières qui ne poursuivent aucun but de lucre, pour lesquels il n'y a pas lieu d'appliquer l'interdiction de louer ou sous-louer en meublé.

Reprenant, dans le nouveau texte, une disposition de celui du 5 décembre 1922, il est interdit de vendre des boissons alcooliques dans les immeubles construits ou acquis en vertu de la nouvelle loi et il est interdit d'y créer des débits de boissons.

Exécution du programme.

Priorité des constructions.

Prestations en nature et encouragements aux coopératives ouvrières de production.

La question de priorité de construction avait déjà retenu l'attention lors des débats devant le Parlement. Par décret du 20 octobre 1928 l'ordre de priorité a été fixé en tenant compte :

1° De la répartition des crédits et prêts dans la limite des chiffres inscrits dans la loi du 13 juillet 1928 ;

2° De la proirité sur le tiers des crédits affectés aux habitations à bon marché en faveur du logement rural ;

3° De la nature des organismes emprunteurs.

Pour ce chapitre viennent, en premier lieu, les projets présentés par l'Office public d'habitations à bon marché, ensuite ceux présentés par les Sociétés d'habitations à bon marché et autres organismes qui se proposent de construire des maisons ou logements destinés aux mutilés, aux familles nombreuses et aux anciens combattants ; enfin, les projets établis par les Sociétés d'habitations à bon marché et autres organismes.

4° Des besoins locaux en logements. Ces besoins seront signalés dans chaque département par le Comité de patronage des habitations à bon marché, lequel, pour cette appréciation, tiendra compte des indications fournies par les municipalités, en rapprochant les besoins en logements du chiffre de population des communes. Le Préfet donnera son avis sur l'ordre dans lequel devront être examinés les projets présentéspar les Comités et le Conseil supérieur des habitations à bon marché déterminera l'ordre dans lequel sera effectué l'examen des projets pour la France entière.

5° La situation personnelle des occupants interviendra également dans les conditions que nous avons examinées précédemment.

Deux articles, dans la nouvelle loi, indiquent qu'il sera possible, pour la réalisation du programme que nous étudions, d'utiliser les prestations en nature que doit fournir l'Allemagne en exécution du Traité de paix. La valeur de ces prestations sera imputée au compte des avances et des subventions que l'Etat serait appelé à fournir en application de la Loi. En vue de contribuer, dans une certaine mesure, à un abaissement des prix de ces matériaux, à fournir par l'Allemagne, des exonérations totales ou seulement partielles des droits de douane pourront être effectuées. On procèdera par décret. Des mesures de contrôle seront prévues, également par décret, pour s'assurer que les matériaux livrés en vue de leur utilisation pour le programme de construction de la loi du 13 juillet 1928 ne sont pas détournés de leur destination véritable.

En vue d'encourager les sociétés coopératives ouvrières de production des corps de métiers du bâtiment, il sera fait appel obligatoirement à leurs offres. Lorsque les adjudications ou concours comprendront plusieurs lots de même genre de travaux, le quart de ces lots devra être obligatoirement réservé à des sociétés coopératives ouvrières de production si elles les sollicitent et aux prix moyens des différents lots de même nature. Les cahiers des charges traçant les conditions dans lesquelles les travaux devront être exécutés, comprendront une clause stipulant que si l'entrepreneur qui obtiendra le travail est amené à passer des contrats sur la main-d'œuvre des travaux à exécuter, il devra donner la préférence à des Associations ouvrières dans certaines limites, qui seront fixées par le cahier des chargse. Toutefois, les sociétés coopératives ouvrières qui envisageront d'utiliser des dispositions ne pourront le faire que si elles figurent sur une liste dressée par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Nous voyons que c'est là un encouragement tout à fait raisonnable. Mais nous avons des craintes : il ne faudrait pas que, sous le couvert des Sociétés coopératives, on puisse redonner, sous une forme déguisée, un développement à ce que l'on appelle le « tâcheronnat ». Celui-ci a toujours provoqué une hostilité de la part des ouvriers du bâtiment, hostilité qui se justifie pleinement par suite de l'influence du tâcheronnat sur l'avilissement des salaires ouvriers. Nous pensons que c'est un point sur lequel le maximum de contrôle doit être demandé.

Il est à retenir que cette loi trouvera son application, non seulement en France, mais également en Algérie et chaque année un rapport sera présenté aux Chambres par le Ministre du Travail et de l'Hygiène sur l'exécution de la loi.

D'autres décrets devront intervenir ultérieurement, après avis du Comité permanent du Conseil supérieur des habitations à bon marché, pour fixer les conditions de détail d'application des dispositions que nous venons d'étudier.

***

Voici, exposés dans les grandes lignes, les caractères généraux de la nouvelle loi. Son examen rapide par les Chambres n'a pas permis une discussion très approfondie de toutes les dispositions. Toutefois, quelques observations judicieuses ont été apportées, tant à la Chambre des députés qu'au Sénat. Nous tenons à signaler surtout, en regrettant qu'on en ait pas tenu compte, plusieurs interventions tendant à lier dans le texte de la loi du 13 juillet 1928, une disposition se rapprochant du texte des lois du 14 mars 1919 et 19 juillet 1924 sur l'extension des villes. En effet, les pouvoirs municipaux n'ont pas trouvé, en ce dernier texte sur l'extension des villes et plus particulièrement en la jurisprudence qui en résulte, des moyens réellement efficaces pour éviter le développement des lotissements défectueux. Ceci est tellement vrai que dans une récente loi du 15 mars 1928, on prévoit l'assainissement, par la contribution de l'Etat et des mal lotis, de lotissements insalubres. Nous aurions souhaité que le dernier texte exigeât, dans le programme des travaux, l'assainissement, la viabilité, l'aménagement des voies, en bordure desquelles seront édifiées les maisons ou locaux édifiés en exécution du programme de 1928.

Une déclaration du Ministre du Travail nous donne l'espérance que des dispositions particulières sur ce point seront édictées par les décrets d'administration publique devant intervenir pour l'application de la loi. Espérons qu'on en tiendra compte.

Dans la première partie du texte, portant sur les maisons d'habitation à bon marché, les bénéficiaires seront plus particulièrement, comme nous l'avons vu, les chargés de famille, les mutilés et pensionnés de guerre, les mutilés du travail, c'est-à-dire en général une population susceptible de bénéficier de certaines lois d'assistance. Nous regrettons vivement que l'on

n'ait pas inséré dans le dernier texte une disposition par laquelle les bénéficiaires de la loi du 13 juillet 1928 ne seraient pas exclus des lois d'assistance : assistance médicale gratuite assistance aux vieillards et aux infirmes, etc... Il ne faut pas que le fait d'être propriétaire d'une modeste maisonnette *salubre* puisse écarter certaines petites gens des bénéfices d'autres lois d'assistance.

Là encore, nous avons l'engagement du Gouvernement, qui a déclaré, par la voix d'un de ses ministres que des textes législatifs à insérer dans la loi de finances, envisageront la possibilité de ne pas être exclu de l'assistance lorsque l'on aura déjà bénéficié de la loi récente des habitations à bon marché.

En insérant semblable disposition dans le texte de 1928, on lui donnait un caractère plus résistant et quasi-définitif, alors que les lois de finances sont votées chaque année et peuvent être modifiées chaque fois.

Comme pour la plupart des lois modernes, des règlements d'administration publique doivent intervenir pour l'application de la loi du 13 juillet 1928. Attendons. La première circulaire du 20 juillet 1928, nous ayant donné la certitude qu'avant le 31 octobre 1928, des instructions détaillées portant à la fois sur les habitations à bon marché et sur celles à loyers moyens, seraient communiquées au Préfet et aux administrés.

Pour terminer indiquons que trois décrets sont parus le 20 octobre 1928 ; d'autres, portant sur l'application de détail, donneront très prochainement attendues.

La pratique neuro-psychiatrique au XVIIe siècle (1)

Ettmüller et Isbrand de Diemerbrœck.

Par Jean VINCHON et Jacques VIE.

A côté des grands ouvrages originaux tels que ceux de Willis, de Sydenham, de Plater, etc., il existait au XVIIe siècle des traités de pratique médicale, destinés à prolonger l'enseignement des Facultés, à apporter aux praticiens les procédés thérapeutiques des médecins en renom.

Nous avons entre les mains deux de ces livres traitant des maladies nerveuses et mentales : les *Leçons pratiques sur les maladies de la tête et de la poitrine, d'Isbrand de Diemerbrœck* (2e édition, 1662), et la *Pratique de médecine spéciale de Michel Ettmüller* (traduction française, 1691).

Tous les deux jouirent en leur temps d'une grande faveur, comme nous l'apprennent leurs préfaces :

« Les exemplaires, écrit Isbrand, édités en petit nombre suivant la coutume académique, furent si vite et si avidement enlevés et demandés ensuite par de nombreuses personnes »... qu'il fallut faire aussitôt une 2e édition. Le traducteur français d'Ettmüller dans son introduction dit :

« Le nom d'Ettmüller seul tient lieu de préface, et il suffit qu'un ouvrage soit de luy pour estre recherché avec empressement des curieux et des sçavans ; témoin sa chirurgie, dont la premiere impression a esté entierement venduë en moins de six mois. »

Ces deux ouvrages retiennent le lecteur actuel pour des raisons différentes : au petit catéchisme médical sobre, méthodique, précis de Diemerbrœck n'ayant en vue que la pratique, s'oppose le volume de dissertations d'Ettmüller, touffu, riche d'explications fantaisistes et de médications polypharmaques empruntées à l'empirisme des siècles précédents

I. Isbrand de Diemerbrœck (2).

Isbrand expose en ces termes un programme précis :

« Depuis que j'ai été appelé à l'enseignement public de la pratique médicale, je me suis toujours uniquement efforcé d'inculquer à mes auditeurs une méthode thérapeutique succincte, capable de guérir les malades par une voie certaine et rapide, à peu de frais et de façon agréable. »

C'est à la prière de ses élèves qu'il rédigea des observations tirées de sa pratique personnelle, suivies du traitement qu'il leur avait appliqué.

Les *maladies de la tête* forment 25 petits chapitres subdivisés en courts paragraphes : c'est d'abord l'histoire clinique du malade, l'indication de l'organe atteint, le diagnostic de l'affection, l'étiologie, la pathogénie, les directives du traitement, les remèdes, le régime à suivre.

La *douleur de tête* ou céphalalgie (ch. I) de l'observation présentée est « interne, dans les parties contenues à l'intérieur du crâne : c'est évident, puisqu'elle n'est pas exagérée, mais diminuée par la compression manuelle ». Il s'agissait :

« D'un homme de 50 ans, de tempérament pituiteux, sujet aux catarrhes, qui au milieu de l'hiver, par un temps très froid, fit un voyage de 4 jours, et usa dans ce trajet d'une alimentation défectueuse, de mets flatulents, visqueux, de digestion difficile, et auxquels il n'était pas habitué ; à défaut de vin, il dut boire une bière trouble ».

Cette description réunit les *agents pathogènes* qu'Isbrand invoque le plus souvent : la pituite, le froid, l'alimentation défectueuse.

D'abord le *tempérament pituiteux* : la pituite, ou humeur pituiteuse est engendrée et exacerbée par les défauts de l'alimentation. Elle s'accumule dans la tête. Le froid faisant resserrer les pores du cerveau, elle ne peut comme à l'ordinaire descendre vers la face et s'écouler par le nez et la bouche (ch. XXV) ; elle distend les membranes du cerveau, d'où la douleur. En quantité plus abondante, elle comprimerait le plexus choroïde et son réseau admirable ; les esprits animaux, issus de la glande pinéale ou conarium (ch. XV) ne pourraient trouver issue : passagère, cette obstruction cause le vertige (ch. X) durable, le coma. Si les humeurs pituiteuses « tombent ensuite vers le commencement des nerfs » c'est au niveau du bulbe : l'apoplexie (ch. XII) ; à la moelle, la paralysie (ch. XIII).

L'importance étiologique du *froid* est très grande : il exagère le tremblement. Les crises épileptiques de l'enfant de 8 ans cité au ch. XV reparaissent avec l'hiver.

« L'été, elles furent plus rares et moins fortes, parce qu'à cause de la chaleur extérieure, les pores du corps tout entier furent plus ouverts, en sorte que la dissipation des humeurs fut plus importante... A l'automne et en hiver, elles furent très fréquentes et très violentes, parce qu'il se produit beaucoup plus de pituite, et qu'il s'en dissipe moins par les pores que le froid resserre. »

Dans la crise, la pituite s'élimine par l'écume, et « le paroxysme dure jusqu'à ce que cette vapeur maligne et âcre soit entièrement dissipée. »

Certains *aliments* refroidissent l'organisme : le sexagénaire, qui « tout l'automne n'avait eu aucun régime régulier, qui avait mangé en abondance des primeurs, laitues, concombres, melons, etc. » tombe en léthargie. Et « le petit garçon d'un an et demi, sevré depuis six mois, presque négligé par des parents pauvres qui lui donnaient du lait cru, des primeurs crues et d'autres choses semblables, qui laissaient sa tête insuffisamment couverte en temps d'hiver ». ce petit fut atteint d'hydrocéphalie.

La *phrénésie* (ch. II) « délire furieux et continu avec fièvre continue, produit par l'inflammation des membranes du cerveau » est décrite chez un jeune homme bilieux, sanguin et intempérant — comme le sont bien des malades de Diemerbrœck !

Le tempérament mélancolique forme la base commune de la manie et de la mélancolie. Celle-ci se distingue en primaire ou *idiopathique*, et secondaire ou *sympathique*.

---

(1) Travail du service du Professeur agrégé Laignel-Lavastine.

(2) ISBRAND DE DIEMERBRŒCK, In inclyta ultrajectina Academia Medicinæ Praticae et Anatomes Professoris, Disputationum Practicarum Pars prima et secunda De Morbis capitis et thoracis, Editio Secunda priore locupletior et emendatior Trajecti ad Rhenum, apud Theodorum ab Ackersdyck CIↃ IↃ CLXIV.

NOUVELLES

Coefficient de natalité en Europe en 1926. — *Pays dont la natalité est supérieure à celle de la France.* — Pays à natalité forte : Russie, coefficient 44.9 ; Portugal, 33.2 ; Espagne, 29.7. — Pays à natalité favorable : Italie, 27.2 ; Tchécoslovaquie, 25.1 ; Pays-Bas, 23.8. — Pays à natalité insuffisante : Ecosse, 20.9 ; Irlande, 20.6 ; Danemark, 20.5 ; Norvège, 19.7 ; Allemagne, 19.5 ; France, 18.8. — Pays tombés, pour la natalité, au dessous de nous : Suisse, 18.2 ; Angleterre, Pays de Galles, 17.8 ; Esthonie, 17.7 ; Suède, 16.9. (L'*Animateur des temps nouveaux*.)

Ecole centrale de Puériculture (26, Bd. de Vaugirard. Paris XVe). — Les cours de l'Ecole centrale de Puériculture commenceront le samedi 17 novembre à 16 heures 1/2, à la Fondation Budin, 91 *bis*, rue Falguière. Inscription tous les samedis à 16 heures.

Deux conférences par T. S. F. — Le Dr FOVEAU DE COURMELLES, membre du bureau de la Confédération des travailleurs intellectuels, C. T. I., président de la Société française d'hygiène, fera : le vendredi 30 novembre 1928, à 19 h., au poste de T. S. F. de la Tour Eiffel, une causerie sur : Les abattoirs dans les Centres d'élevage, au nom de la C. T. I.

Le samedi 8 décembre, à 20 h. 15, au poste de T. S. F. de Radio-Paris, une causerie sur : Le Sahara, merveilleux sanatorium, au nom de l'Union des grandes associations françaises.

Hôpital Beaujon. — *Enseignement élémentaire d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr CANTONNET, ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon et le Dr BALDENWECK, otologiste des hôpitaux, feront, à partir du samedi 3 novembre 1928, un enseignement pratique d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, à l'usage des médecins généraux et des étudiants.

Ce cours, gratuit, sera organisé de la façon suivante : mercredi et samedi. Consultation expliquée. 9 heures : Ophtalmologie : 10 h. 1/2 : Oto-rhino-laryngologie. — Mardi et vendredi. Opérations. — Lundi et jeudi, 9 heures : Ionisation oculaire ; 10 heures : Diathermie en O.-R.-L. — Samedi. 14 à 16 heures : Rééducation du strabisme à l'Ecole Albert-Remy.

Guerre. — M. le médecin général Visbecq, directeur du Service de santé des troupes du Maroc a été placé à dater du 26 octobre 1928 dans la deuxième section (réserve du cadre du corps de santé militaire).

— Par décision ministérielle du 22 octobre 1928, sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

A la chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le médecin lieutenant-colonel Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole du Service de santé militaire.

A la chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie : M. le médecin commandant Zoeller, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

A la chaire d'hygiène et de prophylaxie ; M. le médecin commandant Pilod, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

— Par décision ministérielle de même date :

M. le médecin commandant Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, spécialiste des hôpitaux militaires, de l'Ecole du Service de santé militaire, est affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire et désigné pour la chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie.

M. le médecin commandant Jausion, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie, est maintenu à ladite Ecole et désigné pour la chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie.

Hôpital Rothschild. — Un concours pour trois places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires, aura lieu à l'Hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, Paris 12e, le lundi 17 décembre 1928.

S'adresser pour renseignements et inscriptions à l'Hôpital de Rothschild, rue Santerre, tous les jours de 8 heures à midi.

La *mélancolie primitive* (ch. III) s'est développée chez un homme qui avait emmené son fils se baigner avec lui ; l'enfant se noya. Le père, dans son délire « disait qu'il avait comms un homicide, qu'à cause de cela il était damné pour l'éternité, qu'un démon horrible avait été placé auprès de lui par le Dieu très haut pour sa tentation perpétuelle... Il pensait que le démon était continuellement à son côté, décrivait aux assistants son aspect horrible, et s'étonnait que les autres ne le voient point... Il jugeait bien de toutes autres choses ».

L'auteur détaille la psychogénie de ce délire, qu'il rattache à un trouble de l'*imagination*.

« Comme il est sans cesse préoccupé au sujet de son fils, qu'il pense être mort par sa faute..., qu'il sait que l'homicide est exécrable au Dieu très haut..., de là vient à son imagination qu'il est damné pour l'éternité et qu'un démon horrible lui est adjoint ; comme il ne s'écarte pas de cette pensée, mais qu'il la tient pour très véridique, il impose à son cerveau une certaine image de ce démon ; cette image s'offre à son âme par l'action du cerveau et des esprits avec tant d'évidence, qu'il pense voir continuellement ce démon lui-même ».

Les hallucinations, pour Isbrand, seraient donc d'origine intellectuelle, dues à la vivacité de l'imagination représentative.

Des facteurs viscéraux s'ajoutent au trouble cérébral dans la *mélancolie hypochondriaque* ou secondaire (ch. IV). Le noble allemand qui en est l'exemple « ressentait depuis longtemps du gonflement et des borborygmes, des tensions de l'estomac, ainsi qu'une lourde masse au niveau de l'hypochondre gauche... »

Il est « triste, méticuleux, méditatif ». Sa femme meurt

« Il se met à délirer ; il pense que tout le monde veut se mêler à sa vie, il recherche la solitude et fuit la société des hommes : si quelqu'un, en dehors de ses domestiques (dont il a peur aussi), pénètre dans sa chambre, il supplie aussitôt qu'on ne le tue pas tout de suite, mais qu'on lui accorde quelque délai pour se préparer à la mort. Il ne paraît avoir confiance qu'au médecin, car il lui demande des antidotes contre les poisons qu'on mélange souvent, pense-t-il, à ses aliments, et il prend tous les médicaments qu'on lui présente. »

La communauté du tempérament sur lequel Isbrand fait éclore manie et mélancolie n'a pas de suite dans son exposé clinique de la *manie* (ch. V). Le pronostic en est mauvais, en particulier « parce que la malade, à cause de sa fureur, est tout à fait désobéissante, si bien qu'on ne peut lui appliquer aisément les remèdes convenables ».

Le *coma somnolent* (ch. VI) est « un état soporeux profond issu de l'engourdissement du sens commun ». Le *coma vigil*, « forte propension au sommeil avec impossibilité de celui-ci » succède au premier dans les quatre jours, sans quoi le pronostic est des plus graves.

On appelle *léthargie* (ch. VII) « une propension insurmontable au sommeil avec une fièvre lente, et l'atteinte des principales facultés ».

Au chapitre VIII, *Du carus* « sommeil extrêmement profond avec atteinte des fonctions normales », l'auteur relate un cas de coma traumatique. Il en établit le diagnostic différentiel :

« Ce ne peut être l'apoplexie, parce que la respiration est libre et que le malade contracte quelque peu les membres que l'on pique ; ni la léthargie, parce que la fièvre manque, et que le malade ne peut être éveillé ; ce signe le distingue aussi du coma, dans lequel les malades s'éveillent souvent, et déplacent leurs membres. »

Lisons en entier l'observation de *catalepsie* (ch. IX), il s'agit de catalepsie hystérique :

« Une demoiselle de vingt ans, sujette aux suffocations utérines causées par l'insuffisance de ses règles, en fut atteinte soudain ces jours-ci : elle resta privée de toute sensibilité, elle se raidit dans la position où elle avait été prise, maintenant les yeux ouverts et fixes, bien que ne voyant rien. Si les assistants portaient son bras en haut, en bas ou de côté, celui-ci restait dans cette position ; s'ils posaient la malade sur ses pieds, elle restait debout ; s'ils penchaient son corps, elle avançait le pied ; s'ils lui tournaient la tête de côté, elle restait dans cette position. Cependant la respiration demeurait libre. Cette crise durait depuis une heure quand la malade revint à elle, ne se souvenant pas de tout ce qui s'était passé. Deux jours après, elle fut prise d'une nouvelle crise semblable, qui cessa aussi spontanément. »

La gravité de cette affection vient de ce que « l'organe noble (le cerveau) est atteint ».

Après la catalepsie, Isbrand étudie le vertige, puis l'Incubat (Ch. XI), il fait preuve ici d'une attitude d'esprit moderne :

« L'incubat est une interception du mouvement et principalement de la respiration, avec une sensation onirique de poids étendu sur la poitrine, due à un obstacle au libre cours des esprits vers les nerfs. »... « Dans cette maladie, c'est le cerveau qui est atteint, surtout dans sa partie postérieure, c'est-à-dire le ventricule postérieur du cerveau, près de la moelle épinière ».

La femme de 50 ans, dont il conte l'histoire, avait eu sa ménopause. Elle était sujette à des cauchemars : « tantôt elle pense être assaillie et possédée par le démon, tantôt être étouffée par un grand chien ou un brigand qui se couche sur son corps. »

Plusieurs fois, l'auteur précise que ces craintes sont purement imaginaires, nulle part il n'envisage même la possibilité d'une intervention extra-naturelle.

Le type de convulsions (ch. XIV) qu'il rapporte nous semblerait être de nature tétanique, si le malade ne délirait pas.

« Un jeune homme de 30 ans eut une blessure du bras droit, qui dénuda le nerf sans toutefois le léser.. : l'hémorragie persistant, un chirurgien inexpérimenté appliqua sur la blessure une compresse enduite d'onguent Apostolique et Egyptiaque, d'où une convulsion véhémente et douloureuse qui s'empara du bras blessé ; peu après, la convulsion s'ensuivit dans la cuisse du même côté, enfin dans le bras et la cuisse du côté opposé, durant tantôt la moitié d'un quart d'heure, tantôt un quart d'heure ou guère plus, et ainsi par intervalles, s'arrêtant puis reprenant. Le malade est bouleversé par la douleur extrême, au point de délirer continuellement. »

Et Diemerbroeck rappelle l'aphorisme d'Hippocrate : « la convulsion consécutive à une blessure est mortelle ». Il garde cependant de l'espoir, étant donné la force du jeune homme, la cause externe de la maladie, et l'application du traitement. Malheureusement, ici pas plus qu'ailleurs, il n'en fait connaître le résultat.

Au chapitre XXV, c'est l'histoire du petit hydrocéphale âgé de un an et demi.

« La tête, dans sa partie capillaire et frontale, jusqu'aux yeux, se mit à enfler ; cette tumeur, dans l'espace d'un mois augmenta au point d'atteindre la grosseur d'une tête d'adulte, toutefois la face n'enfla pas. Cette tumeur est molle et blanchâtre, elle conserve les traces de la pression des doigts sur elle. Cependant l'enfant mange et boit médiocrement, il est somnolent, et remue faiblement les bras. Les narines sont plus sèches qu'à l'habitude, et la salive s'écoule en quantité moindre.

Isbrand précise ainsi la localisation de l'épanchement :

« Cette tumeur séreuse et pituiteuse est collectée en dehors du crâne et se trouve sous la peau, ce qu'on perçoit au toucher, puisqu'on ne sent aucune dureté osseuse, mais seulement la tumeur molle. »

Il n'a pas de notions sur la persistance et l'élargissement des fontanelles dans l'hydrocéphalie.

* *

Ainsi se trouve faite une revue à peu près complète de la neuro-psychiatrie de l'époque. Pour chaque cas, l'auteur expose le traitement qu'il a mis en œuvre. Toujours

le but en est d'évacuer la pituite, l'humeur mélancolique ou bilieuse, d'éviter sa formation à l'avenir, et de fortifier le cerveau malade. Aussi, le plan général de la médication ne varie guère ; seules quelques particularités l'individualisent.

L'évacuation de l'humeur peccante est réalisée en premier lieu par une *purgation*, ou si le malade n'est pas en état d'absorber de médicament, par un *clystère* ou des *suppositoires*. Voici quelques formules simples et actives (1).

Follicules de séné mondé........	1/2 once
Semence d'anis..................	3 drachmes
Décoction d'orge....... q. s. p.	en faire une infusion

Ajouter :

Préparation d'hamech..........	3 drachmes
Extrait d'hellébore noir.........	1 scrupule

Mélanger pour une potion.

Clystères :

Décoction émolliente...........	1 once
Follicules de séné..............	9 onces
Electuaire diaphénique..........	2 onces
Huile de camomille.............	1 1/2 once
Sel............................	1 drachme

Mélanger pour un clystère.

Ailleurs, on emploie la rhubarbe, le tartre rhénan.

Les *vomitifs* sont réservés à des cas où les troubles digestifs persistent, ainsi dans la mélancolie hypochondriaque.

Vomitif :

Conserve de feuilles de cabaret (2)..	10 drachmes
Décoction de raifort...............	3 onces
Oxymel scillitique à l'agaric.......	1/2 once
Vin vomitif.......................	3 drachmes

Mélanger pour une potion.

Les idées d'Isbrand sur l'évacuation de la pituite le poussaient à utiliser fréquemment la dérivation nasale, il la provoquait par les poudres sternutatoires, qu'on insuffle dans les narines. Elles comportaient du poivre noir, de la racine de pyrèthre et de l'hellébore blanc, du benjoin, du castoreum.

La *saignée* est aussi d'un usage fréquent, et dans la manie ainsi que dans la phrénésie, on la répète plusieurs jours de suite. Mais elle est contre-indiquée dans la mélancolie primitive, dans le vertige et la paralysie. On utilisait la section veineuse (venaesectio) les ventouses scarifiées, les sangsues.

Un procédé barbare, réservé aux cas graves de phrénésie et de manie consistait à « placer sur la tête du malade une poule vivante ouverte par le milieu ». D'autres fois on employait un pigeon. Ce mode de traitement fait une tache dans l'œuvre probe et rationnelle d'Isbrand, les superstitions populaires l'ont conservé jusqu'à nos jours.

Ces divers moyens constituent le *traitement d'attaque* de la maladie. Les jours suivants, on recourt à des moyens plus doux, qui aident l'organisme à se remettre. Le malade boit deux ou trois fois dans la journée un apozème. Celui-ci contient suivant les cas un grand nombre de produits végétaux : racines de chicorée, de polypode, de fenouil, d'acore ; feuilles de bétoine, de pissenlit, de bourrache, de mélisse, de rue, de romarin, de marjolaine ; pulpe de tamarin, pétales de roses, écorce de citrons et d'oranges etc.

C'est aussi le moment des *diurétiques* « tels que racines d'ononis (3), d'asperge, de panis, feuilles de persil, de fraisier, etc. » On fait sur la tête des fomentations chaudes, on y place des bonnets garnis de poudre aromatiques (cucupha), on enduit le chef de liniments.

(1) Un grain vaut 0 gr. 061 Anglet.).
Un scrupule vaut 1 gr. 29 (U. S.).
Un drachme vaut 3 gr. 88 (U. S.).
Une once vaut 28 g. (Angleterre).
(2) La racine de cette plante servait à faire vomir les ivrognes.
(3) En français : arrête, bœuf ou bugrane.

Liniment :

Huile de noix muscade..........	1 drachme
Huile de thym distillée.........	àà 1 scrupule
Huile de romarin distillée.......	
Huile d'anis distillée............	

Mélanger pour un liniment.

Les *hypnotiques* ont leurs indications précises : la phrénésie, la manie, la mélancolie. Dans la céphalée, ils sont contre indiqués. On les emploie sous forme :

De liniment :

Onguent populeum.............	6 drachmes
Huile de pavot................	3 drachmes

De pilules :

Opiate de laudanum	4 grains

De potions :

Opiate de laudanum............	3 grains
Décoction d'orge..............	1 once
Sirop de pavot......	1 once

Enfin, Isbrand de Diemerbrœck consacre un paragraphe terminal au régime à suivre : conditions atmosphériques, aliments et boissons, sommeil, mouvement, excrétions, psychothérapie. Voici les conseils donnés dans le carus :

« Pour le régime, que l'atmosphère soit tempérée et claire. Présenter des mets euchymiques et eupeptiques, en petite quantité les premiers jours ; la boisson sera une bière légère et un vin léger, le sommeil sera court les premiers jours, modéré dans la suite. L'exercice sera médiocre. Les excrétions naturelles se feront spontanément ou artificiellement. Eviter les émotions » (Animi pathemata).

Pour stimuler le léthargique, le cataleptique, on répand dans l'air les odeurs aromatiques du castoreum, de la menthe pouliot, ou romarin, de l'hysope, de la sauge, du thym, de la bétoine. Les aliments du céphalalgique, de l'apoplectique s'aromatisent avec du persil, du poivre, du gingembre, de l'hysope, de la marjolaine etc.

Les aliments « froids » : laitue, endive, bourrache, oseille sont recommandés au phrénétique, malade qu'il faut placer dans un air plutôt frais et humide. Au contraire, l'hydrocéphale est *au régime sec*. « L'air doit être chaud et sec. Les aliments seront plus secs qu'on ne les donne ordinairement aux enfants » biscottes etc. ; ni primeurs, ni fruits, bien entendu.

Insistons sur le traitement de la manie, de la mélancolie et de l'épilepsie ; certaines particularités en sont curieuses.

Il faut *au mélancolique*, démontrer l'inanité de son délire, basé, nous l'avons vu, sur l'imagination.

« Dans ce traitement, ce qui est d'importance capitale, c'est de s'appliquer par tous les moyens à détourner son esprit de la crainte, et d'éviter toute occasion de peur et de tristesse : il faut lui démontrer souvent par des arguments agréables et solides à la fois, qu'il est le jouet de l'imagination, qu'il n'a pas commis d'homicide, qu'il n'y a pas de démon à côté de lui... De telles démonstrations de leur erreur, chez ce genre de malades, surtout s'ils sont instruits, ont une telle valeur qu'elles ont suffi à en guérir pas mal, avec l'aide d'un régime convenable. »

Le maniaque sera couché dans une chambre sombre, « il y sera bien gardé par des hommes ou des femmes robustes, ou bien ses bras seront attachés avec des larges bandes, pour qu'il ne puisse de ses mains faire violence à lui-même ou aux autres. Personne n'aura accès auprès de lui, en dehors de ses familiers, dont la compagnie lui était agréable en son temps de bonne santé ».

Le traitement de *la crise épileptique* est plus actif que de nos jours !

« Il faut faire attention que le malade ne se blesse pas, et le traiter pour que la crise cesse rapidement. Des deux côtés, on le soulève par les bras, la tête soutenue, pour qu'il ne la frappe pas avec force sur le pavé ; si le temps et le lieu le permettent, on le pose aussitôt sur un lit. Il faut lui mettre aussi un bâton entre les dents, pour que la morsure n'atteigne pas la langue et que la sortie de l'écume soit plus libre. Ensuite on porte à ses narines du castoreum, de la rue verte, de l'huile de marjolaine, de succin (1), de noix muscade, etc. L'un des assistants crie aux oreilles du malade, on fait entendre un bruit violent. On ouvre de force les mains énergiquement fermées, et l'on maintient, dans la mesure du possible, les membres convulsés en position convenable. »

Mentionnons enfin l'usage de la ponction dans l'*hydrocéphalie* : « Dans les trois ou quatre points les plus saillants, il faut faire à la lancette, au travers de la peau, une petite perforation, pas plus grande qu'on ne le fait pour une saignée ; de façon à ce que la sérosité puisse bientôt s'écouler par ces petits trous ; on la recevra en plaçant sur la tête des serviettes chaudes ».

Et celui de la *trépanation* dans le coma traumatique.

« A l'endroit où se voit extérieurement la contusion du vertex, on dénudera le crâne en faisant une incision cruciale dans les parties charnues. Le lendemain matin, on s'efforcera de soulever la partie déprimée de l'os avec les instruments appropriés. Mais il y a des raisons de craindre que des veinules ne se soient rompues dans la méninge dure par la violence de l'enfoncement, et qu'il ne se soit épanché du sang entre cette méninge et le crâne, sang qui plus tard, en se putréfiant, pourrait entraîner la mort. Aussi est-il bien plus sûr de perforer le crâne au trépan dans la partie ferme proche de l'enfoncement, de façon à ce que le sang épanché s'écoule et qu'on puisse soulever l'os plus aisément, en introduisant les instruments par le trou. »

* *

Ces petites cliniques d'Isbrand de Diemerbroeck (1609-1674) publiées en 1664, représentent un effort sérieux de clarté, de simplification et de logique. Originaire de Leyde, professeur d'anatomie et de pratique médicale à Utrecht, auteur d'un traité d'anatomie (1672), Isbrand laissa de nombreuses observations qui furent réunies en 1685. Ses travaux sur la peste sont demeurés classiques. Vierordt le place, en tant qu'épidémiologiste aux côtés de Sydenham (2). Et à Utrecht, dans cette Université qui avait vu dès 1637, les retentissantes luttes du professeur Régis contre le doyen Voet, au sujet des doctrines cartésiennes, Isbrand s'était trouvé en contact avec les nouvelles méthodes, il les avait mises en œuvre dans le domaine de la médecine. A leur lumière, il fallait faire un bilan complet du passé, trier, au milieu du fatras qui s'accumulait depuis le Moyen-Age, les notions réellement établies. A certains moments, Isbrand paraît pauvre, un peu limité. Il fut en réalité un des bons ouvriers qui cimentaient une base solide au monument futur.

II. Michel Ettmüller (3).

Chez son contemporain Ettmüller (1644-1683), l'esprit est tout différent : la préface nous en avertit dès l'abord : aux maladies spéciales, propres des hommes, des femmes et des enfants, l'éditeur a joint.

« Des dissertations du mesme auteur sur l'épilepsie, l'yvresse, le mal hypochondriaque, la douleur hypochondriaque, la corpulence et la morsure de la vipère.... elles conviennent parfaitement à ce traité de pratique spéciale... elles sont excellentes et pleines d'érudition... Toutes ces maladies ont la grâce de la nouveauté, elles sont rares, curieuses, et expliquées très méthodiquement, avec leurs signes et leurs cures, ainsi on peut dire qu'il n'y manque rien. »

Pour se faire une idée de l'œuvre, il faut lire par exemple la dissertation sur l'épilepsie. On y a vite distingué en l'auteur deux personnages bien différents, le médecin et le métaphysicien. Ce dernier prédomine, mais nous devons envisager surtout le médecin :

« *De l'épilepsie* ».

L'auteur aborde le sujet en termes grandiloquents. Comme pour Boerhave, « quoyqu'il (ce mal) n'attaque pas tout le monde avec la mesme véhémence, on peut néanmoins dire qu'il est peu de gens qui en soient exempts ».

En effet « le coït mesme... est appelé par quelques-uns petite épilepsie, d'où il n'y a qu'un pas à faire vers la grande ».

Pour Ettmüller, l'épilepsie est « une vengeance divine, que nos crimes attirent sur nos testes » : « on a reconnu que l'épilepsie, quelquefois venoit de l'artifice du démon. » D'ailleurs « il est probable que les influences des astres contribuent à la génération et à l'augmentation de l'épilepsie ».

La définition reste imprécise :

« Le simptôme de l'action animale augmentée, qui consiste dans le gouvernement involontaire et le mouvement déréglé de tout le corps avec la cessation pour un tems de la sensation et des actions naturelles ».

Puis l'auteur s'engage dans une longue discussion métaphysique : la cause efficiente de la maladie réside dans l'âme et dans le système nerveux : or « le genre nerveux est de soy immobile », il faut donc qu'un principe interne lui communique le mouvement, et ce principe, l'âme, doit pour cela être matériel. La théorie de la *matérialité de l'âme* est exposée de la p. 512 à la p. 525, au milieu de laquelle Ettmüller annonce « je n'abuseray point de la patience du lecteur par un long discours de pathologie » !

Les causes immédiates de l'épilepsie sont les douleurs, les passions, surtout l'amour « j'ay vû une jeune fille fort amoureuse d'un jeune homme laquelle tomboit dans une lipothymie à demi épileptique... », et le chagrin « témoin les alimens qui le procurent qu'on fait manger par malice ».

Les causes médiates (simpathie ou consentement), très variables comprennent : la colique, la néphrélique, le scirre du mésentère, l'ulcère et la suffocation de la matrice, l'accouchement laborieux, les humeurs acides de la mélancolie, le voisinage des mines de métal, la naissance pendant l'éclipse de lune, les colères des nourrices, les fièvres et playes de la tête, la pléthore, la faim violente, les fruits d'automne, la constipation, les vers, et même la présence de « noyaux de nèfles retenus dans le rectum ».

L'épilepsie comporte trois degrés : le premier « c'est plutost le catalepsis » ; le second « arrive souvent dans la mélancholie hypochondriaque » ; le troisième répond à l'épilepsie ordinaire.

« Le diagnostic saute aux yeux ».

« Les causes se connoissent par le rapport des assistans. »

Au pronostic, on relève cependant que dans la rougeole, l'épilepsie « n'est point à craindre au temps de l'éruption ; mais presque toujours mortelle au temps de la suppuration » : or Ettmüller ne distinguait pas rougeole et scarlatine.

Le traitement devrait comporter deux parties : d'abord, « les moyens de remettre le principe actif dans la droite raison ; mais comme cela regarde en partie les passions de l'âme, je renvoye aux théologiens et aux prédicateurs dont on doit suivre les conseils sages et salutaires, et comme d'ailleurs on ne connaît pas encore bien en philosophie la manière dont je crois que les passions agis-

(1) Ou ambre jaune.

(2) Ruschmann. — Handbuch der geschichte der Medizin. G. Fischer, édit., Iena 1903. Tome II p. 744.

(3) Pratique de médecine spéciale de Michel Ettmüller sur les maladies propres des hommes, des femmes et des petits enfans. Traduction nouvelle. A Lyon chez Thomas Amaubry, rue Merciere, au Mercure Galant MDCLXXXVI

sent sur le principe actif, on m'excusera si je m'attache plustot ici à remédier aux autres causes occasionnelles ».

Puis une énumération de remèdes étranges pendant quatre pages. On y relève, à titre d'exemples :

« Le cinnabre d'antimoine nommé par Craton l'aimant de l'épilepsie.... l'or fulminant. la teinture d'or avec l'huile de cannelle, l'or potable bien préparé. le crâne humain préparé, le pied d'élan,.. la corne de cerf solaire. .. la dent de cheval marin.... l'eau d'hirondelles avec le castoreum.... l'arreste du goujon, la mâchoire du brochet, le talon du lièvre, l'os du cœur de cerf ; le sel et l'esprit du crâne humain, du sang humain. de l'urine humaine :... le fameux spécifique céphalique de M. Michaël ;.. le foye d'une grenouille déchirée avec les mains.... l'arrière-faix du premier accouchement,... le sang d'un criminel tué par les mains du bourreau et bu chaud.... » etc..

« Chacun peut d'ailleurs changer les formules selon son sentiment.... il n'importe, pourvu que le malade puisse se délivrer de sa misère ».

Tout ceci se passe de commentaires, et dispense d'insister sur les autres chapitres.

« *Sur le mal hypochondriaque* » douleur avec pesanteur et constriction au ventricule, au diaphragme et à tout le mésentère, qui dépend de la convulsion des nerfs de ces parties par la viscosité acide des humeurs. »

« *Sur la douleur hypochondriaque*, faussement attribuée à la rate », qui débute par une belle citation des *Métamorphoses* d'Ovide, « comparant élégamment l'âge de l'homme aux saisons de l'année. C'est un long plaidoyer en faveur de la rate.

Ettmüller défend la rate, tout comme Sylvius « que quelques critiques appellent pour cette raison l'avocat de la rate ». Il attribue la douleur hypochondriaque à la constipation, la traite par des clystères, mais aussi, entre bien d'autres médications fantaisistes, par l'ingestion de mercure vif. Dans une lettre « du sçavant Erbenius à Monsieur Michaël », le maître d'Ettmüller, on voit un constipé opiniâtre absorber :

« Trois livres de mercure crud... afin que par son poids et par sa fluidité et secondé par l'exercice que le patient faisoit en marchant, en sautant, et mesme en courant dans une charrette par des lieux pierreux et raboteux, il déboucha les intestins et les délivra. » Il n'en fut rien, et le remède n'agit que dans la nuit, sous la forme d'une diarrhée profuse « de matières argentées par le mercure ».

« *La passion hystérique ou mal de mère* » est traitée au chapitre des maladies des femmes. L'auteur ne donne aucun criterium ferme de l'épilepsie et de l'hystérie. « Les hystériques se souviennent de tout » leurs crises sont en général moins fortes que dans l'épilepsie : pourtant les hystériques « semblent quelquefois mortes, lorsque le paroxisme est violent » ; on doit recourir pour le savoir, aux miroirs, aux plumes, aux poudres sternutatoires fortes, aux vésicatoires appliqués aux cuisses : « si les vessies s'élèvent la malade assurément n'est pas morte, sinon c'est fait d'elle ».

Ettmüller accorde dans l'étiologie et le traitement de l'hystérie une grande importance aux odeurs. « Celle des roses est très nuisible à certaines femmes..., les choses douces sont du nombre des causes éloignées de la maladie ». mais « les paroxismes excitez par les choses douces se guérissent par les amères, spécialement par l'absinthe,... les bonnes odeurs produisent l'accès, et les mauvaises odeurs l'apaisent ». Toutefois l'inverse peut s'observer, et « les bonnes odeurs appliquées aux parties génitales diminuent le paroxisme » ; ce qu'on réalise avec un pessaire enduit de baume apoplectique, ou bien en employant le parfum de Paracelse fait avec les verrues des chevaux » qui est si assuré, qu'il n'y a point, suivant Fonseca, de passion hystérique qui y résiste ».

***

Ainsi l'ouvrage d'Ettmüller paraît inspiré de l'esprit le moins scientifique.

Ettmüller ne rapporte que très peu de faits d'observation. Il invoque des facteurs bizarres, relevant de la superstition pure, tels que le *Sort*, comme cause de la débilité chez les enfants. Et aussi le *Charme* des jeunes mariés : il n'en met pas en doute la réalité, contrairement à Jean Wier, pour qui, cent ans plus tôt, « ces charmes de l'éguillette sont faux et imaginaires ». Il discute seulement leur cause première :

« Pour ne pas faire témérairement honneur aux démons des effets naturels qui ne sont deus qu'à Dieu seul, on pourroit dire qu'elle consiste dans l'imagination de celuy qui noüe l'éguillette ».

Et les remèdes proposés sont dignes des grimoires, quelques-uns sont empruntés aux sorcières . « Certain époux charmé fut guéri par le conseil d'une vieille en pissant dans un cimetière par l'anneau d'une tombe ».

D'autres fois, ses explications reposent sur des erreurs grossières. Pour lui, les comédons provoquent certaines atrophies des enfants. Il les appelle *Crinons ou Dragons* :

« Qui sont de véritables vers d'une figure singulière aux grands yeux, à la couleur cendrée, et à longue queue, ainsi qu'ils paraissent par le microscope » (p. 404)... « Une planche, où ces petits animaux sont gravez exactement » (p. 480) couronne cette magnifique fantaisie.

Enfin, bien souvent, il ne donne pas d'opinion personnelle, même arbitraire et se contente d'opposer les unes aux autres les autorités. En ce jeu il excelle :

Pourquoi nommer l'épilepsie mal sacré ?

« Peut estre parce qu'elle renferme quelque chose de divin. Hypocrate, livre du mal sacré, dit que non ; mais Mœbius dans ses Instituts, 1 liv., 2 part., chap., 4 assure le contraire. »

Les astres influencent ils les cours de l'épilepsie ? Si les astronomes ont raison, lorsqu'ils affirment que « les rayons lumineux sont matériels », cette action n'aurait rien d'impossible, l'épilepsie serait bien alors :

« au nombre des maladies occultes qui ont quelque chose de divin, puisqu'au jugement des sçavans les influences des astres sont cachées et divines. Quoyque leurs cours et leurs conséquences soient très connuës aux astrologues. »

Ces dernières phrases ne semblent-elles pas une boutade d'encyclopédiste ? Certes, avec sa bonne foi sérieuse de chimiatre allemand, Ettmuller n'insinue pas dans ses propos cette ironie que nous y projetons — peut-être à tort — bien instinctivement. Combien nous sommes loin de la pratique médicale ! Nous atteignons Ettmüller métaphysicien. Et sa pensée va sembler bien audacieuse et surprenante au lecteur qui vient de parcourir les interminables listes de médications baroques : n'aurions-nous plus affaire au même homme ? La démonstration de la matérialité de l'âme (dans la dissertation de l'épilepsie) donne lieu à des déclarations de large envergure que tempèrent mal des protestations d'attachement au dogme traditionnel. Ainsi, p. 524 :

« Suivant les privilèges que les philosophes ont eu de tout temps, tâchons de nous faire un chemin court, ouvert et sans détours, jouissons de la liberté de nostre jugement, et examinons sans attachement les préjugés des autres, et sans jurer sur les paroles de nos maîtres la manière dont les phénomènes de la nature se font. »

Voici comment il délimite les domaines de la Science et de la Religion :

Au reste, cette opinion est pardonnable à un médecin qui proteste d'ailleurs qu'il se soumet avec respect aux sentiments de l'Eglise, et qui en fait de médecine se doit renfermer dans les bornes de la nature. »

Ce bonhomme n'est pas toutefois sans comprendre la

hardiesse de sa théorie, il en atténue la valeur par des restrictions aggravantes : il ne veut que :

« Soutenir entre médecins, par manière de dispute, que l'âme est matérielle, par conséquent unie au corps et capable d'altération ».

Il se soumettrait d'ailleurs prudemment s'il y était contraint, ce qui ne changerait pas le fond de sa pensée.

« Je ne prétends point soutenir avec opiniatreté mon hypothèse contre la foy catholique, et je suis persuadé qu'il n'y a qu'une vérité sainte et essentielle, laquelle est honorée et adorée sous le manteau de diverses hypothèses comme il est évident par les vicissitudes de tant de sectes qui ont esté. »

Cette profession de foi rationaliste, cette dialectique avisée, pleine d'embûches, doit-elle classer Ettmüller parmi les précurseurs du siècle suivant ? Pourtant ne renvoie-t-il pas lui-même les épileptiques aux confesseurs, et les époux charmés aux sorcières ?

Son attitude n'est-elle pas plutôt que la continuation de toute une lignée scolastique, dont Siger de Brabant au XIIIe siècle, Jean de Jandrin au XIVe inauguraient la tradition. Ce dernier représentant de l'averroïsme ne reconnaissait aussi pour maîtres, en principe du moins, que la raison et l'expérience, mais l'une et l'autre étaient incarnées par Averroes lui-même. Et sous sa plume, se retrouvent les mêmes restrictions sceptiques, la même ironie à l'égard du dogme traditionnel, que sous celle d'Ettmüller. De l'un, nous pensons comme Gilson de l'autre qu'ils n'étaient pas animés de l'esprit moderne, « l'averroïsme, malgré son aspect hardi et révolutionnaire, fut essentiellement conservateur » (1).

Ainsi, en opposition complète avec Diemepbroeck, Ettmüller apparaît comme un homme du passé. Héritier de tout un galimatias de formules, et de cette dialectique qui peut séduire un instant, il n'a pas adopté la méthode de critique et d'observation rigoureuse des faits qui caractérisent l'esprit positif. Tous ses efforts sont condamnés à demeurer stériles, dans la fumée de ses creusets d'alchimiste, en dépit d'éclaircies remarquables, d'ailleurs empruntées au vieux fonds classique, telles que cette considération noyée dans un chapitre sur la fureur utérine :

« Comme les délires sont les songes de ceux qui veillent, et les songes sont les délires de ceux qui dorment ».

Les leçons pratiques d'Isbrand de Diemerbroeck datent de 1664. La pratique spéciale d'Ettmüller fut traduite en français en 1691, soit 19 ans après la mort de son auteur. Il nous a paru intéressant d'étudier parallèlement ces deux œuvres de caractère si nettement opposé. Elles symbolisent deux tendances du XVIIe siècle : l'une, qui représentait le passé, attirait encore par la multiplicité de ses moyens, la complexité de ses explications, le mystère de ses origines lointaines, et de ses affinités magiques. L'autre, la moderne, fruit d'une raison qui balbutiait lorsqu'elle se détachait des affirmations primordiales, rétrécissait son champ d'action pour s'en assurer une connaissance raisonnée. Le génie d'un Willis les dominait tous, eux et leurs luttes doctrinales.

(1) Gilson. — La philosophie au Moyen-Age, t. II, p. 137. Payot 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1928.

Le cancer est-il contagieux ? — M. ***Auguste Lumière*** résumant une minutieuse discussion constate, d'une part, que les arguments favorables à la contagion tirés des cancers familiaux, des maisons à cancer, de la flore microbienne des néoplasmes, de la pseudo-contagion des cages, etc., ne résistent pas à un examen analytique approfondi. Aucun d'eux n'est capable d'entraîner la conviction.

La plupart des arguments défavorables à la thèse contagioniste, c'est-à-dire l'absence de germe spécifique dans les néoplasmes, l'impossibilité de l'inoculation, l'inexistence de la contagion dans les hôpitaux, la facilité de la cancérisation expérimentale par les agents physiques et chimiques, la relation entre les irritations prolongées et suivies de cicatrisation et la dégénérescence néoplasique, le rapport entre certaines coutumes conduisant à des productions cicatricielles et les tumeurs qui en sont la conséquence, etc., tous ces faits constituent un faisceau, sinon de preuves absolues, tout au moins de présomptions d'une haute valeur à l'encontre de la croyance à la contagion.

Sans être en mesure de trancher la question d'une manière irrévocable en l'état actuel de nos connaissances, l'auteur estime que le cancer n'est pas contagieux et il serait sur ce point formellement affirmatif si, instruit par l'expérience il ne formulait pas les réserves que comporte tout problème scientifique.

Quoi qu'il en soit, on ne court aucun risque à émettre l'opinion de la non contagiosité, puisqu'elle n'entraîne aucune négligence prophylactique, alors que la croyance en la contagion comporte des conséquences néfastes. Elle risque en effet de détourner le médecin de la véritable prophylaxie en attribuant à des agents transmissibles imaginaires une cause qui se trouve ailleurs et que l'on néglige alors de dépister et de combattre. De plus, l'hypothèse de la contagiosité a l'inconvénient non seulement d'orienter les mesures préventives dans une direction fausse, mais encore d'effrayer les familles et de les inciter à s'éloigner des malheureux néoplasiques et à les priver des soins de leurs proches qui redoutent la contagion.

Pathogénie des spirochétoses ictérigènes. — M. ***Sanarelli*** a attiré l'attention sur la constatation fréquente de microbes dits de sortie, dans les infections naturelles ou expérimentales produites par des spirochètes. Il a étudié ce phénomène chez les animaux : lapins, cobayes, chiens, infectés avec le *Leptospira icteroïdes* de Noguchi, le *Spir. ictero hæmorragiæ* de Inada et Ido et le *Spir. autumnalis* de Katamura et Hara. Il a trouvé que ces spirochètes peuvent se multiplier et pulluler même pendant plusieurs jours dans l'organisme d'animaux sensibles, mais sans être capables de produire, seuls, des lésions morbides ou même simplement des faits toxiques. Pour tuer il leur faut le concours de microbes de sortie. A un moment donné, ces derniers micro-organismes, favorisés par la disparition de l'action défensive du foie bloqué par les spirochètes, sortent et déclanchent un choc anaphylactique, qui est la cause des graves altérations anatomiques et de la mort.

Le tableau anatomique des spirochètoses ictérigènes décrit par les auteurs ne relève pas de l'action des spirochétidés mais de celle des microbes de sortie qui agissent sur des organes déjà sensibilisés et préparés par les spirochétidés eux-mêmes. Le phénomène peut être reproduit expérimentalement.

De l'emploi des vaccinations associées (T. A. B. anatoxine diphtérique. — ***M. Ch. Zœller*** rappelle les recherches entreprises avec G. Ramon sur les *vaccinations associées* Elles ont établi l'innocuité et l'efficacité de cette méthode. Il apporte les résultats obtenus dans une institution sur 217 sujets dont l'âge

variait entre 7 et 10 ans. La première injection consistait en vaccin associé dans lequel l'anatoxine était représentée par une dose de 1/2 cc., et le vaccin T. A. B. par une dose variable selon l'âge du sujet. Les deux injections suivantes, faites à trois semaines d'intervalle, étaient d'anatoxine diphtérique pure. Les réactions vaccinales furent rares, bénignes et de courte durée. Tous les sujets vaccinée présentèrent deux mois après la vaccination une réaction de Schick négative.

L'innocuité de cette méthode est subordonnée à un examen médical attentif de chaque sujet. Son efficacité est conditionnée par un écart suffisant entre les injections.

La méthode des vaccinations associées présente l'avantage de simplifier la pratique des vaccinations préventives puisqu'elle permet de faire en trois injections deux immunisations différentes (contre les infections typhoïdes et contre la diphtérie) qui faites isolément auraient nécessité quatre ou cinq injections. Elle suscite d'autre part l'apparition d'une immunité qui est dans l'ensemble supérieure à celle de l'anatoxine employée seule.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1928.

M. F. Regnault étudie le portrait par Frans Hals, d'un personnage atteint de paralysie faciale. Il s'agit d'un cas de paralysie faciale gauche chez un vieillard de 77 ans. L'obliquité de la bouche, la déviation des traits sont caractéristiques. L'artiste a peint cette toile avec un intérêt évident : il évitait les figures symétriques, plaçant ses personnages de trois-quarts ou accentuant l'expression d'un côté. Ici, la nature avait réalisé elle-même l'asymétrie. ***M. Regnault*** ajoute que Frans Hals a peint d'autres toiles ayant un intérêt médical. Ce sont ses représentations de buveurs. Il connaissait bien le cabaret, l'ayant fréquenté lui-même à la fin de sa carrière après que la misère l'eût conduit à l'ivrognerie. ***M. Barbillon*** remarque que sur la photographie la paralysie faciale est incomplète : le facial inférieur est seul touché, ce qui indique une paralysie d'origine centrale, s'expliquant par l'âge du modèle. ***M. Variot*** insiste sur l'asymétrie des yeux, l'œil gauche étant moins ouvert que le droit.

Le reste de la séance est consacré au commentaire d'ouvrages récents intéressant l'Histoire de la Médecine. C'est d'abord la thèse de ***M. Georges Morin*** (de Lyon) sur Sainte-Beuve et la médecine ; essai de philosophie médicale. L'auteur nous montre Sainte-Beuve à l'hôpital poussant ses études jusqu'à l'externat puis gardant de cette époque de nombreuses relations médicales. Toute sa vie porte l'empreinte de ce début. Il acquit là des qualités d'observateur qui sont celle d'un clinicien à certaines heures. M. Georges Morin est le fils du Dr Morin, lui-même historien de la médecine. ***M. Regnault*** commentant cette analyse montre que Sainte-Beuve a été un théoricien de l'influence du milieu sur les érivains et les hommes de génie. Il a préparé le système de Taine très critiqué aujourd'hui, où l'on accorde plus de place aux antécédents personnels et à l'hérédité. Pour M. Regnault, il ne faudrait pas faire de Sainte-Beuve un savant : il suffit de lui conserver son mérite de littérateur.

Le regrette ***M. Cabanès*** a laissé un dernier ouvrage, ***Æsculape chez les artistes.*** C'est mis au point et vulgarisé avec le talent personnel de Cabanès, une réplique du livre de Charcot et de Richet. Cabanès critique ici la thèse de Renan : l'avènement de la Science verra la fin de la Beauté ; il montre au contraire la Science se mêlant à l'Art, l'aidant, et en recevant l'empreinte à son tour.

La méthode concentrique dans l'étude des pychomicrobes de ***M. Laignel-Lavastine*** contient de nombreuses pages importantes pour l'étude de la psychologie de certains personnages historiques mystiques ou démoniaques. Une méthode serrée, précise, permet de les mieux comprendre et de ne plus s'égarer dans leur étude. ***M. Wickersheimer*** montre enfin les rapports de la civilisation et de la maladie d'après un article récent de Ségrist. Cet article ingénieux nous fait assister à la fin de la grèce antique du fait du paludisme, aux influences des épidémies de peste sur la civilisations du Moyen-Age. L'aliéniste Morel avait fait une étude analogue dans le « Traité des dégénérescences ». L'article de Ségrist a sur lui l'avantage d'avoir profité des acquisitions de la science moderne. Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECIME DE PARIS

Séance du 27 octobre 1928.

Adénites tuberculeuses. — ***M. Mélamet,*** à propos de deux malades qu'il présente, rappelle les résultats qu'il obtient avec sa solution mangano-calcico-potassique dans les adénopathies bacillaires. Ces résultats sont si constants que le traitement peut servir de pierre de touche pour le diagnostic de la nature des adénites. Quand la médication manganatée n'agit pas ou agit incomplètement, c'est que l'on se trouve devant des adénites syphilitiques, syphili-bacillaires ou d'adénomes.

La capacité vitale réflexe. Appareil simple de rééducation respiratoire. — ***M. R. Goiffon*** appelle *capacité vitale réflexe* le volume d'air courant le plus grand qu'un individu puisse utiliser sous l'excitation d'une atmosphère de plus en plus riche en acide carbonique. Cette mesure peut se faire rigoureusement dans un spiromètre de Tissot ; elle peut également être appréciée par le clinicien grâce à un simple tube décrit par l'auteur. Cet appareil peut égalemeni servir à la rééducation respiratoire.

Tuberculose pulmonaire et accès asthmatiformes. Hémoculture d'un bacille tuberculeux modifié. Auto-vaccin. Effets thérapeutiques favorables. — ***M. Léopold-Lévi,*** au nom de M. Marbais, présente un tuberculeux pulmonaire avec cavernules et bacilles dans les crachats, ayant eu des crises asthmatiformes. Une friction de la peau avec une émulsion de bacilles tuberculeux produisit une réaction de folliculite.

Une *hémoculture* dans un milieu spécial permit de cultiver en cultures pures un bacille tuberculenx *modifié* (mobile, ne prenant pas le Zichl, avec spores) et qui servit à préparer un *auto-vaccin.* A la suite de la réinjection, le malade vit diminuer son oppression. Cinq injections sous-cutanées lui permirent de reprendre son service.

Ce cas n'est pas isolé. La friction a été utilisée par M. Marbais dès 1908. La vaccinothérapie anti-tuberculeuse, mise à profit par M. Marbais, il y a plus de 20 ans, est remplacée par lui, depuis un an, par des auto-vaccins. Les auteurs suivent en commun une douzaine de cas, et l'on peut considérer les premiers résultats comme favorables.

Céphalées du cornet moyen. — ***M. R. Grain*** considère que dans la pathologie ethmoïdale, une place à part doit être faite au symptôme céphalée. On le retrouve dans toutes les manifestations touchant la région, mais avec une valeur et une constance remarquables dans la dilatation kystique du cornet moyen. Ses caractères sont : l'unilatéralité, la tenacité et la permanence. Résistant à tous les traitements médicaux, elle n'est curable que par l'intervention chirurgicale qui supprime et la cause et l'effet.

Traitement de l'urticaire sérique par la pancréatine. — ***M. A. Legrand.*** — L'urticaire sérique étant considérée comme résultant du passage d'hétero albumines dans le sang des sujets atteints d'insuffisance pancréatique, ***M. A. Legrand,*** se basant sur ses expériences antérieures sur l'urticaire alimentaire, conclut par analogie et avec observations à l'appui, que le traitement de l'urticaire sérique consiste à administrer la pancréatine aux malades en même temps que l'on fait l'injection de sérum.

Lipiodol. Vioforme et iodoforme. Iode colloïdal contre les épanchements du pneumothorax. — ***M. Georges Rosenthal,*** contrairement à la doctrine classique, soutient qu'il ne faut pas respecter les épanchements du pneumothorax de Forlanini. Il faut les stériliser (contrôle bactériologique sur milieu de Petrof) par des petites injections de boues iodoformées ou vioformées émulsionnées à 25 ou 50 % dans l'huile, ou de solution d'iode colloïdal et leur substituer l'oléothorax établi par injections progressives. La technique d'Hinaut qui autorise l'emploi d'aiguilles fines sera particulièrement favorable.

Docteur P. PROST.

NOUVELLES

Assistants de consultation. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique à Paris seront vacantes au 1er janvier 1929. Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, Paris.

Hôpital Trousseau (Service du Dr LESNÉ.) — A partir du 17 novembre 1928, M. LESNÉ fera, tous les samedis, à 10 h. 30, une conférence de Clinique et de Thérapeutique infantiles, avec la collaboration de MM. DE GENNES et MARQUÉZY, médecins des hôpitaux, et de MM. BARUK, BLAMOUTIER, BOUTELIER, CLÉMENT, COFFIN, Mlle DREYFUS-SÉE, Mme HARDOUIN, MM. HÉRAUX, LAPORTE, LEMAIRE et TURPIN, anciens internes du service.

Cours d'hygiène et de clinique de la première enfance. — M. le professeur LEREBOULLET commencera le cours d'hygiène et de clinique de la première enfance le lundi 19 novembre, à 18 heures (6 heures du soir) au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis suivants, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau, 74).

Le jeudi et le samedi à 11 heures, consultation de nourrissons et policlinique. Le lundi à 11 heures, conférences complémentaires par les chefs et anciens chefs de clinique et les assistants du service. Le jeudi à 10 heures, cours de l'Institut de puériculture, à partir du 8 novembre.

A Pâques et en juillet des cours de perfectionnement auront lieu, dont la date exacte et le programme seront ultérieurement fixés.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La Folie de Van Gogh, par V. Doiteau et E. Leroy, in-4, 47 hors-texte : 60 fr. (Éditions Æsculape).

La Madeleine. Son gisement, son industrie, ses œuvres d'art, par L. Capitan et D. Peyrony, in-8 : 40 fr. (Nourry).

Un atelier d'art préhistorique. Limeuil, par L. Capitan et J. Bouysonnie, in-8. : 24 fr. (Nourry).

Bibliothèque évoluiste, par le Dr. A. Auvard et Mademoiselle Schmetz. 14 vol. (Maloine)

Traité d'Anatomie humaine, par L. Testut. 8e éd., revue par A. Latarjet. T. II fasc. 1. **Angéiologie** in-8 (Doin).

Précis de médecine coloniale, maladie des pays chauds, par Guiart, Garin et Leger, in-8, 45 fr. (Baillière).

Prothèse fixe, Couronnes. Dents à pivots. Travaux à pont, par Nespoulos et Duchange, in-8 : 43 fr. (Baillière).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 47. LE NUMÉRO : 1 FRANC (avec son SUPPLEMENT ILLUSTRÉ) 17 NOVEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81- R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.......... 30 fr.
Belgique.......... 45 fr.
Étranger { 1re zone.......... 70 fr.
Étranger { 2e zone.......... 90 fr.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — Lundi 12 novembre M. PAULIN. Etude sur les formes filtrantes de quelques bactéries. — M. CHANINE. Etude sur les fistules congénitales du cou. — M. DELORME. Etude sur la calcification des dents. — M. MALPART. Eusèbe de Salle. — M. LAUSSEL. Evolution du typhus en Europe depuis 1914. — M. POMERAIS. Etude sur la syphilis

Mardi 13 novembre. — M. Brindeau, président. — M. VU NGOC ANH. La chique de bétel en Indochine. — M. LEPEC. Progéria ou nanisme sénile. — M. AÏDAM. Syndromes de suffocation chez l'enfant. — M. BONNO. Etude sur l'épithélioma greffé sur le xeroderma pigmentosum. — M. POUCIN. Etude sur l'appareil urinaire au cours de la grossesse.

Guerre. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations.

Médecin colonel. — M. Jeandidier, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, est affecté comme président de commission de réforme de la Seine.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Grenier de Cardenal, médecin chef de l'école militaire d'infanterie Saint-Maixent est affecté à l'hôpital militaire Saint-Nicolas à Bordeaux.

Médecins commandants. — MM. Pierrot, du centre de réforme d'Alger, est affecté à la commission consultative médicale à Paris ; Larroque, du 14e d'inf. à Pamiers, est affecté au 16e d'inf. à Issoire ;Clavelin, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté à la section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre (direction du Service de santé) ; Sayer, du 9e cuirassiers, Lyon, désigné pour le 159e d'inf. à Briançon (n'a pas rejoint), est affecté à l'armée française du Rhin.

Médecins capitaines. — MM. Dumas, du 16e escadron du train, Lunel, est affecté à la 16e compagnie autonome du train à Montpellier ; Audouy, médecin adjoint à l'Ecole du service de santé militaire, à Lyon est affecté à l'hôpital militaire de Toulouse ; Brunel, du 18e bat. de chass. alpins, Grasse, est affecté au 159e d'inf. à Briançon ; Dhoste, du 144e d'inf. Marennes, est affecté au 3e d'inf., à Hyères, Jeannoël, du 3e inf. à Hyères, est affecté aux troupes du Maroc ; Tricault, assistant des hôpitaux militaires, direction du service de santé du 8e corps d'armée, à Bourges est affecté à l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon, médecin adjoint ; Berthod, des troupes du Maroc, est affecté au 8e génie, au Mont-Valérien ; Mazeyrie, des troupes du Levant, est affecté au 3e génie, à Versailles ; Martin, du 40e d'artillerie, à Châlons-sur-Marne est affecté aux troupes du Maroc ; Rouanet, du 311e d'art., à Verdun, est affecté à l'armée française du Rhin.

Service de santé militaire. — ECOLES D'INSTRUCTION. — *Conférences de l'année* 1928-1929. — *Programme provisoire.* — Les conférences ont lieu en principe le troisième lundi du mois, à 20 h. 30 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les conférences communes aux quatre Ecoles, qui ont lieu le dimanche matin à 9 h. 30, à la Sorbonne, la veille du troisième, lundi de certains mois, ne sont pas encore fixées.

Novembre 1928. — « Les conditions particulières de la prophylaxie dans les expéditions coloniales », par le médecin général Audibert.

Décembre 1928. — « Les gazés », par M. Flandin, médecin des hôpitaux de Paris, et M. Badolle, chef de laboratoire de radiologie des hôpitaux de Lyon.

Conférences à la Sorbonne du premier trimestre 1928-1929. — Les conférences prévues à la Sorbonne pour le quatrième trimestre 1928 sont les suivantes :

18 *et* 25 *novembre.* — « Causes d'insuccès et de revers en 1914 (souvenirs et réflexions) », par le général Gascouin, ancien commandant de l'artillerie du gouvernement militaire de Paris.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Laloy (armée du Rhin) Thibaudeau (de Pérignac), Weitzel (armée du Rhin).

Facultés de médecine de Bordeaux. — M. Labat, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de toxicologie et hygiène appliquée à la Faculté de Bordeaux (chaire vacante : M. Barthe, dernier titulaire).

M. Bonnin, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de médecine coloniale et clinique des maladies exotiques à la Faculté de Bordeaux [fondation de l'Université] (chaire vacante : M. Le Dantec, dernier titulaire.

Faculté de médecine de Lille. — M. Carrière, professeur de clinique infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté (chaire non occupée : M. Lemoine, dernier titulaire.)

M. Minet, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale infantile à ladite Faculté (chaire non occupée : M. Carrière, dernier titulaire.)

— Après concours, M. le docteur Patoir a été nommé moniteur de clinique médicale infantile.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er novembre 1928, à M. Louis Hédon, agrégé de physiologie près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont chargés des fonctions de chefs de travaux de physique pharmaceutique, M. Escande ; de chimie, M. Valdiguié ; de pharmacie, M. Maurin ; d'hygiène, M. Jean Tapie ; de parasitologie, M. Roques ; de médecine légale, M. Riser ; d'anatomie, M. Clermont ; de physiologie, M. Constantin ; de chimie, M. Brustier ; de pharmacologie, M. Soula.

Orchestre médical. — L'Orchestre médical, réorganisé sous la direction de M. Manuel, chef d'orchestre, premier prix du Conservatoire, a repris ses répétitions qui ont lieu tous les mardis à 21 heures à la mairie de St-Sulpice. Un certain nombre de places sont encore disponibles. Les médecins désireux de faire de la musique d'ensemble peuvent envoyer leur adhésion au Dr Destouches, 5, rue Thénard, Paris Ve.

Un vœu de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris. — Les membres de la Société des Médecins inspecteurs des Ecoles de la Ville de Paris dans leur réunion du 31 octobre 1928, ont adopté les vœux suivants :

1° Le nombre d'heures de travail intellectuel sera en rapport avec l'âge de l'enfant :

2° Les classes auront lieu le plus habituellement dans la matinée, l'après-midi étant autant que possible réservé à la culture physique (gymnastique, jeux de plein air, promenades, visites de musée, d'atelier, d'usine, exercices de chant, travaux manuels, bains-douches, natation, etc.) ;

3° Les programmes seront allégés et déchargés de tout ce qui les encombre ;

4° Il importe que des représentants des médecins-inspecteurs des écoles chargés de surveiller la santé des écoliers, fassent partie des commissions qui s'occupent de l'élaboration des programmes ;

5° Des terrains de jeux seront installés dans les parcs et sur les emplacements des fortifications ;

6° La scolarité sera prolongée jusqu'à 14 ans.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de cinq internes titulaires et de dix internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 20 décembre 1928, à 9 heures du matin à l'hôpital.

Hôpital Saint-Louis (Service de M. le Dr Milian.) — Un cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau aura lieu du 9 janvier au 23 février 1929, sous la direction de M. le Dr Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis avec la colloboration de MM. Gastou, Lafourcade, L. Périn, Rimé, E. Rivalier.

Les cours auront lieu le mercredi 9 janvier 1929 et les jours suivants, à 2 heures, à l'Hôpital Saint-Louis. Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Programme des cours (28 leçons.) — 1re leçon. Biopsie. Indications. Instrumentation. Technique. Fixation, coupes et colorations (M. Milian.) — 2e leçon. Structure normale de la peau. Epiderme, derme, hypoderme. Vaisseaux et nerfs de la peau (M. Milian.) — 3e leçon. Annexes de la peau. Histologie normale et pathologique des glandes, des ongles, des poils (M. Périn.) — 4e leçon. Etude des lésions fondamentales. Macules érythémateuses, purpuriques, achromiques, pigmentaires. Epiderme, atrophie, hypertrophie. Acanthoses. Parakératose. Hyperkératose. (M. Périn.) — 5e leçon. Spongiose. Vésicules. Œdème intra cellulaire. Altération ballonisante. Etude histologique des affections vésiculeuses. Eczéma, herpès, zona, varicelle (M. Milian.) — 6e leçon. Pustules. Bulles (M. Milian.) — 7e leçon. Papules Papules épidermiques, dermiques, dermo-épidermiques (M. Périn.) — 8e leçon. Tubercules. Nodules. Nodosités. Gommes. Ulcérations. Croûtes. Cicatrices. Scléroses et atrophies cutanées. Dégénérescences. Hypertrophies. Lichénifications (M. Périn.) — 9e leçon. Lésions inflammatoires aiguës : Erysipèle (M. Milian.) — 10e, 11e et 12e leçons. La syphilis. Chancre. Plaques muqueuses Gommes. La leucoplasie (M. Milian.) — 13e et 14e leçons. La tuberculose cutanée. Les tuberculides (M. Milian.) — 15e leçon. Le chancre mou (M. Rimé.) — 16e leçon. Eczéma. Pityriasis rosé de Gibert (M. Rimé.) — 17e leçon. Le psoriasis (M. Lafourcade.) — 18e leçon. Le lichen plan (M. Périn.) — 19e leçon. Les mycoses. Mycétomes et sporotrichose (M. Gastou.) — 20e leçon. Affections du cuir chevelu (M. Rivalier.) — 21e et 22e leçons. Tumeurs de la peau. Définition et classification. Tumeurs formées aux dépens du tissu conjonctivo-vasculaire. Myxomes. Fibromes. Lipomes. Myxomes. Angiomes. Lymphangiomes. Botryomycomes. Sarcomes. Tumeurs lymphatiques. Mycosis fongoïde. Lymphadénomes (M. Milian.) — 23e leçon, Tumeurs épithéliales bénignes. Papillomes. Adenomes. Kystes. Nœvi (M. Périn.) — 24e leçon. Tumeurs épithéliales malignes. Affections précancéreuses dyskératosiques. Maladie de Paget. Maladie de Bowen (M. Périn.) — 25e et 26e leçons. Les épithéliomas (M. Périn.) — 27e leçon. Le sang dans les dermatoses (M. Rimé.) — 28e leçon. La lèpre (M. Milian.)

Le droit à verser est de 400 francs.

S'inscrire au Laboratoire de la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi.) — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Périn.



La bibliothèque d'Armand Desprès. — Les 14 et 15 novembre a été dispersée à l'hôtel Drouot la bibliothèque ayant appartenu à Armand Desprès, chirurgien des hôpitaux, ancien conseiller municipal, député de Paris et auteur de la bibliographie des *Editions Illustrées des Fables de La Fontaine.* » Indépendamment des volumes illustrés et des grands classiques, une réunion incomparable d'éditions des *Fables*, des *Contes et Nouvelles* et des *Œuvres diverses* de la Fontaine ont été livrées aux enchères. Depuis l'originale des *six premiers livres de* 1668, jusqu'aux *Fables inédites* (Cabrie, 1825), toutes les éditions du *grand fabuliste*, dans un état incomparable de fraîcheur, au cours de ces deux journées. Une quantité considérable de suites à part de figures sont également inscrites au catalogue de cette inestimable collection. Ce catalogue constitue lui même un document précieux pour la connaissance de l'esprit original que fut Armand Desprès. Le chirurgien de la Charité possédait la plupart des ouvrages illustrés par son ami Gustave Doré et les autographes de ce dernier n'ont pas été parmi les pièces les moins intéressantes de la vente.

Emplois réservés aux mutilés. — Le Bureau de l'Union des médecins mutilés de guerre, se préoccupant de la part qui serait faite aux médecins dans l'application de la loi sur les emplois réservés aux mutilés s'est adressé à M. Marin, ministre des pensions, qui, le 31 octobre, a reçu MM. les docteurs Landolt, Landrin, Schneider.

Ceux-ci ont obtenu du chef du cabinet du ministre les assurances suivantes :

« La plus grande bienveillance étant acquise aux médecins mutilés et pensionnés de guerre, le Ministre se propose de faire étudier la question qui lui est soumise, tant par ses bureaux que par une commission interministérielle. Il y aura lieu, en effet, de déterminer, pour chaque département, les catégories et le nombre d'emplois susceptibles d'être réservés aux médecins victimes de la guerre.

La délégation de l'Union des médecins mutilés de guerre s'est entretenue également de l'intérêt qu'il y aurait à réserver certaines fonctions aux médecins mutilés dans l'application de la loi sur les assurances sociales, qui exigera, on le sait, un concours important de la part du Corps médical. »

On ne saurait trop féliciter le Ministre des pensions d'apporter tout son soin à réaliser ces projets, dont l'initiative est à l'honneur de l'Union des médecins mutilés de guerre.

Nota. — L'U. M. M. G. dont le siège social est 19, rue Blanche, à Paris, rappelle qu'elle n'est composée que de médecins ayant été blessés aux armées, mais qu'elle s'intéresse néanmoins à toutes les infortunes médicales provenant de la guerre, comme elle l'a d'ailleurs fait jusqu'ici.

Clinique médicale propédeutique de la Charité. — Le cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire dont le programme détaillé a été annoncé antérieurement, commencera le lundi 3 décembre à 9 heures du matin, et se terminera le samedi 8, à 5 h. 1/2 du soir.

L'Institut de psychiatrie et de prophylaxie mentale, placé sous la direction de l'École pratique des Hautes Études, organise une série de conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la psychiatrie.

Ces conférences auront lieu à partir du 16 novembre, les mardis et vendredis à 10 heures 1/2 à l'amphithéâtre Joffroy, hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis (Métro : Glacière).

Laboratoire de biopsychiatrie clinique : MM. Toulouse, Dupouy, Heuyer, Marchand, Montassut, Roubinovitch, Schift et Targowla.

Laboratoire de physiologie appliquée à la prophylaxie mentale, MM. Laugier et Fessard.

Laboratoire de chimie biologique appliquée à la prophylaxie mentale, MM. Delaville et Tcherniakofsky.

Laboratoire de psychologie appliquée à la prophylaxie mentale, M. Lahy et Mlle Weinberg.

Les inscriptions sont gratuites. Elles sont reçues de 10 h. à 12 h. au secrétariat de l'Institut, Hôpital Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, 14e.

Nécrologie. — M. le Dr Victor MARTIN décédé à Grenoble, médecin principal de première classe en retraite dans sa 71e année. — Dr Louis JACQUES.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le Dr Charles DUJARRIER, directeur des travaux scientifiques.) — *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le Dr Raymond LEIBOVICI, prosecteur, commencera. le lundi 10 décembre 1928, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. — Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Chirurgie des plaies des membres. A. Lésions des parties molles. Plaies des muscles : excision, suture primitive ou secondaire. Plaies des tendons : suture primitive et secondaire, greffe. Plaie des nerfs : suture et greffe. Plaies des vaisseaux : découverte large des vaisseaux profonds, ligatures et sutures artérielles. — 2° Chirurgie des plaies des membres (suite). B. Lésions du squelette. Plaies articulaires : suture, arthrotomie. Fractures articulaires ouvertes. Fractures compliquées : fermeture primitive ou secondaire, indications de l'ostéo-synthèse, amputation. Broiements des membres : les amputations dans la pratique courante. — 3° Chirurgie des suppurations des membres : panaris, phlegmons de la main, phlegmons diffus, adéno-phlegmons, hygromas suppurés. Arthrites suppurées : arthrotomies et résections. Ostéomyélite aiguë ; gangrène gazeuse. — 4° Chirurgie des fractures du crâne : trépanations (exploratrice, large, décompressive, sous-temporale). Plaies crânio-cérébrales. Trachéotomie. — 5° Chirurgie des traumatismes abdominaux : plaies et contusions de l'abdomen : suture et résection intestinale, suture du foie, splénectomie, néphrectomie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-laparatomie. — 6° Chirurgie des hernies étranglées : hernies crurales, inguinales, ombilicales. Traitement de la gangrène herniaire. — 7° Chirurgie de l'occlusion intestinale : indications opératoires. Anus cæcal. Anus iliaque temporaire ou définitif. Court circuit. Traitement de l'invagination intestinale. — 8° Chirurgie des péritonites aiguë : appendicite aiguë, perforation des ulcères gastro-duodénaux (suture, gastro-entérostomie, excision). — 9° Chirurgie d'urgence du thorax : plaies pleuro-pulmonaires, plaies du cœur. Pleurésies purulentes. — 10° Chirurgie d'urgence urinaire : cystostomie. Rupture traumatique de l'urètre. Infiltration d'urine. Abcès de la prostate.

Concours Vulfranc Gerdy. — Tous les ans, l'Académie de médecine organise un concours auquel sont seuls admis les internes des hôpitaux. Le candidat reçu à ce concours est chargé pendant quatre années consécutives d'une mission dans une ville d'eaux. Une indemnité annuelle de 1.500 francs lui est attribuée, à laquelle s'ajoute, s'il y a lieu, une somme de 500 francs destinée à récompenser le mémoire qu'il doit fournir tous les ans sur les eaux de la station qu'il a visitée. Tout candidat ayant accompli au moins trois années de stage est lauréat de l'Académie.

Le concours de cette année aura lieu très prochainement. Les candidats sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Secrétariat de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte.

Maladies du cœur et des vaisseaux. — *Hôpital Lariboisière* (Dr Antoine CLERC. (Salles Buzin et Grisolle). — Le mardi à 10 heures. Consultation externe. — Le jeudi à 11 heures. Leçons de séméiologie spéciale et générale, par MM. P.-NOEL, DESCHAMPS, BASCOURRET et Robert LÉVY, assistants de service. — Vendredi à 10 heures. Radioscopie, électro-cardiopathie. — Samedi à 11 heures. Leçons de pathologie cardio-vasculaire. Les autres jours à 10 heures, examen des malades dans les salles.

Les cours commenceront le 15 novembre.

Clinique médicale St-Antoine. — Leçons du vendredi, à l'Amphithéâtre de la Clinique, à 10 h. 1/2, Prof. F. BEZANÇON.

PROGRAMME DU MOIS : 16 novembre. Rhumatisme blennorragique et son traitement. — 23 novembre. Formes infectieuses du rhumatisme articulaire aigu. Le traitement salicylé. — 30 novembre. Le syndrome de rétraction pulmonaire dans la tuberculose.

Avis de concours (Boulogne-sur-Mer). — Un concours sur titres sera ouvert, dans la deuxième quinzaine de novembre, pour l'emploi d'un médecin chargé d'assurer le service des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans la région de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) : Etaples et Desvres.

Le traitement et les avantages donnés à ce médecin spécialisé seront ceux prévus aux statuts du Comité national.

Conditions : Etre Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et de titres de spécialisation en tuberculose.

Adresser les demandes de candidature au Comité national de défense contre le tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dames-des-Champs, Paris.

(*Voir la suite des Nouvelles page 1966*).



TRAVAUX ORIGINAUX

Données générales sur les artérites oblitérantes juvéniles

Résultats de leur traitement par l'artériectomie et la surrénalectomie,

Par R. LERICHE et P. STRICHER.

En nous appuyant sur vingt-huit observations, dont quelques-unes sont suivies depuis 1920, nous voudrions aborder ici quelques points de l'histoire naturelle et du traitement des artérites oblitérantes qui surviennent avant l'âge de l'artério-sclérose et ne reconnaissent pour cause ni l'athérome, ni la syphilis, ni le diabète.

Nous devons poser en principe à leur sujet que, malgré les travaux accumulés dans ces dernières années, on les connaît fort mal. Les phénomènes douloureux et trophiques, la gangrène, que l'on considère comme leurs principales manifestations, ne sont que les épisodes terminaux d'une maladie dont le début et les modes d'installation nous échappent et dont la cause nous est inconnue. Le mécanisme de la gangrène et des troubles trophiques sont bien moins simples qu'il n'y paraît. Il y a donc intérêt à les étudier.

On dit quelquefois qu'il s'agit là de maladies d'évolution, dans la pensée sans doute de marquer que c'est une tâche irréalisable que de s'occuper de leur traitement, mais cette opinion ne repose sur rien. On voit mal ce que l'évolution de l'individu a à faire avec la transformation d'une ou de plusieurs artères en cordons fibreux autour de la trentaine qui rester inagissante quand le malade a les deux cuisses coupées.

Il vaut mieux ne pas se payer de mots et se borner à faire le relevé de ce qui est actuellement analysable dans ces artérites en séparant nettement les faits précis des hypothèses ou des interprétations hasardeuses.

Pour le moment, il y a intérêt dans une étude d'ensemble à rapprocher des artérites oblitérantes d'étiologie diverse, afin de montrer que, soit du point de vue histologique, soit du point de vue physiologique, tel ou tel type d'artérite n'a pas de spécificité. Cela a une certaine importance, car cela indique que ce n'est pas l'anatomie pathologique artérielle qui vraisemblablement nous donnera la clef du problème des artérites.

D'autre part, chaque type d'artérite oblitérante a des particularités évolutives qui peuvent nous servir à comprendre les types voisins.

Voici ce qui nous paraît incontestable :

1° **Du point de vue nosographique**, il faut distinguer quatre types étiologiques.

a) IL Y A D'ABORD DES ARTÉRITES TRAUMATIQUES, soit par traumatisme unique ayant produit une contusion de l'endartère ou une rupture complète (plaie sèche), soit par traumatisme habituel et répété. Dans ces cas, le caillot ne reste pas limité à la zone artéritique. Il pousse dans la lumière vasculaire, s'organisant régulièrement en faisant toujours une coagulation devant lui. Il va ainsi jusqu'à la première grosse collatérale. Il y marque un temps d'arrêt et peut s'y fixer mais, la coagulation peut aussi s'étendre au-delà vers la périphérie. Nous avons vu ainsi un caillot partir de l'humérale rupturée, dépasser la bifurcation radio-cubitale et oblitérer une de ses deux branches. Sur le bout cardiaque l'oblitération reste plus limitée, mais elle peut s'avancer aussi. Dans un cas d'oblitération de sous-clavière au niveau de la clavicule, le caillot se poursuivait au-delà de l'espace interscalénique.

Aussi est-il parfaitement possible que la situation d'un blessé s'aggrave à plusieurs mois de sa blessure, alors que l'état semblait définitif.

b) IL Y A DES ARTÉRITES PAR GELURE. — Elles ont comme particularité de porter presque exclusivement sur les petites artères périphériques, collatérales des doigts, pédieuse, tibiale postérieure derrière la malléole. Dans ces cas l'oblitération fréquemment n'est pas complète.

Beaucoup de ces artères à calibre très diminué laissent encore passer du sang. L'élément spasmodique joue alors un rôle prépondérant dans l'apparition des accidents. Si l'on veut étudier la circulation chez les anciens gelés, il faut ne pas se contenter de la classique manchette de Pachon, mais employer une manchette s'appliquant au cou-de-pied dans sa portion métatarsienne. Sans cela on peut passer à côté du diagnostic. Il faut toujours aussi recourir à l'épreuve du bain chaud et du bain froid, pour faire la part de l'élément spasmodique. Si les bains ne modifient pas les données oscillométriques anormales, il faut conclure à l'oblitération de la plupart des artères qui vont de la jambe au pied. La circulation ne se fait que par des collatérales innominées et elle est très précaire. Nous avons vu la circulation du pied assurée par la seule artère péronière comme artère isolable.

c) IL Y A CHEZ L'ADULTE DES MONOARTÉRITES LOCALISÉES qui n'ont rien à faire avec la thrombose d'origine embolique, tout en lui ressemblant. La maladie est plus subaiguë que chronique à proprement parler. Elle évolue en deux temps, semble-t-il, un de simple oblitération artérielle avec compensation circulatoire suffisante et un plus ou moins tardif de gangrène. On trouve alors l'artère thrombosée sur 8 à 10 cm., très distendue, noirâtre, avec un gros œdème adventiciel et périartéritique. L'infiltration inflammatoire englobe les veines collatérales et soude tout en un seul bloc. Il ne s'agit pas d'un processus infectieux. Ni le caillot, ni les parois ne cultivent. Histologiquement il n'y a pas de signature infectieuse. La maladie guérit si on résèque tout le segment oblitéré avec ligature en artère saine. Si une des ligatures écrase le point de caillot, il y a récidive en aval c'est-à-dire continuation d'évolution mais au ralenti.

La nature de ce type d'artérite demeure inconnue. Nous en avons observé deux cas, dont l'un a été suivi pendant 3 ans.

d) LA THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE DE BUERGER ne doit pas être confondue avec les autres types d'artérite chronique et en particulier avec les artério-scléroses. Elle a une physionomie absolument à part, avec son début entre 25 et 30 ans, avec la multiplicité de ses localisations, avec sa bilatéralité presque toujours d'emblée, avec ses atteintes veineuses. Il est bien certain, par ailleurs, que la maladie de Buerger est celle que Winiwarter, en 1879, Zoege von Manteuffel, en 1891, Heydenreich et Chrétien, en 1887, Dutil et Lamy, en 1893, avaient déjà observée. Ce n'est donc pas une maladie nouvelle. Mais Buerger qui, d'ailleurs cite les auteurs précédents, a eu le grand mérite de l'individualiser, d'en montrer la fréquence et d'en écrire toute l'histoire anatomo-clinique, inconnue vraiment jusqu'à lui.

Buerger croit à une origine infectieuse et attribue une énorme importance à l'existence de foyers leucocytaires et de cellules géantes en bordure d'un caillot encore rouge. Ces lésions ne sont cependant probablement pas spécifiques. On trouve des foyers inflammatoires artériels plus ou moins discrets sur presque toutes les pièces d'amputation pour gangrène. Nous avons une fois des cellules géantes en plein caillot dans une fémorale thrombosée. Il s'agissait vraisemblablement de vulgaires phagocytes s'attaquant à des résidus de sang coagulé. Dans un autre cas, sur une artère axillaire oblitérée par traumatisme répété (port de béquilles), des cellules géantes se trouvaient en bordure de la lame élastique externe.

Nous ne pensons donc pas que l'on puisse accorder une signification particulière aux lésions décrites par Buerger, mais cela n'enlève rien au caractère bien spécial de la thrombo-angéite oblitérante et à l'individualité clinique de cette maladie.

2° **Du point de vue anatomo-pathologique**, les artérites oblitérantes se ressemblent toutes beaucoup et il ne paraît pas que l'histologie pathologique puisse donner la clef du problème qu'elles posent.

A l'inverse des maladies artérielles chroniques liées à un trouble du métabolisme qui débutent au niveau de la media, par la calcification simple de Mönckeberg ou au niveau de l'élastique comme dans l'athérome, c'est-à-dire dans les zones de circulation minima de la paroi, les artérites chroniques préséniles dont nous parlons semblent toutes débuter par une lésion de l'endothélium. Mais personne, croyons-nous, n'a saisi et vu les modifications de début. Buerger a bien décrit des lésions précoces précédant l'organisation conjonctivo-vasculaire du caillot, mais c'était chez des sujets ayant par ailleurs des lésions anciennes en d'autres points du système artériel.

Il en résulte que nous ne connaissons la maladie qu'au stade de la thrombose plus ou moins ancienne. Ce que nous voyons, ce sont des artères dont le thrombus est plus ou moins organisé, qui sont modifiées par des lésions pariétales secondaires, dégénératives pourrait-on dire, et par des adaptations fonctionnelles. Et comme une paroi artérielle n'a à sa disposition que des modes très élémentaires de réaction au niveau d'un caillot, il arrive que toutes les artérites oblitérantes se ressemblent finalement au moment où nous les observons. Macroscopiquement, pièce en main, après artériectomie, ou sur le membre amputé, on n'arrive même pas à déterminer la localisation de début de la maladie, du moins nous n'y sommes jamais arrivé. Même en faisant des coupes sériées et numérotées, c'est-à-dire permettant la reconstruction artérielle nous n'avons pas réussi à dire dans un cas donné : c'est là que vraisemblablement la maladie a commencé.

L'anatomie pathologique n'est que d'un faible secours dans l'étude de la pathogénie des artérites préséniles.

L'étude des artérites par gelure en donne une nouvelle illustration. Il est très probable que les artérites des gelures débutent dans les artérioles par des coagulations intravasculaires à partir desquelles évoluent des artérites et des phlébites, généralement thrombosantes. Or, très vite il est impossible de les reconnaître et on a l'aspect d'une artérite banale. Cela est si vrai que nombre d'auteurs donnent le froid et les gelures comme un facteur favorisant des artérites sans reconnaître qu'il y a là initialement un mécanisme causal très particulier.

Au fond, *une seule donnée anatomique mérite d'être retenue* par celui qui cherche à comprendre ce qui se passe dans les artérites oblitérantes et c'est une donnée plus macroscopique qu'histologique : *Il y a des artérites endoartérielles et des artérites extériorisées.* Dans les premières, la paroi adventicielle paraît normale et l'artère ne semble pas modifiée extérieurement. Dans les secondes, l'adventice est épaissie, adhérente, survascularisée, parcourue par un lacis de vaso-vasorum très dilatés, ou bien il y a une périartérite intense, englobant les veines satellites et parfois les nerfs voisins.

En réalité il ne s'agit pas là de deux types d'artérite différents mais de deux stades de la maladie. Les artérites semblent évoluer pendant longtemps uniquement dans la lumière artérielle et dans l'intimité de la paroi, puis finalement les lésions s'évadent au-delà de la media et atteignent l'adventice, puis des fibres et cellules ganglionnaires.

Or, l'observation opératoire montre que dans la première phase il est rare que l'on ait des accidents gangréneux ou trophiques, et qu'au contraire ceux-ci sont habituels quand l'adventice est envahie. Entendons-nous bien sur la nature de cet envahissement. Il y en a deux types. Tantôt il s'agit d'une simple circulation de suppléance remplaçant la nutrition par le sang qui se fait normalement au niveau de l'endothélium et qui, dans les cas dont nous parlons, ne se fait plus ; tantôt il semble y avoir une véritable propagation inflammatoire avec œdème et sclérose.

Les constatations anatomiques grossières que l'histologie confirme sont d'une importance capitale pour celui qui veut comprendre l'évolution des accidents cliniques dans les artérites oblitérantes.

3° **Du point de vue de la physiologie pathologique**, un fait domine toute l'histoire clinique et évolutive des artérites oblitérantes, comme il domine toute la pathologie artérielle périphérique. C'est le suivant, auquel on n'a pas jusqu'ici attaché l'importance qu'il mérite et sur lequel l'un de nous insiste depuis longtemps (1).

Une oblitération artérielle, même très étendue, même sur un gros tronc (sous-clavière, fémorale, iliaque externe), même chez un homme âgé, ne suffit pas par elle seule à produire la gangrène d'une extrémité.

La seule manifestation vraiment caractéristique de l'oblitération d'un gros tronc est l'insuffisance circulatoire fonctionnelle dont le type est la claudication intermittente. Quand l'artère fémorale est oblitérée. Elle peut être mise en évidence par des épreuves variées en différentes régions.

Ceci doit être démontré, car au premier abord cela semble heurter nos expériences chirurgicales de ligature. On peut en donner une démonstration péremptoire.

Tout d'abord, le nombre est considérable des malades n'ayant pas de pouls, n'ayant pas d'oscillations au Pachon, aux deux membres inférieurs par exemple, et n'ayant des troubles trophiques ou de la gangrène que d'un seul côté. L'un de nous en a rapporté autrefois plusieurs exemples et tous ceux qui s'occupent d'artérite ont vu de ces cas qui sont banals dans la malaladie de Buerger. Il y a longtemps par ailleurs que l'on a publié des relations d'autopsies dans lesquelles on avait trouvé les deux iliaques primitives et externes oblitérées sur toute leur étendue, sans qu'il y ait le moindre trouble de trophicité.

Mais laissons ces cas de côté pour une démonstration expérimentale à l'évidence de laquelle personne ne peut échapper. *Ce qui, pour nous, fait la preuve que trouble trophique et gangrène ne résultent pas du simple fait d'une oblitération artérielle étendue, c'est qu'en cas d'accidents menaçants, prémonitoires de la gangrène, la résection de tout le segment oblitéré fait rétrocéder les signes d'une nutrition troublée.*

Depuis 1916 (2) l'un de nous a fait une trentaine de fois cette résection artérielle pour lutter contre des troubles résultant d'une oblitération artérielle et il n'a jamais vu une gangrène suivre l'artériectomie et une seule fois dans une maladie de Buerger une gangrène commençante n'a pas été enrayée ainsi. Or, il est de toute évidence qu'après la résection de 7 à 8 centimètres d'artère oblitérée, l'hydraulique d'un gros tronc n'est en rien améliorée, le segment supprimé étant généralement plus long que le segment oblitéré.

En voici quelques exemples :

Obs. 1. — Une femme de 46 ans, vue avec le Dr Gallavardin, présente depuis l'âge de 30 ans, des troubles vasomoteurs diffus du membre supérieur avec crises de Raynaud, ayant abouti à la production d'ulcérations au niveau de plusieurs doigts. Il n'y a aucune oscillation au Pachon. Le 12 février 1921, résection de 7 à 8 cm. d'artère sous-clavière oblitérée. Disparition des accidents, cicatrisation rapide des ulcérations, amélioration considérable. En janvier 1928, l'amélioration est maintenue et il n'y a aucun trouble trophique.

Obs. 2. — Un homme de 47 ans, qui présente depuis 9 mois, de la cyanose, du refroidissement des trois derniers doigts de la main gauche avec quelques douleurs, prend brusquement une gangrène des deux dernières phalanges du médius et de l'index. Le 9 août 1924, résection d'environ 12 cm. d'humérale. Rétrocession des troubles. Guérison sans amputation des doigts malades. En juillet 1925, un an après, réapparition des douleurs et d'ulcérations. Une découverte de la bifurcation humérale montre que la radiale et la cubitale sont oblitérées par un caillot récent. Devant ces constatations, amputation de l'avant-bras. Le malade demeure guéri en janvier 1928.

Obs. 3. — Un homme de 56 ans vint nous trouver pour des phénomènes douloureux et de la claudication intermittente à droite avec un début d'ulcération trophique sur le deuxième orteil. Il y a de l'érythromélie. Les oscillations sont extrêmement faibles à droite. Le 12 mai 1927, résection de la fémorale superficielle thrombosée sur 5 cm. Disparition des douleurs et des

(1) Voyez surtout : Mécanisme des troubles consécutifs aux oblitérations artérielles spontanées, d'origine artéritique en dehors de l'athérome. (Soc. de chir. de Lyon, octobre 1921. *Lyon chirurgical*, n° 1, 1925, p. 69.)

(2) Leriche et Heitz. — De la résection vaso-dilatatrice consécutive à la résection d'un segment artériel oblitéré. (C.R. Soc. de biologie, 3 février 1917 et 17 février 1917.)

troubles de nutrition. Amélioration fonctionnelle ultérieure persistant au bout de 5 mois.

Ces faits que nous pourrions multiplier, montrent que dans les accidents qui suivent une oblitération artérielle, ce n'est pas la suppression de l'apport circulatoire par le tronc malade qui cause les troubles trophiques et la gangrène et qu'il faut pour cela autre chose qu'un simple phénomène d'ischémie (1).

Ce quelque chose de plus, c'est le trouble de la vaso-motricité qui l'apporte. Quand une artère est oblitérée sur une certaine étendue, il est presque constant que le réseau artériolo-capillaire périphérique soit extrêmement dilaté. Cela se traduit cliniquement par la coloration rouge carminé que présentent si habituellement les extrémités de ces malades. Chacun sait que cette érythromélie, douloureuse dès que la chaleur l'augmente et qui est un signe constant de la maladie de Buerger, cesse quand on élève le membre dans la verticale. Les extrémités dans cette position deviennent alors blanc de marbre et très froides. Le courant sanguin n'a plus assez de force pour aller jusqu'aux petits vaisseaux par des voies détournées et flexueuses en sens inverse de la pesanteur. Et cela fixe sur la valeur même de la circulation.

Si l'on baisse le pied, il devient aussitôt rouge vif, d'un seul coup. Si l'on injecte du lipiodol en amont du segment oblitéré, on trouve à la radiographie un niveau extrêmement semé de petits vaisseaux très fins. Aucune injection artérielle dans une artère normalement perméable n'a jamais dessiné un aussi riche réseau artériolaire.

Il y a donc vaso-dilatation et c'est cette vaso-dilatation qui assure la nutrition des tissus périphériques, alors que rien ne passe par la grande voie normale. Mais ce n'est là qu'une nutrition bien précaire. Que survienne la moindre perturbation vasomotrice, sous l'effet d'un traumatisme (coupure d'ongle) d'une violente émotion, d'une injection d'adrénaline intempestive, d'une infection le trouble nutritif est déclanché et le régime circulatoire est insuffisant à en assurer la réparation.

La marche normale de la maladie peut avoir le même effet : dès que le processus pariétal atteint l'adventice, des réflexes vasomoteurs sont créés, qui réagissent sur les vaisseaux périphériques ; ceux-ci se contractent, la circulation jusqu'alors suffisante ne l'est plus et la gangrène est immédiatement déclanchée.

C'est en supprimant ces reflexes que l'artériectomie dont il était question plus haut est utile.

D'ailleurs c'est là un fait général. Si les embolies artérielles sont suivies si rapidement de gangrène, c'est parce que le caillot s'arrête à frottement dur, qu'il distend la paroi artérielle au maximum, que l'adventice est refoulée, anémiée, rapidement atteinte de troubles circulatoires et d'œdème. La preuve en est que si au lieu de faire une embolectomie avec suture, on résèque le segment artériel, la guérison survient comme dans l'opération idéale, à ce détail près que le pouls n'est pas conservé.

En voici un exemple :

Obs. IV. — Une malade de 47 ans, mitrale latente, prend, le 15 mai 1924, une brusque douleur dans le bras gauche avec accidents immédiats d'ischémie. La main et l'avant-bras sont blanc d'ivoire. Des taches violacées se voient sur le dos de la main. Il n'y a pas de pouls. A la dixième heure, découverte de l'humérale. Incision de l'artère. Extraction de l'embolus. La paroi artérielle est rouge, velvétique, œdématiée. Une thrombose paraît probable. Résection de 4 cm. d'artère. Guérison sans gangrène.

En somme, nous devons nous habituer à penser :

1° que *les artères ne sont pas de simples tuyaux de distribution du sang — que toute artère est doublée d'un nerf* ;

2° *que la pathologie des oblitérations artérielles n'est* pas réductible à l'analyse des troubles de la circulation du sang au niveau de la zone malade, — qu'une artère oblitérée n'est plus une artère mais un nerf sympathique en conditions anormales ;

3° que *dans la pathologie artérielle, le nerf plexiforme de l'adventice a au moins autant d'importance que le tuyau sanguin.*

Dès lors, si on se souvient de l'existence fréquente des modifications visibles de l'adventice on est porté à penser que dans les accidents consécutifs à une oblitération artérielle, c'est l'adjonction de ce que l'on pourrait appeler des phénomènes adventiciels avec troubles dus à l'oblitération elle-même, qui déclanchent les troubles trophiques. Ce sont en somme les endartérites extériorisées qui provoquent la gangrène sur terrain à circulation juste suffisante. Et ainsi s'éclaire considérablement l'évolution très souvent paradoxale de certaines artérites oblitérantes.

4° **Du point de vue clinique.** — Les artérites oblitérantes ont généralement une longue période pendant laquelle ne les diagnostiquent que ceux qui les cherchent. La plupart des médecins et des chirurgiens les méconnaissent avant la phase des troubles trophiques et gangréneux. Cependant il est facile de les identifier si on s'impose de faire des recherches oscillométriques chez tous les malades qui se plaignent de douleurs dans les jambes, de faiblesse, de froid aux pieds intense età plus forte raison de claudication intermittente. Bien avant l'apparition de troubles trophiques, les artéritiques présentent l'un des symptômes suivants ou plusieurs d'entre eux : atrophie musculaire considérable d'un membre (atrophie globale), pied rouge, pied bleu, pied blanc, pied avec œdème, crises de Raynaud atypique avec cyanose persistante et sans lintégrité de la circulation, dans l'intervalle des accès douloureux, contrairement à ce qui existe dans la maladie de Raynaud vraie. Les deux types les plus banals sont la claudication intermittente et l'apparition d'un trouble trophique après visite chez un pédicure.

Si devant l'un quelconque de ces symptômes on fait l'exploration au Pachon aux quatre membres, on sera surpris de trouver beaucoup d'oblitérations artérielles insoupçonnées.

Mais il faut faire l'exploration systématique jambe et cuisse, avant-bras et bras aux quatre membres, avec épreuves du bain chaud et du bain froid. C'est absolument nécessaire sans cela beaucoup d'artérites échappent. Ce faisant quelquefois on trouvera au lieu d'une absence d'oscillations une augmentation considérable de l'amplitude des oscillations. Ces cas ne correspondent pas à des oblitérations artérielles. Souvent ils sont liés à de la rigidité de la paroi vasculaire au contact d'une sclérose périphlébitique.

5° **Du point de vue thérapeutique.** — On peut poser en principe que dans les artérites oblitérantes à quelque période que ce soit, si l'artère est bouchée anatomiquement et non spasmodiquement, aucune opération nerveuse n'est utile. Les opérations sympathiques, sympathectomies périartérielles et ramisections ne doivent être faites que quand les artères ne sont pas complètement oblitérées, et que les vaisseaux périphériques sont dilatables, et à condition qu'il n'y ait ni vasodilatation de suppléance ni lymphangite. Il en est ainsi souvent chez les atéromateux et parfois chez les gelés, dont les artères sont épaissies et non oblitérées, en somme toutes les fois que l'élément spasmodique joue un rôle dans la symptomatologie. Il peut en être ainsi au début de la maladie de Buerger quand l'oblitération est encore basse. C'est ce qui explique les succès surprenants que la sympathectomie périartérielles a donnés à Georges Müller, à Archibald, à Bernheim que nous avons cités dans un rapport au dernier Congrès de chirurgie, et plus récemment à Hartmann, dans deux cas ; mais en règle, on arrive troujours trop tard.

L'heure des opérations sympathiques est passée. Depuis 1923, nous ne les avons essayées que dans quelques cas qui paraissaient favorables ou la main forcée chez des médecins en instance d'amputation auxquels nous ne pouvions refuser et nous n'en avons jamais obtenu satisfaction.

A plus forte raison, d'autres opérations nerveuses comme la cordotomie sont-elles inefficaces. On a fait quelquefois des

(1) Cependant, quand il naît du tronc malade de petites artérioles terminales, comme cela existe au niveau du coude (artères supérieures des fléchisseurs) il peut y avoir une nécrose parcellaire intramusculaire. Mais cela n'a rien de commun avec les gangrènes des extrémités dont nous parlons.

cordotomies à la suite d'erreurs de diagnostic, en présence d'algies non rapportées à leur vraie cause. Les résultats n'en ont pas été heureux.

Il n'y a que deux sortes d'opérations conservatriees qui nous aient paru utiles dans les artérites oblitérantes : l'artériectomie et la surrénalectomie.

a) L'artériectomie. — Après une expérience de onze années et d'après l'examen d'une trentaine de cas, l'artériectomie nous semble indiquée qaund une seule artère est oblitérée ou quand il s'agit de plusieurs petites artères périphériques. En fait, elle n'est qu'une sympathectomie, pratfquée exactement au point malade, supprimant la zone de départ des réflexes vaso-moteurs anormaux. Elle est suivie de la même réaction vaso-dilatatrice que la sympathectomie périartérielle, ainsi qu'on le trouvera indiqué dans des notes a la Société de biologie signalées ci-dessus. Dans les mono-artérites elle guérit généralement et d'une façon durable. S'il s'agit d'une artérite traumatique, quelle qu'en soit le mécanisme, elle améliore considérablement l'état du malade : l'extrémité se réchauffe, les douleurs et les troubles trophiques disparaissent ; le résultat est durable. Nous en possédons 22 observations, mais il est évident qu'il ne faut pas avoir la naïveté de l'appliquer à des cas de gangrène déclarée.

Dans les artérites spontanées localisées à une seule artère, sans cause atteingible, la résection artérielle est le seul traitement efficace, et qui, semble devoir donner un résultat durable.

En voici la preuve :

Obs. V. — Un homme de 36 ans, après avoir séjourné dans l'eau, présente brusquement des douleurs des jambes et un malaise général. Le lendemain son bras droit est douloureux, lourd. Ces douleurs s'irradient en brûlures du bras jusqu'aux doigts, puis elles se localisent à l'index. Il s'y joint des crises d'asphyxie qui redoublent sous l'influence du chaud. Il nous est envoyé trois mois après avec le diagnostic de maladie de Raynaud. Avec ce diagnostic, nous faisons le 7 novembre 1926, une ramisection cervicale basse. Résultat immédiat excellent, puis récidive en janvier 1927. A cause de cette récidive, sympathectomie humérale sur une artère très contracturée. Amélioration, mais en août 1927 récidive. Ce malade réclame une amputation. Fin août, résection de l'artère humérale depuis le 1/3 inférieur jusqu'au bord antérieur de l'aisselle, vers la première collatérale. Elle est complètement oblitérée par un thrombus ancien dans la partie moyenne et par un thrombus récent en haut. Grosses lésions adventicielles.

En octobre, il persiste des douleurs dans l'aisselle où on a l'impression que le thrombus se poursuit, mais bientôt tout s'arrête et aux dernières nouvelles la guérion est complète. Fin décembre, le malade est venu nous voir en bicyclette. Il se sert de sa main droite comme de la gauche. Il a engraissé, travaille régulièrement, Et cependant il n'a plus d'humérale depuis l'aisselle et n'a pas de pouls.

Chez les anciens gelés, quand il s'agit bien d'oblitération artérielle et non d'une simple diminution de calibre avec spasme surajouté (ce que l'oscillométrie et le bain chaud permettent de reconnaître), l'artériectomie est la seule opération qui soulage. Il est assez curieux de voir qu'après l'ablation de la tibiale postérieure et de la pédieuse, par exemple, des ulcérations se cicatrisent et le pied se réchauffe.

Le résultat peut-il être stable. ? Nous l'avons vu se maintenir plusieurs mois. Mais dans les conditions où sont généralement vus les malades, après des années de souffrances et de troubles circulatoires variés, on peut craindre une récidive. Mais comme en dehors de cela il n'y a qu'une amputation du pied à faire, on peut toujours commencer par l'artériectomie.

Dans la maladie de Buerger, les résections artérielles, que nous avons plusieurs fois essayées, n'ont que des effets sédatifs passagers. Elles sont sans utilité réelle, sinon pour vérification du diagnostic.

Par contre, dans cette maladie, la surrénalectomie unilatérale nous a permis d'obtenir de très grandes améliorations.

b) Surrénalectomie. — Il nous paraît inutile de dire qu'avec la surrénalectomie on ne peut pas espérer une guérison complète chez un malade dont les deux artères fémorales sont transformées en cordon fibreux. Il est bien évident que les signes d'ischémie persisteront quoiqu'on fasse, car ils sont irréversibles. La claudication intermittente, en particulier, est quelque chose d'incurable, cela va de soi, de même une gangrène ne saurait rétrocéder. Mais on peut chercher à obtenir la suppression des douleurs, l'amélioration de la circulation périphérique et surtout l'arrêt de l'évolution de la maladie.

C'est cela que nous avons obtenu dans plusieurs cas.

Nous avons fait jusqu'ici 13 surrénalectomies dont 9 pour endartérites oblitérantes multiples. Six de ces cas nous paraissent être des maladies de Buerger. Nous avons publié ici-même (1) et ailleurs (2) les observations en détail. Voici nos résultats à l'heure actuelle :

Un malade amélioré par l'opération pendant 7 mois, a dû être amputé successivement des deux jambes, un an, puis 2 ans après sa surrénalectomie.

Un autre opéré depuis 2 ans, a eu quelques petits troubles trophiques depuis sa surrénalectomie, mais il ne souffre plus, n'a pas eu de gangrène, n'a pas été amputé, va tous les jours à son bureau et continue son métier. L'opération date de deux ans et quatre mois (en juin 1928).

Un troisième, médecin, opéré le 15 décembre 1925, arrivé sur un brancard, est reparti marchant sur ses deux pieds, bien qu'une amputation ait paru s'imposer et nous a annoncé au bout de 18 mois qu'il comptait reprendre bientôt son métier, son état s'améliorant régulièrement.

Chez un quatrième, nous avons échoué et l'amputation a été nécessaire. Actuellement l'autre jambe est menacée.

Un cinquième surrénalectomisé le 16 mars 1927, dentiste qui ne pouvait plus travailler plus d'une heure, va très bien, n'a pas été amputé et travaille actuellement (mai 1928) jusqu'à 6 heures debout.

Dans un dernier cas, qui ne date que de six mois, le résultat s'annonce très bon.

En somme deux échecs, une amélioration suivie de récidive et trois excellents résultats, datant de 1 à 2 ans.

Si l'on songe à ce que sont ces malades et aux conditions dans lesquelles on les opère, on est obligé de convenir que la la surrénalectomie est une opération utile, dont il faut poursuivre l'étude.

Il est facile pour expliquer les résultats qu'elle donne d'invoquer des coïncidences et une rémission spontanée dans les cas heureux. Mais quand on a vu la brusque disparition des douleurs, la rapide réparation des troubles trophiques et gangréneux suivre la surrénalectomie chez des malades que rien ne soulageait, et qui avaient été jusqu'alors inutilement opérés plusieurs fois, on a le droit d'être d'un autre avis (3).

Costantini a proposé, l'an dernier, de remplacer la surrénalectomie par l'ablation de la seule médullaire surrénale, ce qui serait facile chez le chien. Chez l'homme, nous avons essayé deux fois cette opération très logique sans réussir à cause de l'extrême friabilité de la capsule.

L'énervation de la glande qui serait probablement efficace ne nous a pas paru réalisable sur le vivant.

De toute façon, nous pensons que ces essais doivent être poursuivis et que l'avenir d'une endartérite est beaucoup moins sombre aujourd'hui qu'autrefois. L'amputation n'en est plus le seul traitement.

(1) Leriche. — De la surrénalectomie dans les gangrènes artéritiques des sujets jeunes. (*Soc. de chir. de Lyon*, 10 décembre 1925 et *Bull. et mem. de la Soc. de chir.*, 12 mai 1926, n° 17, p. 521.)

(2) Stulz et Stricker. — Huit observations de surrénalectomie dans l'endartérite oblitérante juvénile et dans la maladie de Buerger. (*Revue de chir.*, n° 3, 1927, p. 196.)

(3) Nos observations seront prochainement publiées dans la thèse de P. Stricker, Strasbourg, juillet 1928.


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

L'ileus biliaire,

Par **A. AIMES** (de Montpellier.)

Les calculs biliaires donnent lieu, par leur migration, dans l'intestin, à des accidents souvent très graves d'occlusion aiguë. Cependant, en général, l'occlusion qu'ils provoquent est relativement lente, puisque, d'après MM. Leriche et Cotte, les signes cliniques se prolongent en moyenne pendant une dizaine de jours. Des améliorations ou même des arrêts dans la marche des accidents font parfois espérer une guérison spontanée ; le plus souvent, l'occlusion se complète, à nouveau, au bout de plusieurs jours : cette intermittence des accidents serait un signe pathognomonique de cette variété d'occlusion intestinale.

Dans leur travail très documenté, paru dans la *Gazette des hôpitaux* (12 décembre 1908, p. 1707), MM. Leriche et Cotte donnent, comme chiffre de la mortalité opératoire, 32 %, moyenne de diverses statistiques ; tandis que la guérison spontanée ne surviendrait que dans la moitié des cas environ : 50 % pour Courvoisier, 44 % pour Schuller, 32 % pour Kirmisson. Ces auteurs concluaient évidemment à l'intervention précoce et ils espéraient que le chiffre de la mortalité opératoire serait abaissé par les perfectionnements de la technique opératoire et par la précocité de l'intervention.

Or, M. Dartigues (Société des chirurgiens de Paris, 7 mai 1926), à propos d'un cas qu'il a opéré et guéri, a montré que sur 500 cas publiés actuellement, la mortalité opératoire dépasse 70 % ; cette gravité opératoire a été confirmée par M. Villandre et par la discussion de 1927, à la Société de chirurgie de Marseille : M. de Vernejoul ayant publié un cas heureux de guérison, obtenue grâce à une anastomose de dérivation mettant au repos le segment intestinal lésé, M. Bourde rappelait trois cas terminés par la mort, malgré des opérations simples et rapidement conduites et proposait, pour éviter la résorption toxique, de faire suivre l'extraction du calcul d'une jéjunostomie haute de décharge, avec siphonage uroforminé.

La divergence entre les deux opinions exprimées sur la gravité opératoire de l'ileus biliaire peut s'expliquer par plusieurs raisons.

D'abord, il y a entre les divers cas d'ileus biliaire des différences de gravité considérables, tenant au siège de l'occlusion : les occlusions haut situées sur le grêle sont très graves, tandis que les occlusions coliques ont un pronostic bien meilleur ; ensuite, l'occlusion par calcul venu directement du cholédoque, ayant suivi les voies normales, est le plus souvent simple, car la pierre est de faibles dimensions et a fait le minimum de lésions de passage, tandis que les calculs passés de la vésicule ou du cholédoque dans l'intestin par perforation, occasionnent des occlusions complexes, à cause des désordres anatomiques dus à cette perforation (adhérences, brides, infection) et à cause, aussi, de leur volume, qui peut être considérable.

Enfin, il faut, pour connaître aussi exactement que possible, la mortalité opératoire, ne pas tenir compte des observations trop anciennes, datant de l'époque où toutes les opérations étaient grevées d'une lourde mortalité et ne pas tenir compte également des cas opérés trop tard : si l'on supprime les cas anciens et les cas opérés *in extremis*, les statistiques sont meilleures.

Diagnostic précoce et opération précoce, c'est la formule si souvent invoquée en chirurgie qui s'applique le mieux à cette forme d'occlusion, comme d'ailleurs à toutes les variétés d'occlusion intestinale.

Malheureusement, le diagnostic causal est bien rarement possible.

Nous avons eu l'occasion de suivre un cas fort intéressant d'iléus biliaire dont voici l'observation résumée :

Il s'agit d'une malade de 65 ans, atteinte d'obstruction intestinale, que nous examinons dans la soirée du quatrième jour. L'arrêt des selles datait de quatre jours, les gaz ne passaient plus depuis quarante-huit heures.

Nous trouvons un tableau net d'occlusion intestinale, avec ballonnement léger de l'abdomen, douleurs spontanées peu importantes, mais douleurs à la palpation, vomissements rares, mais très abondants, devenus porracés dans le courant de la journée, pouls rapide, à 130.

La malade est une constipée chronique, qui a fait déjà plusieurs crises d'obstruction intestinale, nous pensons à une obstruction fécale et nous injectons un milligramme de sulfate d'ésérine, associé, bien entendu, à des injections d'huile camphrée et aux irrigations intestinales. La malade est soumise à une surveillance constante et elle sera opérée immédiatement s'il ne se produit pas une sédation des symptômes.

La nuit est relativement bonne, les vomissements s'espacent et, le lendemain, l'état de la malade est satisfaisant : pas d'aggravation, vomissements arrêtés, pouls bon, à 120. Le ballonnement persiste, mais il ne s'est pas accentué.

L'indication opératoire ne paraît pas urgente, on répète l'injection de sulfate d'ésérine et on continue les lavages intestinaux.

Le jour suivant, la malade expulse spontanément et sans difficultés, un calcul biliaire du volume d'une grosse noix, d'une densité telle qu'il fallut le briser à coups de marteau.

La guérison très rapide s'est maintenue depuis 1925.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Vomissements et vomitifs [1],

Par le Professeur **Maurice LOEPER.**

Etudier dans une même leçon le traitement des vomissements et la thérapeutique émétisante semble chose quelque peu paradoxale et qui se justifie pourtant, car le mécanisme des uns, le mode d'action de l'autre mettent en jeu les mêmes nerfs et les mêmes centres.

Le **vomissement** est le rejet par les voies digestives supérieures du contenu gastrique qui se trouve expulsé brusquement et par saccades répétées. Il doit être distingué de la régurgitation. Celle-ci peut être œsophagienne — sialorrhée et sténoses de l'œsophage — ou gastrique, lors d'une biloculation qui se vide par la poche supérieure. Il s'agit là d'un phénomène moins pénible, en quelque sorte plus supérieur et moins complet que le vomissement. La différence n'est pas que clinique et subjective, elle est aussi physiologique. C'est à Magendie qu'on en doit la connaissance. Le vomissement n'est pas un phénomène exclusivement gastrique : sa cause réelle tient à la contraction brusque du diaphragme en inspiration. La preuve en est que si, chez un chien, on remplace l'estomac par une vessie en caoutchouc, remplie d'eau, et communiquant avec l'œsophage, on détermine le vomissement chaque fois qu'on provoque une contraction diaphragmatique. Donc pour l'estomac le vomissement est chose surtout passive. Cependant l'estomac se contracte bien un peu ; le cardia doit nécessairement s'ouvrir. La physiologie du vomissement peut donc se résumer de la façon suivante : abaissement du diaphragme par excitation du phrénique ; ouverture du

(1) Leçon recueillie par le Dr André Lemaire, préparateur à la Faculté.

cardia. Les animaux dont le cardia reste fermé ne peuvent vomir, tels les chevaux en proie au mal de mer.

Le IX et le X sont les deux nerfs du vomissement : ils amènent au centre bulbaire les incitations périphériques émanant des voies digestives supérieures et de l'estomac. Ce centre est d'ailleurs proche du noyau du X puisqu'il siège au voisinage du noyau des nerfs mixtes. La réflexion se fait vers l'estomac et le diaphragme par la voie du X moteur et du phrénique. Du point de vue physiologique, il apparait donc que les lésions gastriques sont de beaucoup les plus importantes comme facteurs de vomissements. La connaissance de la voie qu'emprunte l'arc réflexe explique encore que le vomissement soit rarement un acte isolé : le plus souvent,en effet, il est accompagné de toute une série de de phénomènes satellites. L'exemple du mal de mer est saisissant : les nausées et les vomissements n'en résument pas tous les symptômes, les vertiges, le dérobement des jambes, la diarrhée, la pâleur de la face, les sueurs, l'hypotension, les tendances syncopales n'y font presque jamais défaut. C'est qu'en effet l'incitation amenée au centre du vomissement par le X ne s'y cantonne pas : elle éclabousse en quelque sorte le noyau de Deiters, les voies cérébelleuses, le centre vasomoteur et déclanche tout un cortège de phénomènes dont le vomissement n'est qu'un élément. On me pardonnera d'insister sur ces notions physiologiques, mais je pense qu'il n'est pas possible de faire de bonne thérapeutique si on ne l'assied sur la connaissance aussi exacte que possible des symptômes morbides et de leur mécanisme.

Ce qui précède laisse supposer que les causes du vomissement sont nombreuses. Schématiquement je les classerai de la façon suivante, peu scientifique sans doute, mais au moins pratique. Un premier groupe rassemble les vomissements *d'origine nerveuse* générale : tels ceux qu'on observe dans les maladies mentales, au cours des intoxications, et pendant la grossesse. Ils forment une classe très à part, car il est certain qu'une grossesse ne fait pas vomir pour les mêmes raisons qu'une sténose pylorique, l'absorption de teinture d'iode par le même mécanisme qu'une lésion ulcéreuse de l'estomac.

Les vomissements par *excitation gastrique* élective intéressent plus directement le gastro-entérologue. L'hyperchlorhydrie fait vomir parce que l'excès d'acidité gastrique a pour effet a la fois de coaguler brusquement les albumines et de bloquer le pylore ; les gastrites à cause de l'irritation déterminée par les aliments sur une muqueuse enflammée ; l'ulcère enfin par le spasme pylorique ou médiogastrique qu'il provoque et parfois par l'irritation d'un péritoine qu'il atteint ou enflamme. Les névrites abdominales sur lesquelles j'ai longuement insisté, sont une cause de pérennisation des troubles gastriques ou intestinaux qu'elles compliquent : à ce titre elles tiennent sous leur dépendance les vomissements des ulcères calleux. C'est aussi dans ce groupe mixte que rentre le tabès et certaines myélites dont les crises gastriques s'accompagnent de vomissements particulièrement abondants et fréquents.

La *réplétion de l'estomac* est une cause plus habituelle de vomissements. Il faut d'abord s'entendre sur la signification de ce terme. Certains sujets sensibilisés à tel ou tel aliment vomissent dès qu'ils en absorbent la moindre parcelle : il ne s'agit pas ici de réplétion, mais d'anaphylaxie alimentaire. J'aurai l'occasion d'y revenir dans une leçon ultérieure Par contre, lorsque certains aliments ont provoqué une hypersécrétion et bloqué le pylore, le moindre apport alimentaire nouveau est suivi de vomissement, et c'est vraiment de réplétion qu'il s'agit. Mais il est des réplétions dues à des causes durables, au cours desquelles le vomissement est devenu habituel : ce sont les biloculations par spasmes médiogastriques ou sténoses cicatricielles, ce sont les sténoses pyloriques, spasmodiques et transitoires ou cicatricielles et organiques. Dans ce dernier cas, le vomissement est réellement un acte *libérateur*, destiné à évacuer de l'estomac du liquide accumulé depuis plusieurs jours en quantité abondante. Pourtant certaines sténoses serrées et rapides, n'ayant pas encore dilaté l'estomac, s'accompagnent de vomissements d'un autre caractère non pas résiduels, mais en «raquette». Qu'on me passe ce mauvais terme, dont le seul mérite est d'être expressif : tout se passe comme si les aliments, pénétrant dans un estomac hypertonique, se trouvaient brusquement rejetés comme l'est une balle par une raquette tendue. Enfin les sténoses médiogastriques peuvent varier d'un jour à l'autre le type du vomissement qu'elles provoquent : aqueux quand il vide la poche supérieure, alimentaire quand il se fait aux dépens du contenu de la poche inférieure ; il devient parfois bilieux quand la bile peu encore refluer à travers le pylore.

D'une façon plus générale, on pourrait encore distinguer les vomissements en vomissements spoliateurs, les plus habituels et en vomissements libérateurs qu'on ne voit que dans les sténoses. Je préfère pourtant la première classification : excitation nerveuse générale, excitation gastrique élective, réplétion gastrique, parce qu'elle me semble résumer, en même temps que ses origines, les différentes orientations thérapeutiques que comporte le vomissement.

***

Quand il provient d'*une excitation nerveuse générale*, le vomissement est évidemment justiciable des antinervins. J'ai déjà parlé suffisamment des propriétés et de la posologie de ces médicaments pour n'avoir pas besoin d'y insister longuement. Le bromure administré par la bouche dans l'intervalle des repas donne parfois d'excellents résultats. Mais encore faut-il choisir : le bromure de calcium est fort désagréable au goût, les bromure d'ammonium et de potassium sont irritants. On peut masquer par du sirop de fleurs d'oranger, l'acreté de l'un et l'action irritante des autres. Le sel de soude est encore le meilleur : on le fait prendre dans un peu de potage, à la dose de 1 à 2 gr. par jour. Le potage apparaît un peu salé. Il calme souvent très bien les vomissements de la grossesse.

Si l'on veut employer la valériane, on a le choix entre plusieurs préparations : poudre, extrait, teinture, valérianates, valériane qui, ont été étudiés dans une précédente leçon. Quand les vomissements se répètent et, à plus forte raison, deviennent incoercibles, il faut utiliser la voie rectale et recourir aux lavements et suppositoires à base d'antipyrine ou de chloral.

Lavement :

NaBr	2 gr.
Hydrate de chloral	2 gr.
Eau	20 gr.
Lait	60 gr.
Jaune d'œuf	n° 1

Le lait et le jaune d'œuf, outre leurs propriétés nutritives, ont pour effet d'atténuer les effets irritants du bromure et du chloral.

Suppositoires :

Antipyrine	0.50
Extrait thébaïque	0.01
Extrait gras de chanvre indien	0.02
Extrait de valériane	0.05
Beurre de cacao	3 gr.

Nombre des Vomisseurs ont des troubles de leur équi-



STRYCHNAL
LONGUET

10 fois moins toxique que la strychnine

Tolérance parfaite, sans contre-indication.

Granules à 0 gr. 01
2 à 4 par jour.

Ampoules à 0 gr. 01
1 à 2 par jour.

Laboratoires LONGUET, 34, rue Sedaine, PARIS

libre neurotonique : dans cette balance équilibrée que forment le sympathique et le vague, les deux plateaux doivent normalement avoir le même poids. Dans le cas présent l'équilibre est rompu soit parce que le tonus du sympathique diminue, soit parce que le tonus du vague augmente. On peut, souvent rétablir l'équilibre en donnant soit de l'adrénaline, à la dose d'un milligramme par la bouche, soit de l'atropine en injection d'un demi milligramme.

On peut encore s'adresser à la physiothérapie, sous forme de galvanisation et de diathermie.

La galvanisation selon la méthode de Bordier comporte l'application d'une électrode négative au creux épigastrique, et de deux électrodes positives sur les deux pneumo-gastriques dans leur trajet cervical. Il faut employer une intensité assez élevée. Jusqu'à 4 milliampères on obtient plutôt des effets d'excitation, à 30 ou 50 milli des effets sédatifs. Une fois le vomissement calmé, redescendre à 4 mille et recommencer plusieurs fois par jour. Les résultats peuvent être rapides et complets.

La diathermie utilise un courant de haute fréquence d'un voltage considérable qu'on fait passer dans l'organisme par une large électrode de 10 cm. × 5 cm. appliquée au creux épigastrique : il n'en résulte aucun trouble sensitif ni douloureux ; l'amélioration qui se produit est due aux modifications chimiques et caloriques provoquées dans les tissus par le passage du courant.

Quand les vomissements sont dus à une lésion gastrique non sténosante, la médication alcaline résume toute la thérapeutique des vomissements : en traitant le symptôme, elle traite aussi la cause. J'ai parlé dans la précédente leçon du bicarbonate de soude, de la chaux et des sels de magnésie. Il est inutile que j'y insiste à nouveau. Mais il est indispensable de faire ici mention du citrate de soude. C'est un médicament récent, dont on doit la vulgarisation à Mathieu, à Hirtz et à Variot. Très alcalin, il a moins d'inconvénients que le bicarbonate ; il n'alcalinise pas les urines aussi fortement, et la neutralisation qu'il procure n'est pas suivie d'une phase d'hypersécrétion ; c'est une des raisons pour lequel Hirtz l'a substitué au bicarbonate dans la formule dite de Bourget. Quand il est pur, ou associé aux aliments, il a surtout un effet antiémétisant. On l'administre aux doses ses de 1 à 10 gr. par jour. Dissous dans un litre de lait, un paquet de 5 gr. empêche sa coagulation dans l'estomac.

Aux nourrissons vomisseurs, Variot donne volontiersdu lait hypersucré. J'ai vérifié avec Marchal que l'adulte se trouvait bien aussi de cette prescription même lorsqu'il présente un ulcère intolérant de l'estomac.

Il faut aussi calmer la sensibilité gastrique en recourant aux divers analgésiques que je vais passer en revue.

L'eau chloroformée à 5 0/00 se donne par cuillerées à café. Elle est moins irritante à la longue que l'eau bromoformée recommandée par Mathieu qui ne titre pourtant que 2,5 0/00. Il faut se garder d'y adjoindre de la cocaïne qui se trouverait précipitée. La cocaïne ou la stovaïne s'administrent en potion, où figurent heureusement de la codéine et de l'eau de chaux.

Chlorhydrate de cocaïne ou stovaïne...	0.02
Codéine..........................	0.02
Eau de chaux......................	125 gr.

Le menthol est un bon analgésique, mais il a l'inconvénient d'être peu soluble. C'est plutôt en suspension qu'en solution qu'il figure dans les diverses préparations. On ne peut utiliser sa solubilité dans l'alcool, car ce dernier est irritant pour l'estomac, et le menthol se trouverait précipité de sa solution dès que mélangé au suc gastrique. L'huile est le vecteur le plus habituel du menthol : l'emploi de la gomme est nécessaire pour maintenir l'émulsion.

Menthol..........................	0.05
Huile d'amandes...................	10 gr.
Gomme...........................	10 gr.
Sirop de fleurs d'orangers...........	30 gr.
Eau de tilleul......................	150 gr.

par cuiller à dessert.

Cette formule est préférable à la suivante, préconisée par Mathieu :

Menthol..........................	0.05
Teint. de salse pareille..............	5 gr.
Sirop............................	25 gr.
Eau de laitue......................	300 gr.

par cuiller à soupe.

Il est très difficile de réaliser une préparation non homogène et le plus souvent l'émulsion ne tient pas. L'eau de laitue a pourtant quelque action. Elle contient un lactucarium dont le principe actif ou lactucarine est hypnotique à la dose de 2 gr. Son association au menthol est donc assez justifiée.

Le validol est un excellent calmant, très actif, mais un peu irritant, et désagréable au goût : c'est du valérianate de menthol qu'on administre dans un peu d'eau sucrée ou mieux en capsules à la dose de X à XX gouttes.

On a encore proposé contre les vomissements incoercibles et comme sédatifs du système nerveux le valérianate et l'oxalate de cerium qui se peuvent employer l'un et l'autre à la dose de 0,02, à 0,10 par jour en pilules, mais qui sont assez négligés.

La liqueur d'Hoffmann est un mélange à parties égales d'éther officinal et d'alcool dont LXXV gouttes pèsent 1 gramme. Elle s'administre depuis deux siècles à la dose de 25 à 30 gouttes par prise ou de 1 à 8 grammes en potion quotidienne.

La potion de Rivière est bien plus couramment employée Sa découverte mérite d'être contée : voyant un malade absorber pour combattre ses vomissements un mélange de sel d'absinthe, c'est-à-dire de carbonate de potasse et de citron, Th. Rivière, doyen de Montpellier, eut l'idée d'expérimenter cette formule, tout en la transformant. Elle donne d'excellents résultats, car le dégagement de gaz carbonique qui résulte du mélange d'un carbonate avec l'acide citrique, anesthésie la muqueuse et supprime dès son origine le réflexe émétisant. La potion de Rivière se formule de la façon suivante :

Potion 1

Bicarbonate de potasse ou de soude...	2 gr.
Sirop............................	15 gr.
Eau.............................	50 gr.

Potion 2

Acide citrique......................	2 gr.
Sirop de citron.....................	15 gr.
Eau.............................	50 gr.

donner une cuillerée à soupe de la potion 1), puis immédiatement après une cuillerée à soupe de la potion 2).

On peut remplacer le bicarbonate de soude qu'indiquent la plupart des formulaires par le bicarbonate de potasse ; car ce dernier a l'avantage de dégager plus de CO^2.

Il est évident qu'on peut aussi employer l'eau de Seltz où l'acide carbonique est sous pression : elle agit de la même façon.

En outre on se trouvera bien des *applications externes* de glace ou de compresses d'éther sur le creux épigastrique ; on recommandera enfin au malade de sucer de petits morceaux de glace.

Tous les médicaments précédents sont absolument inutiles si les vomissements sont dus à une pléthore gastrique. La seule thérapeutique efficace est alors le *vidage de l'estomac*, suivi d'un lavage à l'eau ou au sérum physiologique : il faut parfois plusieurs litres de liquide pour débarrasser de ses stagnations alimentaires un estomac sténosé et stagnant.

* * *

Les **vomitifs** sont des médicaments qui agissent sur les centres du vomissement exactement comme agissent les différentes causes qui provoquent les vomissements spontanés. Il y a là un curieux exemple du *tropisme* de certains médicaments vis-à-vis des centres nerveux, représentés dans le cas particulier par le noyau bulbaire du X.

La médication vomitive est indiquée dans certaines affections pulmonaires où elle réalise la médication controstimulante des anciens, dans les infections, dans certaines intoxications hétérogènes ou autogènes comme l'urémie, dans certains cas enfin de réplétion gastrique.

Il existe 4 principaux vomitifs : le sulfate de cuivre l'émétine, l'ipéca et l'apomorphine.

Le sulfate de cuivre est le plus rarement employé, bien qu'il ne soit pratiquement pas toxique et ne provoque pas d'hypotension artérielle. Chez les adultes on prescrit des prises successives de 0,05 dans 1/2 verre d'eau tiède toutes les 5 minutes jusqu'à effet. Chez l'enfant, on ne dépassera pas une dose totale de 0,05.

L'émétique ou tartre stibié, est un tartrate double de potasse et d'antimoine se présentant sous forme d'une poudre blanche cristalline soluble dans l'eau froide. Il fit l'objet d'une querelle restée célèbre sous le nom de querelle des antimonieux entre Guy Patin et Chartier : Chartier en vantait les bons effets, Guy Patin l'accusait d'avoir causé la mort de beaucoup de religieux, c'est de là que lui vient son nom. Ses propriétés thérapeutiques et sa posologie sont variables selon la dose.

C'est un vomitif énergique à la dose de 0,03 à 0,05 ingéré en cachet ou en solution dans une petite quantité d'eau en deux fois à 5 minutes d'intervalle. On l'associe parfois au sulfate de soude selon la formule :

Tartre stibié........................	0,03 à 0,05
Sulfate de soude....................	15 à 20 gr.

C'est un éméto-cathartique quand on en fait prendre des doses réfractées de 1/2 à 1 cgr. plusieurs fois par jour ; mais il est, à l'heure actuelle, peu usité comme tel.

Ses effets sont rapides, mais accompagnés d'une hypotension marquée. A cause de son action dépressive sur le cœur et le système nerveux, il ne doit être donné ni aux malades débiles, ni aux vieillards, ni aux enfants. Dans ce cas l'ipéca, qu'on peut d'ailleurs lui associer, est bien préférable.

L'ipéca dont je rappellerai les propriétés dans une leçon ultérieure, contient de l'émétine et de la céphœline. C'est à ce dernier alcaloïde surtout qu'il doit d'être émétisant. Selon la dose, il est comme l'émétique, un vomitif ou un expectorant. La formule suivante, inscrite au Codex indique ses diverses posologies chez l'enfant et chez l'adulte.

	Enfants (3 ans)	Adultes
Poudre d'ipéca.........	0.30	1.50
Sirop d'épéca...........	30	30 ou 50

par cuillerée à café toutes les 10 minutes jusqu'à vomissement.

A l'inverse de l'émétique, son action ne se prolonge pas longtemps : il agit aussi plus lentement et ne provoque qu'une hypotension légère.

Le chlorhydrate d'apomorphine est un vomitif puissant, d'effet presque immédiat. On l'administre par voie souscutanée ; comme tel il se trouve indiqué dans les empoisonnements. Son action rapide est très brève ; il ne provoque guère qu'un vomissement. C'est un dérivé de la morphine, très toxique, et très altérable à l'air. Les doses courantes sont de 0,005 à 0,01 cgr., en solution à 1 %.

Pour si différente que soit la matière chimique de ces divers vomitifs, ils ont pourtant un mode d'action identique, puisqu'ils sont tous des excitants du noyau du pneumogastrique. Certaines réactions leur sont encore communes, L'ipéca est capable de déterminer des éruptions cutanées, sans doute par un mécanisme de sensibilisation : il est curieux de remarquer que l'émétique qui est bien différent a parfois les mêmes effets. Il est intéressant de rapprocher ces deux ordres de propriétés pharmaco-dynamiques analogues.

VARIETES

Souvenirs des années d'apprentissage (1).

Je me mets dans mes meubles,

Conséquences d'une demi-erreur judiciaire.
Un attendrissant quiproquo.

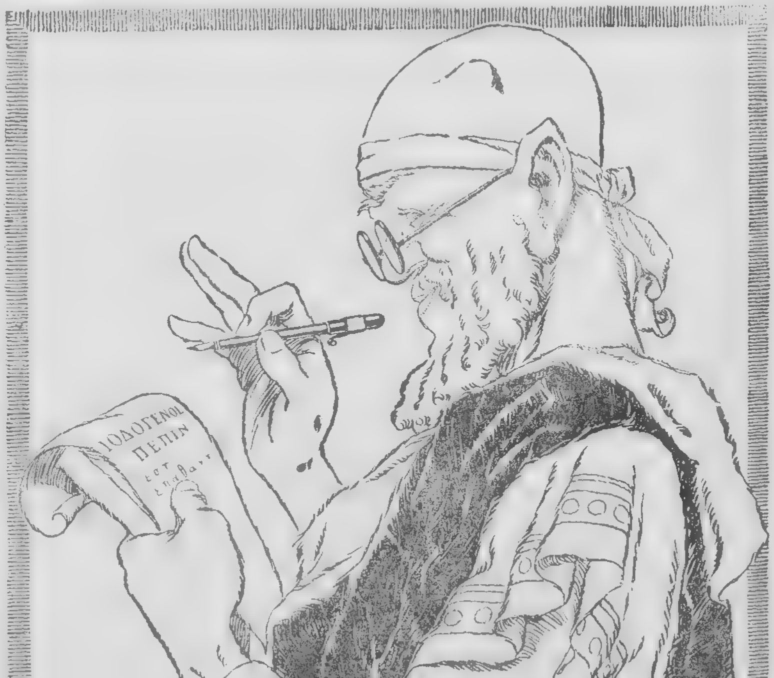
Après avoir déménagé six fois en trois ans, je pris la résolution d'en finir avec les hôtels meublés aux inconvénients multiples : cheminées qui fument, tapis et tentures sales, domestiques négligents, voisins souvent trop bruyants.

Dans le dernier garni où je gîtai, mon plus proche voisin était un brave garçon qui n'avait qu'un défaut, celui de se griser de temps en temps le soir et de rentrer alors, après la fermeture des cafés, dans un état d'impotence crurale qui lui interdisait de remonter à notre troisième étage. Affalé sur les premières marches, il poussait des gémissements, qui dégénéraient en hurlements jusqu' à ce qu'on vînt le tirer d'embarras. Souvent c'était le portier qui se chargeait de le hisser jusqu'à sa chambre, mais parfois ce fonctionnaire dormait à poings fermés ou faisait la sourde oreille et, pour ne plus entendre les plaintes du camarade, je me décidais à descendre faire le sauvetage. Une nuit, la tâche fut particulièrement rude ; la porte de l'escalier de la cave, qui s'abouchait dans le vestibule, étant restée ouverte, mon inconscient voisin s'y était fourvoyé et sa voix lamentable paraissait sortir des entrailles de la terre. Ce pauvre camarade, mise à part sa tendance à l'abus des spiritueux, était intelligent et laborieux, plein de qualités. Plus tard, il s'est ressaisi et sa carrière a été très honorable.

Mes déménagements étaient de plus en plus compliqués et l'aménagement de mes biens meubles dans une seule chambre de plus en plus difficile par suite de l'augmentation croissante du nombre de mes livres. A cette époque commençait à sévir la facilité offerte à l'étudiant par la vente « à tempérament » d'acquérir beaucoup de livres, en ne déboursant comptant qu'une petite somme et en signant des billets à ordre pour payer le surplus. Quelle tentation pour les bibliophiles de s'offrir quantité de nouveautés alléchantes, même avec peu d'argent comptant ! Il est vrai qu'à un moment donné l'accumulation des billets à payer aux échéances ultérieures créait à l'acquéreur imprévoyant de terribles crises financières, dans lesquelles l'acheteur ne peut remplir ses obligations qu'en revendant à perte une partie de ses acquisitions. Mais combien d'étudiants sont prévoyants ? J'ai été quelque peu entraîné

(1) Voir le n° du 30 octobre 1928.


SÉDOBROL
"ROCHE"
Tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 tablette Sédobrol Roche = 1gr NaBr
Traitement bromuré intensif dissimulé
Tous les états nerveux :
Neurasthénie, Épilepsie.
Hyperexcitabilité.
DOSE :
ADULTES. 1 à 5 tablettes par jour
ENFANTS. ½ à 2 tablettes, selon l'âge
Echantillon & Littérature sur demande :
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges
PARIS



dans ce cercle vicieux de l'achat au prix fort à crédit et de la revente à vil prix. Aussi ma chambre était-elle aussi encombrée qu'une arrière-boutique de librairie d'occasion.

J'étais donc à peu près décidé à chercher un logement vide et à le meubler, dès que je le pourrais, quand ma décision fut accélérée par une mésaventure tragi-comique, dont voici le récit.

Un soir d'été, un de mes voisins dans l'hôtel, trop à l'étroit dans sa chambre pour y recevoir plusieurs amis auxquels il voulait offrir un punch, m'emprunta la mienne, qui était grande et à deux fenêtres. Vers minuit, la chaleur étant excessive, les fenêtres furent ouvertes et les reflets du punch enflammé, aperçus de la rue par un gardien de la paix. Celui-ci engagea les jeunes gens, qu'il voyait aux fenêtres, en bras de chemises, à faire moins de tapage ; ils chantaient à tue-tête des refrains variés. Ripostes énergiques des étudiants à l'agent, qui verbalisa de bas en haut pendant qu'on le huait copieusement de haut en bas. L'amphitryon étant mon hôte, je ne me mêlais pas à la dispute et je me bornais à surveiller le brulot alcoolique. Ce fut pourtant moi la victime.

Ignorant les noms des délinquants, l'agent se contenta de noter l'étage et la situation des fenêtres éclairées *a giorno* et s'enquit le lendemain auprès du portier du nom du locataire desdites fenêtres.

Ce fut donc à mon nom que fut dressé le procès-verbal pour tapage nocturne et injures à agent ; il me fallut me rendre à l'assignation du juge au tribunal de police, au milieu d'un public fort mêlé.

Je dois dire que le magistrat me traita avec courtoisie, jugeant que mon cas n'était pas pendable. J'expliquai que le punch incriminé, accompagné de chants politiques (*La Marseillaise* et la *Fuite de Badinguet*, fort à la mode à cette époque au Quartier) et que les cris « sauvages » — à dire d'agent — avaient eu comme cause occasionnelle l'échec d'un de mes camarades à un examen.

Ouïes mes explications, le juge déclara ne pas saisir le rapport entre la cause et l'effet ; il aurait compris que l'allégresse d'un étudiant reçu s'exprimât par un punch et des chants. Mais après un refus ? — Je dus lui rappeler ce qu'il avait oublié depuis ses études de droit : le candidat blackboulé se voyait restituer une partie de la somme consignée et la somme restituée avait été appliquée à la consolation entre amis du candidat malheureux.

Le magistrat ne put réprimer un rire très franc..., mais ne fut pas désarmé, puisqu'il me condamna à cinq francs d'amende et aux dépens, soit un louis environ. Je me retirai le front haut, entouré des amis, qui m'offraient de payer les frais. Je crus de ma dignité de refuser leur offre. Mais cette demi-erreur judiciaire eut d'autres suites

N'étant pas encore majeur, j'avais pour la Faculté un correspondant ; avisé par elle de ma condamnation, celui-ci me manda d'urgence et me lava la tête énergiquement, non sans rire dans sa barbe, me dit-il ultérieurement ; c'était le meilleur et le plus cher de mes anciens maîtres du lycée et il ne me dénonça pas à mes parents.

Quarante-huit ans plus tard, je venais d'être élu depuis une semaine à l'Académie et me préparais à m'asseoir dans l'enceinte réservée, quand le Président me fit dire que le Secrétariat n'avait pas encore reçu l'approbation du Président de la République, à laquelle est soumise réglementairement chaque élection.

Ce retard n'est pas habituel et un de mes collègues, vieux camarade d'internat, me dit en manière de plaisanterie : N'y a-t-il pas quelque cadavre dans ton passé » ? — « Mais Molière n'a-t-il pas insinué que tous les médecins en ont ? », répondis-je.

En cet instant, pendant la durée d'un éclair, s'illumina au tréfonds du magasin poudreux de mes souvenirs l'image du jugement, à moitié inique, qui m'avait déclaré tapageur nocturne et injurieux pour les représentants de la loi. Heureusement presque aussitôt, lui succéda celle du bulletin qu'en échange de trois francs un greffier du Palais m'avait un jour délivré à propos de je ne sais plus quelle candidature nécessitant un certificat de bonnes vie et mœurs. Casier judiciaire : néant. Alors je ne craignis plus d'être déclaré par le chef de l'Etat indigne de siéger à côté des amis qui m'avaient jugé *dignus intrare in suo docto corpore*.

Cette fâcheuse aventure, que m'avait value la vie d'hôtel, acheva de me décider à me mettre dans mes meubles.

Après de longues recherches, je découvris un délicieux petit logement dans une maison rue d'Ulm, à l'angle de la rue Thuillier, en face de l'Ecole Normale, à l'étage le plus proche du ciel.

Les pièces consistaient en trois espaces triangulaires minuscules, dont les sommets convergeaient vers un vestibule, où deux personnes ne pouvaient se tenir que si les quatre portes en étaient fermées ; la base de chaque triangle correspondait au tiers d'un balcon, sur lequel s'ouvraient les trois fenêtres, mais tellement surélevé qu'on n'y pouvait accéder qu'en gravissant un escabeau à trois marches, transporté d'une pièce à l'autre. Cela peut paraître incommode ? Je le trouvais charmant.

De ce balcon quelle vue merveilleuse ! Une vue de Paris presque en entier, tel qu'il apparaissait du haut du labyrinthe du Jardin des plantes au héros de *Manette Salomon* et dont les Goncourt ont fait une description saisissante, avec laquelle je n'ai pas la prétention de rivaliser. De l'air, de la lumière à profusion ! Bientôt je transformai le balcon en jardin suspendu par acquisition de caisses de fleurs peu coûteuses. Les meubles strictement nécessaires, mais dans les trois pièces des rayons de bois peint simulant l'acajou sur lesquels mes chers bouquins si nombreux pouvaient trouver chacun sa place.

Quand tous furent rangés et que je m'assis dans un fauteuil d'occasion, couvert de reps bleu, pour allumer une bonne pipe, je goûtai une satisfaction sans mélange.

Rue si peu fréquentée que le silence était rompu seulement à intervalles réguliers par les chevaux qui entraient ou sortaient d'un dépôt d'omnibus voisin. Maison d'une tranquillité monastique. A mon étage, une vieille demoiselle que je voyais rarement, mais qui fut sans doute édifiée par ma bonne tenue ; car un jour elle m'aborda, en me confiant que, son logement ne pouvant contenir un harmonium dont elle avait hérité et qu'elle ne voulait pas vendre, elle me confierait volontiers l'instrument avec le droit de m'en servir. Je pus le placer, en condamnant une des portes, et j'y plaquais de temps en temps quelques accords larges et d'allure religieuse, quand j'étais mélancolique ; mais des amis musiciens s'en servirent souvent pour accompagner des chants qui n'étaient ni des psaumes, ni des cantiques.

Une brave vieille concierge qui faisait mon ménage me prit en amitié et m'en donna un jour un témoignage aussi imprévu que touchant par suite d'un étrange quiproquo.

Dans les périodes de pénurie financière, et surtout quand arrivaient certaines échéances des billets que j'avais signés en achetant trop de livres à crédit, il me fallait en vendre avec perte de 50 %. Dans une de ces crises, j'avais dit à un ami que je songeais à me défaire des Cliniques de Trousseau, dont j'avais pompé tout le suc. Cet ami en parla à un autre qui, désirant faire cette acquisition, passa chez moi et, ne me trouvant pas, laissa à la concierge sa carte avec ces quelques mots : « Je sais par X, que vous voulez vendre votre Trousseau. Donnez-moi la préférence. » — Le soir, ma concierge me dit avec embarras, mais une intonation plutôt sévère : « C'est triste de voir un jeune homme « si bien » (?) obligé de vendre son trousseau. Je suis sûr que ça ferait de la peine à vos parents. Et qu'est-ce que vous ferez, quand vous n'aurez plus de linge ? Si vous êtes si gêné, je peux vous avancer un peu d'argent ».

Cette confusion d'un grand médecin avec des paquets de linge m'aurait fait rire si je n'avais été tout d'abord attendri. Je remerciai avec effusion, mais sans confusion, cette brave femme, en lui expliquant qu'une vente de livres devenus inutiles n'était pas pour un étudiant une catastrophe pareille à la vente de sa dernière chemise et je déclinai bien entendu son offre. Je la rétribuais d'ailleurs toujours régulièrement et avec largesse ; le premier devoir d'un locataire étant d'*honorer* son concierge.

* * *

Vieil étudiant et jeune externe.

Silhouettes de mes chefs de service. Renaissance de la saignée. Une nuit de travail chez un ascète. — Mes débuts comme journaliste. — Un curieux mendiant de carrière. — Épicure hygiéniste. — Un verglas historique.

J'avais passé quatre de mes examens de doctorat, je me préparais à subir mes examens de clinique et à faire ma thèse, quand un confrère de province, ami de ma famille, m'offrit de le remplacer plusieurs semaines dans sa clientèle. Pendant ce remplacement, j'eus plusieurs occasions humiliantes de constater mon insuffisance en clinique et en obstétrique. Je fus pris de scrupules à l'idée d'entreprendre l'exercice d'une profession, qui peut devenir si dangereuse quand on l'exerce après une préparation insuffisante, même à la campagne. D'autre part, la perspective de quitter mon Paris natal, et toutes les amitiés que j'y avais, m'apparaissait presque intolérable.

Après m'être assuré que j'avais, grâce à mes leçons et à ma plume, la possibilité de vivre encore quelques années en étudiant, je pris la résolution de recommencer mes études médicales, mais en abordant la hiérarchie hospitalière. Trois ans de parole en public m'avaient rendu la confiance en moi et je fus nommé sans incident cette fois, externe en 1878.

Je choisis à l'Hôtel-Dieu un service, dont le titulaire était en congé permanent et se trouvait remplacé de trimestre en trimestre par des médecins du Bureau Central ; je me procurerais ainsi dans la même année plusieurs jeunes chefs à compétences variées et pouvant m'aider à devenir un meilleur clinicien. J'eus la main heureuse, puisque dans une année je pus voir à l'œuvre, au lit des malades, un neuropathologiste, un dermatologiste et hématologiste, un cardiologue et un gynécologue : j'appris beaucoup de chacun d'eux.

Le titulaire du service était atteint de rhumatisme déformant progressif ; il ne pouvait plus monter dans ses salles (l'architecte de ce nouvel Hôtel-Dieu, qui avait coûté si cher et dont la construction avait duré si longtemps, n'avait installé que des monte-charges, et point d'ascenseurs) : il était si attaché à ses fonctions qu'il continua assez longtemps à se tenir chaque matin dans la salle des médecins ; son interne y venait lui rendre compte de l'état des principaux malades et lui demander des conseils pour le traitement. On racontait qu'un jour, ayant su qu'un cas de rhumatisme déformant analogue au sien se trouvait dans une salle, il s'y fit transporter : arrivé auprès du malade, il le questionna avidement sur les médications déjà employées, désirant savoir quelle avait été la moins inefficace. Sur l'affirmation du patient que c'était l'extrait de marron d'Inde, le médecin impotent prit note de l'adresse de l'herboriste chez qui ce remède avait été acheté. Ce fut sa dernière visite à son service.

Le sentiment qui ramène parfois encore à l'hôpital un chef de service, alors qu'il ne peut plus remplir sa fonction, est respectable, mais quelquefois singulier.

L'aliéniste Moreau (de Tours), nommé médecin de la Salpêtrière à une époque où il n'existait pas de limite d'âge, continuait à venir chaque matin à la salle de réunion des médecins, sans jamais monter jusqu'à ses salles. Legrand du Saulle lui ayant demandé un jour pourquoi il s'imposait la fatigue de ce déplacement quotidien, Moreau répondit qu'à cette heure-là, toutes les fenêtres de son appartement étant ouvertes, parce que sa femme exigeait des domestiques un nettoyage minutieux, il lui était impossible de rester chez lui.

Quelques souvenirs de mon temps d'externat.

Mon premier chef était un savant : outre la médecine, il avait étudié à fond la chimie, la botanique et la minéralogie. Comme il aimait à faire profiter ses élèves de ses connaissances multiples, il parlait beaucoup, mais avec une voix de fausset suraiguë, qui contrastait avec son aspect physique très mâle et un peu sauvage : teint brun, chevelure noire hirsute, comme sa barbe, yeux étincelants ; un grasseyement rocailleux achevait de rendre sa parole peu agréable. Mais le fond était solide : comme disait Lasègue de certain candidat à l'agrégation : chocolat de pur cacao, mais sans vanille.

Elève de Bazin, il saisissait toutes les occasions de nous instruire en dermatologie et nous incitait à la connaissance des diathèses.

Quand il prit possession du service, il nous fit part de son intention de continuer des recherches qu'il avait entreprises sur l'analyse chimique du sang, et dès les premiers jours commanda à chacun des externes plusieurs saignées. Nous nous regardions stupéfaits et embarrassés ; à cette époque on n'en faisait jamais ou si rarement que ni notre interne, l'aimable Laurent, qui a fait à Versailles une belle carrière de praticien, ni aucun de nous n'en avait jamais pratiqué. Il fallut pourtant s'y mettre. Alors il n'était pas question de ponction veineuse avec une aiguille et une seringue aspiratrice, mais du maniement de la lancette et de la poëlette.

Les premiers temps, ou bien nous faisions des saignées « blanches », ou nous nous faisions éclabousser le visage par un jet mal dirigé. Après des échecs et des réussites variables, chacun de nous devint un saigneur émérite. Le plus souvent, il s'agissait de faire comparativement le dosage de l'urée dans le sang et dans l'urine et l'opération se faisait dans le service. Un des élèves même, Gillet, se distingua en perfectionnant l'uréomètre de Regnard.

Quand le chef désirait faire des analyses plus compliquées, il emportait les tubes de sang recueilli pour aller effectuer ses rehcherches dans le laboratoire de son ami Quesneville, pharmacien en chef de l'Asile d'aliénés de Vaucluse, près d'Epinay-sur-Orge. Cette éventualité se réalisa un jour d'été très chaud, et notre chef, m'honorant de sa confiance, me pria de l'accompagner à Vaucluse, en portant une vingtaine de tubes de sang, occlus avec de l'ouate et du sparadrap ; recommandation de les tenir bien verticaux pendant le trajet.

L'heure du déjeûner approchait et je n'avais mangé le matin qu'un petit pain et une tablette de chocolat. Mon chef me dit que nous déjeûnerions en arrivant chez son ami. Mais il s'était trompé sur l'heure du train ; nous débarquions à la station d'Epinay à deux heures après midi ; il nous fallait arpenter sous un soleil brûlant et tenaillés par la faim les deux kilomètres environ de la route conduisant à Vaucluse. Enfin, nous y arrivons, mais Quesneville avait depuis longtemps fini de déjeûner et eut quelque peine à tirer de la cuisine les éléments d'un luncheon pour nous. Rien n'altérait l'humeur de mon chef : il restait, comme à l'ordinaire, austère et bougon, répétant qu'on ne saurait trop se donner de mal pour la science. Je ne protestai pas. Il était d'ailleurs particulièrement sobre et encourageait la sobriété chez autrui, comme je pus m'en convaincre dans une autre circonstance, avec mon camarade H. Boullant qui fut un habile praticien à Limoges et qui jouissait aussi de la confiance du maître. Alors que celui-ci concourait pour l'agrégation, ayant à faire une thèse sur les métastases, il nous chargea de recueillir beaucoup de renseignements bibliographiques et, la veille du jour où il devait déposer à la Faculté sa thèse imprimée, la correction des épreuves n'étant pas terminée, il nous demanda de venir l'aider dans cette tâche.

Nous pénétrâmes ainsi dans le petit et sombre logement qu'il occupait ; comme il ne faisait pas de clientèle, c'était l'antre d'un travailleur célibataire et désordonné : des livres partout, des instruments de chimie dans la cuisine au lieu d'ustensiles de ménage. Sur un coin de table, dans la pièce qui devait être une salle à manger, mais semblait une arrière-boutique de librairie, les restes d'un repas, qu'il enferma dans une armoire à notre arrivée pour nous faire la place nécessaire à la correction des épreuves.

L'après-midi s'écoule : l'heure du dîner dans nos pensions respectives est passée et nous avons faim. Nous demandons une heure pour alle nous réconforter : « Non, non, mes enfants. Nous n'avons que bien juste le temps pour être en mesure demain matin ; nous passerons la nuit ensemble et je vous donnerai à souper. » Vers 11 heures, en effet, le chef ouvrit l'armoire aux provisions et en tira un morceau de pain, assez gros à vrai dire, quelques rondelles de saucisson et un petit fragment de fromage, avec un fond de bouteille de vin. Voilà, soupez, mes amis. Ensuite nous nous remettrons à la besogne. » Et il disparut dans son cabinet.

Boulland et moi, nous n'avions pas de quoi faire la noce et

...s enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

...DIPLOMES D'HONNEUR
...uxelles 1910
Turin 1911

...DAILLES D'OR
...ris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



La boite pour une semaine environ.

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque **"SPHINX"** et la dénomination **"LACTAGOL"**

...DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis**, *près* **Paris**

...one : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établ^ts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

Glycérophosphates originaux

Phosphate vital
de Jacquemaire

Solution gazeuse (de chaux, de soude, ou de fer)
2 à 4 cuill. à soupe par jour, dans la boisson

Granulé (de chaux, de soude, de fer, ou composé)
2 à 4 cuill. à café par jour, dans la boisson

Injectable (de chaux, de soude, de fer,
1 à 2 injections par jour

ECHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)



Tuberculose - Anémie - Surmenage
Débilité - Neurasthénie - Convalescences

Aliment rationnel des Enfants dès le premier age

Blédine
JACQUEMAIRE

nous nous sentions de fort méchante humeur. Que reprocher à cet ascète bourru, mais qu'on estimait si brave homme, en mal de concours ?

Nous passâmes donc la nuit, corrigeant, corrigeant fiévreusement les feuilles de papier encore humides que nous apportait périodiquement un ouvrier typographe et qu'il remportait pour le tirage définitif. Enfin à l'aube c'était fini, nous avions tous deux la migraine. Mais la thèse fut déposée à moins cinq. Notre chef nous remercia en grommelant amicalement et reconnut plissant son front sourcilleux, que nous étions de dévoués serviteurs de la science. Il fut nommé agrégé et poursuivit sa carrière laborieuse mais fut enlevé prématurément à la science et à sa famille qu'il avait tardivement constituée.

Quel contraste avec le chef que nous eûmes ensuite ! Elégant et courtois, il arrivait à l'hôpital enveloppé aux premiers froids de belles fourrures. Il était, je crois, médecin de l'ambassade de Russie. Sa prédilection pour la gynécologie l'inclinait à réunir dans le service des cas intéressants, et il nous apprenait à diagnostiquer et traiter les affections de l'utérus et des annexes avec plus de précision qu'on ne le faisait d'ordinaire dans les services de médecine générale. Je lui dois d'avoir pu suivre pas à pas l'évolution d'un fibrome intra-utérin qui se termina par une expulsion spontanée : aussi, quand j'eus à traiter dans une composition écrite pour l'internat la question des « polypes de l'utérus », je pus m'en tirer correctement, sans l'avoir préparée en conférence, avec le souvenir ineffaçable de la chose vue et je ne confondis point le sujet, comme la plupart de mes compétiteurs, avec celui des fibromes en général.

Le service échut ensuite à un neurologiste, qui plus tard devint dermatologiste, attiré par l'espoir de recueillir la chaire de la Faculté ou, disaient les amateurs de jeux de mots faciles, par une prédestination que Piorry eut qualifiée d'onomastique.

Examinant avec grand soin, comme disciple de Charcot, toutes les affections du système nerveux, et nous signalant à l'autopsie minutieusement les lésions, il me fit faire assez de progrès pour que, lorsque j'arrivai à la Salpêtrière en première année d'internat, j'aie pu d'emblée profiter de ses richesses cliniques.

L'année se termina sous la direction d'un chef de service particulièrement zélé à un double point de vue. S'intéressant surtout aux maladies du cœur, il nous enseignait méthodiquement à les ausculter, nous expliquant parallèlement le mécanisme physiologique des appareils valvulaires et la pathogénie des lésions. Il faisait preuve d'une étonnante érudition, citant de mémoire des historiques et des monographies anciennes ; si à l'autopsie se rencontrait quelque cas exceptionnel, ayant appris que je savais dessiner assez correctement et manier le pinceau, il me chargeait de faire un croquis ou une aquarelle, dont il se montrait généralement satisfait et qu'il utilisa dans ses publications. Quand le concours d'internat fut proche, il réunissait les externes qui se préparaient à y prendre part, leur faisait traiter dans le temps réglementaire certaines questions et indiquait le meilleur plan à suivre pour les exposer.

Il nous inspirait une sympathie respectueuse, parce que nous savions qu'il avait perdu un œil pendant son internat, ayant contracté une ophtalmie purulente dans un service d'enfants, accident qui lui avait valu son ruban rouge ; qu'il avait exercé quelque temps en province et s'était décidé à revenir affronter les concours dans des conditions matérielles, au début difficiles, mais qu'il avait assez rapidement conquis une clientèle riche et étendue en même temps que son titre de médecin des hôpitaux.

Personnellement, je lui dus la bonne fortune d'être présenté au Dr Auguste Cézilly, de Chantilly, qui, fondant alors le *Concours médical*, cherchait des rédacteurs, et à l'aimable chirurgien Gustave Richelot, qui, dirigeant l'*Union Médicale*, avait besoin d'un secrétaire de rédaction. C'est ainsi que j'ai pris pied dans la Presse médicale, où j'ai besogné ferme pendant dix ans.

Au cours de cette année, un jour qu'investi de la confiance de mon interne, je le remplaçais pour la garde, très fier de ma responsabilité, sur le seuil de l'Hôtel-Dieu je fus abordé par un personnage vêtu ou plutôt déguenillé à la façon d'un mendiant de Callot. Il me dit qu'il mourait de faim et était un étudiant en médecine en profonde dèche.., m'exhibant d'un lambeau de portefeuille un lambeau d'inscription à une Faculté et un fragment de certificat, attestant qu'il avait été quelque temps interne dans un asile de province. Emu, je le fis entrer dans la salle de garde et demandai à la cuisinière si elle n'avait pas quelques reliefs du déjeûner. Non sans une répugnance visible, elle apporta un assez gros morceau de veau froid et de pain. L'affamé dévora autant qu'il put de l'un et de l'autre et sollicita la permission d'emporter le reste, qu'il enveloppa dans un vieux journal, tiré d'extraordinaires poches gonflées déjà de bien des objets. Puis il se retira, après m'avoir supplié de lui donner quelque argent et d'intéresser les internes à sa misère. J'y allai de mes cent sous et l'engageai à revenir le lendemain.

Après son départ, la cuisinière me dit qu'elle avait déjà vu cet escogriffe, mendiant professionnel, et me dissuada d'en parler à la salle de garde. Je le fis néanmoins et recueillis une vingtaine de francs, que je donnai à ce pauvre diable, quand il m'aperçut le lendemain. Or, voici la suite, logique, mais curieuse par sa durée. Dans chaque hôpital où je passai, il me relança. Quand je fus devenu praticien, il vint maintes fois mendier dans mon antichambre. Lorsque je reçus un ruban rouge, il m'adressa une pièce de vers et, bien entendu, vint chercher sa récompense. Après lui avoir donné des pièces de cinq francs, je descendis progressivement jusqu'à cinquante centimes, et, lassé de son importunité, je le repoussai. Un jour que je passais en sapin découvert, il sauta sur le marchepied et s'assit en face de moi ; je dus, pour le faire descendre sans esclandre, lui donner encore quelque monnaie. Enfin, en 1921, quand je fus élu à l'Académie, 43 ans après notre première rencontre, je le trouvai rue Bonaparte faisant les cent pas avec cet air mixte de rodomont et de suppliant qui lui était particulier et il me tendit encore la main. Mais le plus étrange de cette longue épopée, c'est que pendant ce quasi demi-siècle je n'ai jamais vu sur le corps du héros que le même costume en lambeaux, d'une couleur grisjaunâtre indéfinissable et sur son chef un feutre à la Van Dyck, du moins avait-il dû avoir cette forme à l'origine ; dans l'ensemble un aspect de capitan humilié avec un regard tel qu'on n'eût pas été rassuré en le rencontrant le soir au coin d'un bois. Il avait été roux de poils et était devenu gris ; c'était presque la seule différence que je notais depuis notre première entrevue.

L'année suivante, je fus externe à Lariboisière. Mon chef, cultivé, aimant les arts, médecin du Conservatoire, s'était adonné à l'étude de l'hygiène et attendait sans impatience apparente que le titulaire de cette chaire, très âgé, laissât la place vacante. Il avait aussi à diriger un service de laryngologie, dont il confiait la gestion courante à la compétence supérieure d'un spécialiste de ses amis. Il n'était pas aussi souvent disposé à discuter à fond les diagnostics qu'à nous instruire des progrès de l'hygiène internationale. Ayant fait de nombreux voyages, notamment en Perse, il nous les racontait d'une façon charmante. L'année terminée, je n'ai plus eu aucune occasion de le revoir ; mais, comme secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, je dus plus tard rédiger sa notice nécrologique. J'avais gardé de lui un souvenir assez précis pour retracer sa physionomie d'aimable épicurien, sans trahir, je l'espère, sa mémoire de galant homme et d'agréable chef de service.

Les internes étaient le laborieux et sérieux Jules Comby, le joyeux et entraînant Verchère, J'ai suivi les conférences d'internat que celui-ci dirigeait avec Arnold Netter, déjà érudit à miracle ; notre amitié ne s'est jamais démentie. Parmi mes collègues externes, je comptais Louis Queyrat, mon futur collègue au clinicat, qui a conquis, comme médecin des hôpitaux Ricord et Cochin, un renom mérité d'habile syphiligraphe et préside avec autorité la Ligue contre le péril vénérien ; Paul Portalier, fin, sarcastique et bienveillant, type de praticien dévoué et correct ; ce qui ne l'a pas empêché d'être un habile collectionneur d'objets d'art.

Cet hiver de 1879-80 fut d'une rigueur exceptionnelle. La Seine fut congelée pendant plusieurs semaines ; de lourds chariots la traversaient ; on dansait sur la glace auprès du Vert-Galant. La neige tomba en telle abondance que dans la rue Ambroise-Paré, qui mène à Lariboisière, elle formait une double tranchée jusqu'à hauteur d'homme où les étudiants et les malades qui se rendaient à la consultation se suivaient en file indienne.

La neige, même tenace, est moins dangereuse que le dégel interrompu par un coup de verglas, tel que celui qui, dans une des années précédentes avait fort incommodé les Parisiens. En fin de soirée hommes et chevaux tombaient comme capucins de cartes. Les fractures de bras et de jambes furent si nombreuses en quelques heures que les médecins ne pouvaient suffire à tous les traumatisés. On imagina de placer les pieds dans des bourriches vides d'huîtres ; ceux qui pouvaient s'en procurer patinaient en s'appuyant aux murs. Dans certains des théâtres bien des artistes et des spectateurs durent passer la nuit dans une demi-obscurité. Les soupeurs étaient plus confortablement dans les restaurants et chez les marchands de vins. Cet épisode fut mis à la scène par le peintre Vibert, qui était aussi quelque peu dramaturge. Au lever du rideau, on voyait la place du Carrousel miroitante comme une glace ; au milieu, un fiacre dont le cheval était dételé : le cocher et les bourgeois, descendus sur un tapis formé par la couverture du Bucéphale, tantôt battant la semelle, tantôt approchant les mains des lanternes pour essayer de se réchauffer, échangeant des propos que j'ai oubliés, mais qui provoquaient le fou-rire dans la salle des Variétés.

Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1928.

Anesthésie en chirurgie gastrique. — *M. Ortholoméi* (de Jassy). Rapport de *M. P. Duval.* Il s'agit de la rachianesthésie avec anesthésie locale de la paroi en fin d'opération. L'auteur fait d'abord le procès des autres modes d'anesthésie, en particulier de l'anesthésie des splanchniques. Il apporte la statistique de Finsterer qui n'obtient une anesthésie parfaite que dans moins de la moitié des cas. De même il a très souvent vu chez M. Pauchet l'anesthésie paravertébrale n'être pas complète. En fait M. Ortholoméi n'apporte aucun argument probant.

Traitement du goitre exophtalmique. — *M. Welti.* Rapport de *M. P. Duval.* L'auteur insiste sur les soins pré-opératoires et apporte la statistique de Crile,

Invagination intestinale. — *M. Méthivet.* Rapport de *M. Veau.* — Ce travail confirme la gravité de cette maladie après vingt-quatre heures.

M. Ombredanne dit qu'il a vu un cas datant de trente-six heures qu'il a été impossible de désinvaginer.

M. Veau apporte un cas analogue.

M. Alglave a vu un cas analogue où il pu faire l'autopsie ; il y avait un véritable plissement en accordéon de l'intestin.

Colique appendiculaire. — *M. Méthivet.* Rapport de *M. Veau.* — Il s'agit d'un enfant avec plusieurs crises douloureuses. Appendicectomie ; l'appendice paraît sain.

Spina bifida. — *M. Leveuf.* Rapport de *M. Veau.* — Ce travail porte sur douze observations, dont trois sont trop récentes. La plupart des chirurgiens d'enfants déconseillent fortement l'opération. Mais M. Leveuf a eu des succès remarquables. Ces résultats paraissent être dû au décubitus ventral prolongé qui supprime l'action nocive du liquide céphalo-rachidien et par conséquent l'infection.

M. Ombrédanne dit qu'il est indéniable qu'il y a des insuccès nombreux ; mais ils ne sont pas tous dus à l'infection, il y a des malformés du cerveau comme il y a des malformés rachis.

M Bréchot a constaté dans ses laminectomies que la perte du liquide céphalo-rachidien est minime si la tête de l'enfant est basse ; c'est cette position qui paraît être la bonne.

Luxation de l'astragale. — *M. Panis* (de Commercy) ; rapport de *M. Mocquot.* — Il s'agit d'une luxation à la fois dans l'articulation tibio-tarsienne et dans la sous-astragalienne. L'astragale a été réduit facilement sous anesthésie générale.

Péritonite fibreuse du petit épiploon. — *M. Solcard.* Rapport de *M. Sauvé.* — Il existait un nodule blanchâtre du petit épiploon, d'où partait une bride qui comprimait le duodénum. L'auteur fit une gastro-entérostomie. Disparition des signes fonctionnels.

Cancer du rectum. — *M. Leclerc* (de Dijon), rapporteur *M. Schwartz.* — Femme jeune, resection du rectum cancéreux et abaissement transsphinctérien de l'intestin. Très beau résultat. Schwartz a fait une fois une opération analogue, mais sa malade est morte par étranglement d'une anse entre le sacrum et l'intestin abaissé.

Rapports entre le diabète et la chirurgie. — *M. Sauvé* montre que l'insulinothérapie a un intérêt considérable en chirurgie.

G. Menegaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1928.

Arthrite tabétique chez l'enfant. — *MM. Léri et Lièvre* présentent un enfant atteint d'arthrite tabétique et insistent sur la rareté de cette affection dans le jeune âge.

Un cas de dysostose cléido-cranienne. — *MM. Lévi et Lièvre.*

A propos d'un cas de catalepsie hystérique. — *M. Babinski*, à propos de la communication de *MM. Tinel, Baruk et Lamache*, insiste sur les manifestations hystériques. Il considère que l'observation des auteurs n'est pas démonstrative et s'élève contre les déductions générales de *M. Tinel.*

Eliminant les troubles hystéro-organiques *M. Babinski* montre que dans les grandes crises hystériques, les stigmates décrits autrefois : hémi-anesthésie-sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, n'existent plus actuellement, depuis qu'on écarte la suggestion médicale. Il fait jouer un rôle capital à la suggestion. D'autre part, il montre que les grandes attaques n'existent plus et que, même les petites attaques, depuis que l'on connaît mieux le rôle de la suggestion, ont beaucoup diminué.

Il considère que les troubles qui peuvent être produits par la suggestion et qui peuvent guérir par contre-suggestion, n'ont pas de base organique.

Il signale également que, contrairement à l'opinion de *M. Besnard*, ce n'est pas un fossé qui existe entre les manifestations hystériques et les lésions fonctionnelles ou organiques, mais un abîme.

M. Souques partage l'opinion de *M. Babinski* et considère que les manifestations hystériques n'ont pas d'origine organique.

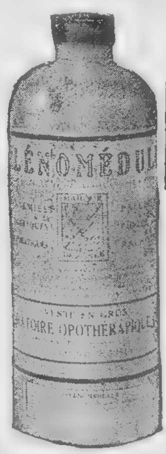
M. Tinel partage l'opinion de *M. Babinski* sur la nature des troubles hystériques. Toutefois, il considère qu'il peut exister, concurremment, des troubles fonctionnels susceptibles de guérir et que le processus physiologique peut déclancher la crise d'hystérie, comme par exemple les crises oculogyres dans l'encéphalite épidémique.

D'une forme chirurgicale de la spirochétose ictéro-hémorragique. *M. V. de Lavergne* rapporte l'observation d'un sujet qui, tombant dans un fossé fréquenté par les rats, se fit une plaie contuse à la tête. La blessure, souillée par de la vase, suppura. Et, après 15 jours, apparurent des signes d'infection générale, de nature spirochétosique.

Les faits où la spirochétose se manifeste comme une complication de plaie infectée sont rares, on peut croire qu'il y en a de méconnus.

La durée de la période d'incubation qui a pu, dans ce cas, être exactement appréciée, a été de 16 jours.





L'inoculation du sang de ce malade au cobaye, au moment de la recrudescence fébrile, n'a pas été suivie de spirochétose expérimentale. Cette recherche négative, en accord avec ce qu'ont signalé le plus grand nombre des auteurs, ne permet pas de considérer la recrudescence fébrile comme déterminée par une reprise de la spirochétémie. Par là se trouve renforcée la conception pathogénique qui attribue au pouvoir hypothermisant de l'azotémie la phase d'apyrexie qui s'intercale entre deux périodes de fièvre.

M. Fiessinger a observé un cas d'inoculation expérimentale de spirochétose au cobaye. L'incubation a été de douze jours. M. Fiessinger se demande ce que deviennent les spirochètes au cours de l'évolution de la maladie. Pendant la phase apyrétique l'inoculation des urines au cobaye peuvent donner la maladie.

M. Besnard insiste sur l'action hypothermisante de l'azotémie. Dans un cas il a pu suivre l'ascension de l'azotémie en même temps qu'une rechute avec hypothermie.

Saturnisme et méningite tuberculeuse. Contribution au démembrement de l'encéphalopathie saturnine. — **MM. F. Trémolières et André Tardieu** relatent l'observation d'un ouvrier peintre, âgé de 52 ans, hospitalisé pour un état encéphalitique aigu répondant exactement, dans les descriptions anciennes de **Grisolle et Tanquerel des Planches,** à la forme délirante et comateuse de l'encéphalopathie saturnine. Tardivement se développa un syndrome méningé clinique (raideur de la nuque, attitude en chien de fusil, signe de Kernig, etc.) et histologique (25 lymphocytes par mmc. ; 0 gr. 71, puis 1 gr. 37 d'albumine ; 0,32 de sucre) auquel le malade rapidement succomba. La fièvre oscillait entre 37°5 le matin et 38°6 ou 39° le soir. La tension artérielle était de Mx : 11,5 ; Mn : 8,5. A des périodes de somnolence succédaient des phases d'agitation accompagnées d'un délire marmonnant. La réaction de Hecht-Wassermann était négative dans le sang. Le sang contenait 0 gr. 80 d'urée par litre.

A l'autopsie, en dehors de quelques lésions pulmonaires congestives banales, aucune altération n'attirait l'attention, si ce n'est quelques traînées légèrement lactescentes de la région inter-hémisphérique.

L'analyse toxicologique de la substance cérébrale a permis de caractériser 11 mmgr. 5 de plomb pour l'ensemble du cerveau pesant 1.080 gr.

Sur les coupes histologiques de l'encéphale, la pie-mère est hyperémiée et les espaces interstitiels œdématiés contiennent de nombreux lymphocytes et mononucléaires vésiculeux. Les parois des veines épaissies sont infiltrées de petits mononucléaires. Entre les circonvolutions, parmi les mailles conjonctivo-vasculaires de la pie-mère, sont des îlots folliculaires avec cellules géantes mortifiées et couronnés d'amas lymphocytaires. Il s'agit de formations tuberculeuses où la coloration par le Ziehl a révélé de très nombreux bacilles de Koch. Les lésions les plus caractéristiques consistent en des foyers de panartérite tuberculeuse insulaire.

Les auteurs n'attribuent à l'altération rénale spécifiée par l'hyperazotémie qu'un rôle effacé et ils insistent sur l'association de l'intoxication saturnine et de l'infection méningée bacillaire, la première ayant certainement préparé le terrain à la seconde, précédé ses manifestations et modifié son allure clinique.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de *Duvoir*, qui exclut de l'encéphalopathie saturnine les formes comateuses et délirantes.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 novembre 1928.

Transmission héréditaire pendant plusieurs générations d'une double main bote cubitale pure. — **M. Ch. Buizard.** — Observation exceptionnelle, peut-être unique. Transmission pendant quatre générations successives, et dans les deux sexes, d'une double main bote congénitale cubitale pure. Squelette complet mais mal conformé. Pas d'autres malformations. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Les porteurs ont pu se servir utilement de leurs mains.

Dangers des blessures par les épines. — **M. Thévenard** fait un rapport sur un travail de **MM. Bouget et Uteau** (de Biarritz). Certains arbrisseaux ont des épines dont la piqûre est particulièrement nocive. Cette gravité est due à ce que certains oiseaux viennent embrocher sur ces épines des cadavres d'insectes ou de petits animaux qui peuvent s'y putréfier.

De l'immunité en ophtalmologie. Traitement biologique des maladies des yeux, en rapport avec les infections du nez et de la gorge. — **M. Raymond Petit** fait un rapport sur un travail de **M. Conrad Bérens** (de New-York). Celui-ci étudie la thérapeutique par le shock, les protéines, les stock-vaccins, les auto-vaccins, en applications locales et générales. Il expose le traitement à employer dans un certain nombre d'infections différentes. Il montre que le vaccin ne peut être qu'un auxiliaire, dans un grand nombre de cas, mais un auxiliaire important.

Un cas d'endocrinothérapie chirurgicale et d'homéo-greffe thyroïdienne pour myxœdème et crétinisme. Amélioration considérable. — **M. Dartigues** fait un rapport sur un travail de **M. Madureira** (de Lisbonne). Fillette de 8 ans dont l'état avait résisté aux doses de thyroïdine. Greffe au niveau du cou avec de la thyroïde de cynocéphale. Au bout de onze mois, amélioration très considérable.

Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin : la perforation utérine. — **M. Pauchet** communique l'observation suivante : cancer du corps utérin ; perforation utérine par une curette au cours d'un prélèvement en vue d'examen histologique ; guérison spontanée de la perforation ; mais greffe du cancer sur l'iléon. L'auteur voit la malade un an après et fait une hystérectomie et une entérectomie, Métastase secondaire sur l'épiploon. Il conclut : toute femme ayant passé la ménopause et suspecte d'un cancer du corps utérin sera hystérectomisée d'emblée ; ne jamais faire une biopsie, inutile et dangereuse.

La radiographie de profil de la hanche dans le traitement des fractures du col du fémur. — **M. Judet** montre qu'il est possible d'obtenir une radiographie de profil du col du fémur dans la position de réduction des fractures trans-cervicales, c'est-à-dire en abduction et rotation interne.

Mammectomie totale et auto-greffe libre aréolo-mammelonnaire : mammectomie bilatérale esthétique. — **M Dartigues** décrit cet intéressant procédé opératoire qui donne d'excellents résultats au point de vue esthétique.

Cancer du sein chez l'homme. — **M. Petit de la Villéon** communique un cas de cancer du sein opéré chez un homme de 74 ans qui présentait une gynécomatie bilatérale développée progressivement après une prostatectomie.

Huit mois de vaccination au cours de l'opération. — **MM. V. Pauchet, Mornard et Bécart** communiquent les résultats de leurs essais de vaccination locale au cours même des opérations gastro-intestinales et hépatiques. Ils emploient un vaccin polyvalent filtré contenant : moitié de colibacille, un quart d'entérocoque, un quart de staphylocoque. Applications locales sur la paroi, le péritoine, les sutures etc. Ils ont obtenu d'excellents résultats et se proposent d'y associer la vaccination pré et post-opératoire par voie buccale.

Essai de traitement du rétrognathisme inférieur.— **MM. Dufourmentel et Darcissac** présentent un malade atteint de cette malformation auquel ils ont fait une double opération consistant en : 1° résection de la partie incisive du maxillaire supérieur ; 2° avancement de la mâchoire inférieure par interposition d'un fragment cartilagineux costal entre le condyle temporal et l'os tympanal.

Fracture de Dupuytren avec diastasis considérable. Ostéo synthèse par vis : échec. Ostéo synthèse par greffon péronier : guérison. *M. Léo.*— Femme. Première opération faite avec une vis de Lambotte transfixant la malléole externe et l'épiphyse tibiale : récidive au bout d'un mois. Deuxième opération avec un greffon péronier placé dans le même trajet : guérison. Le greffon péronier a provoqué la formation d'un pont osseux remplaçant les ligaments tibio-péroniers inférieurs arrachés.

Kyste dermoïde du parovarium tordu quatre fois et demie. — *M. Muller* (de Belfort) communique ce cas observé chez une femme de 25 ans. Deux crises abdominales douloureuses, la dernière avec vomissements. Ablation du kyste dont le pédicule était tordu quatre fois et demie dans le sens des aiguilles d'une montre. Guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1928.

Conclusions de la Conférence internationale sur le B. C. G. organisée par la section d'hygiène de la Société des Nations. — *M. Léon Bernard* donne lecture des conclusions de la Conférence sur le B. C. G. tenue à l'Institut Pasteur de Paris du 15 au 18 octobre.

Les conclusions auxquelles ont abouti les commissions sont les suivantes :

1° *Commission bactériologique.* — L'unanimité des bactériologistes présents à la Commission estime que les résultats expérimentaux autorisent à conclure que le B. C. G. constitue un vaccin inoffensif (Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzène, Frenkel, Gerlach, Krauss, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tsekhnovitzer, Vallée, Zeller).

Toutefois, le professeur Nobel soutient que, dans des conditions exceptionnelles, le B. C. G. est susceptible de développer chez les animaux de laboratoire une tuberculose mortelle.

La Commission estime que, de l'ensemble des faits expérimentaux publiés relatifs aux animaux de laboratoire, il resulte de la façon la plus nette que le B. C. G. ne produit pas de tuberculose évolutive (progrediente tuberkulose, progressive tuberculosis).

La Commission prend acte des travaux engagés.

Pour rendre ces études comparables et permettre d'en dégager les conclusions lors d'une réunion ultérieure, elle attire l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait à élucider les questions suivantes :

1° Méthodes à suivre pour le maintien de la fixité des propriétés reconnues caractéristiques du B. C. G.;

2° Méthodes à suivre pour l'étude de l'influences des passages sur le B. C. G. ;

3° Méthodes à suivre dans les expériences d'immunisation ; détermination des doses de B. C. G. et des bacilles virulents à employer dans les expériences ; adoption, pour les épreuves de réinfection, des couches de virulence reconnue ;

4° Méthodes à employer pour les études sur la variabilité et la dissociabilité du B. C. G. ;

5° Méthodes à suivre pour étudier comparativement les modifications produites dans l'organisme au point de vue histologique par l'inoculation du B. C. G. et du bacille tuberculeux virulent ;

6° Nécessité de confier la manipulation du B. C. G. (culture, préparation et distribution des émulsions vaccinantes) à des instituts dont l'autorité soit reconnue par le monde scientifique.

2° *Commission clinique.* — I. Il ressort des documents dont la Commission a pris connaissance :

1° Que le B. C. G. administré *per os* aux nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie, et par voie sous-cutanée aux enfants plus âgés et aux adultes, se montre inapte à provoquer des lésions tuberculeuses virulentes ;

2° Que, en ce qui concerne les propriétés prémunisantes du B. C. G. vis-à-vis de la tuberculose, la vaccination par le B. C. G. provoque un certain degré d'immunité.

Mais de nouvelles recherches portant sur les vaccinés, s'étendant sur une plus longue période, et effectuées d'une manière uniforme, et particulièrement une connaissance plus approfondie de la morbidité et de la mortalite tuberculeuses parmi les sujets de différents âges et de différents milieux sont nécessaires avant que la Commission puisse juger definitivement sur la valeur de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G.

II. A cet effet, elle demande au Comité des experts statisticiens de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations d'indiquer les meilleurs procédés pour recueillir et analyser les documents de morbidité et de mortalité des enfants du premier âge, tant des vaccinés que des non vaccinés.

III. Dans le but d'établir ces documents dans des conditions d'observation irréprochables et uniforme, la Commission a préparé un projet de fiche individuelle destinées aux organismes chargés de ces études, fiche qui sera soumise audit Comité pour avis.

D'autre part, la Commission a préparé un type d'observation clinique comprenant un protocole d'autopsie, qui signale les indications exigées pour l'utilisation des documents nécropsiques dans les études ultérieures.

La Commission estime que ces études devront être confiées à un nombre restreint de dispensaires et de cliniques hospitalières. Les documents recueillis par ces organismes suivant la méthode indiquée par le Comité des experts statisticiens et avec les fiches et protocoles adoptés seront colligés et analysés par la Section d'hygiène du secrétariat de la Société des Nations, en vue d'une réunion ultérieure de la Conférence.

La Commission demande au Comité d'hygiène d'inviter à ces études des organismes qu'elle aura choisis.

La Commission considère qu'elle est d'autant plus autorisée à proposer ces nouvelles études, que celles-ci peuvent se recommander des conclusions adoptées par les Commissions des vétérinaires et des bactériologistes.

Commission vétérinaire : prophylaxie de la tuberculose bovine. — Il résulte de l'ensemble des faits expérimentaux recueillis et de l'avis *unanime* des praticiens qui ont utilisé le B. C. G. chez les bovidés que la vaccination selon la technique de Calmette et Guérin chez les animaux de l'espèce bovine se montre d'une parfaite *innocuité*.

Les mêmes faits expérimentaux et les observations recueillies dans la pratique du B. G. C. chez les bovidés témoignent d'une façon certaine que cette souche de bacilles possède des *qualités prémunisantes* vis-à-vis de l'infection tuberculeuse expérimentale et naturelle.

Ces qualités prémunisantes reconnues *autorisent* et encouragent l'extension et l'expérimentation du B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose bovine. Cette utilisation devrait être poursuivie dans les divers pays conformément au protocole expérimental international ci-après, sous le contrôle des services vétérinaires officiels et des autorités bactériologiques et anatomo-pathologiques qualifiées. Partout où il sera possible d'y satisfaire, les essais devront être poursuivis selon les règles d'une méthode expérimentale rigoureuse. Par ailleurs, des applications adaptées aux conditions banales de l'élevage pourront être tentées sous un contrôle officiel constant.

— Ce rapport, avec les propositions qu'il contient, a été adopté par le Comité d'hygiène dans sa session du 25-31 octobre 1928.

Discussion. — Cette lecture amène M. Lignières à la tribune. Il estime que la conférence n'a pas confirmé l'innocuité des vaccinations par le B. C. G. dans l'espèce humaine ni affirmé son efficacité prémunisante. « Ses conclusions laissent absolument intactes toutes mes affirmations sur la possible nocivité du bacille bilié chez les enfants ou chez les adultes, ainsi que mes réserves sur son action prémunisante.

« D'ailleurs, la Conférence consacre mes réserves d'une manière aussi éloquente que possible lorsque la sous-commission des cliniciens dit textuellement, après avoir émis ses deux vœux que j'ai examinés plus haut :

« De nouvelles recherches portant sur les vaccinés, s'étendant sur une plus longue période, et effectuées d une manière uniforme et particulièrement une connaissance plus approfondie de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse parmi les sujets de différents âges et de différents milieux, sont nécessaires avant que la sous-commission puisse juger définitivement de la valeur de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. »

Je reste donc convaincu aujourd'hui plus que jamais qu'il faut réserver le B. C. G. exclusivement pour les enfants menacés par le bacille de Koch. Quant à ceux qui sont nés de parents sains et qui vivent en milieu non bacillifère, il n'y a

aucune raison sérieuse pour leur faire subir une vaccination dont l'utilité est problématique et qui est susceptible de provoquer chez eux des troubles parfois très sérieux. La vaccination en masse de tous les nouveau-nés ne peut se soutenir. »

Pratique et résultats de la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. en France du 1er juillet 1924 au 1er juillet 1928. — M. A. Calmette rappelle les premiers essais de vaccination faits en collaboration avec Weil-Halle en 1921, puis avec Weil-Hallé, Turpin et Mlle Coloni jusqu'en juillet 1924. Les résultats conformes à ceux qui avaient été obtenus par lui avec C. Guérin sur les jeunes bovins, puis sur les singes, décidèrent l'Institut Pasteur à étendre l'expérience, et le B. C. G. fut mis à la disposition de tous les médecins en France, ainsi qu'à celle des laboratoires étrangers.

Depuis lors et jusqu'au 1er juillet 1928, il a été vacciné en France un peu plus de 115.000 enfants dont 3.607 signalés comme nés et élevés en contact tuberculeux, sont régulièrement suivis et ont leur observation dans le fichier de l'Institut Pasteur.

Afin de pouvoir comparer la mortalité générale et la mortalité tuberculeuse des enfants vaccinés à celle des enfants non vaccinés placés dans les mêmes conditions d'existence, on a recherché exclusivement dans la clientèle des dispensaires antituberculeux des renseignements précis sur les enfants des familles tuberculeuses nés en 1925, 1926 et 1927 dont les survivants sont actuellement âgés d'un an au moins et de quatre ans au plus, non vaccinés et vaccinés.

Les résultats de cette enquête ont été les suivants :

Mortalité tuberculeuse pour 4.854 *enfants non vaccinés* nés et élevés en contact tuberculeux : 15,9 p. 100.

Mortalité générale (par toutes causes de maladies) : 21, 1 p. 100.

Pendant le même temps, pour 2.368 *enfants vaccinés* la mortalité tuberculeuse a été de 3,4 p. 100 (en comptant comme tuberculose tous les diagnostics de *méningite* dont beaucoup ne sont pas d'origine tuberculeuse et la mortalité générale de 12,5 p. 100.

Il est donc évident que, pour des enfants de même âge, nés et élevés dans des conditions identiques, surveillés et suivis par les mêmes institutions, la vaccination préventive par le B. C.G. a réduit de près des trois quarts la mortalité tuberculeuse et de près de moitié la mortalité générale.

Une autre enquête a porté exclusivement sur les enfants nés de mères tuberculeuses et qui ont vécu au moins un an depuis leur naissance, en contact avec leur mère. Ces enfants, au nombre de 1.989 *non vaccinés* ont fourni une mortalité tuberculeuse de 18 p. 100 alors que, pour 814 *vaccinés*, cette mortalité tuberculeuse n'était que de 2,4 p. 100 et la mortalité générale, pour ce groupe, a été de 24,3 p. 100 *pour les non vaccinés*, contre 10,6 p. 100 *pour les vaccinés*.

On a constaté partout que les enfants vaccinés au B. C. G. résistent beaucoup mieux que les non-vaccinés aux maladies telles que rougeole, coqueluche, grippe et affections intestinales qui font tant de ravages dans la population infantile. Ce fait apparaît indéniable dans les localités où la vaccination par le B. C. G. a été largement appliqué à presque tous les nouveau-nés. On peut citer, à cet égard, l'exemple de la petite ville de Ligny-en-Barrois où, du 9 juillet 1926 au 24 septembre 1926, il est né 237 enfants. Sur ces 237 enfants, 210 ont été vaccinés. Leur mortalité générale a été de 2,3 p. 100, 27 seulement n'ont pas été vaccinés et leur mortalité générale a été de 18,5 p. 100, huit fois plus forte que pour les vaccinés.

Il est donc maintenant prouvé que la mise en pratique de la vaccination par le B. C. G. permet de réduire dans une notable proportion la morbidité et la mortalité tuberculeuses, peut-être même de supprimer totalement celles-ci dans un avenir qui, si on le veut sérieusement, ne devrait pas être très lointain.

Discussion. — **M. Vaillard**, lit au nom de M. Emile Roux la déclaration suivante :

« Chaque fois qu'une importante découverte apparaît elle suscite des contradictions. Au cours de son existence l'Académie de médecine en a vu de nombreuses, et les oppositions à une vérité nouvelle en ont souvent retardé l'expansion, mais elles n'ont jamais réussi à l'étouffer. Ce qui se passe aujourd'hui à propos de la prémunition de la tuberculose me rappelle « mutatis mutandis » ce qui s'est produit lors du traitement préventif de la rage. On prétendait que Pasteur ne préservait pas de la rage mais qu'il la donnait. Cependant, un examen impartial des faits aurait dû redresser le jugement des opposants s'ils avaient conservé la liberté de leur esprit. Sans se perdre dans d'oiseuses discussions ils n'avaient qu'à comparer le sort des patients mordus à la tête par des animaux reconnus enragés et non traités, avec celui des patients mordus dans les mêmes conditions et ayant subi le traitement antirabique.

Tout le monde était d'accord que les personnes mordues à la tête par des animaux enragés succombent dans une proportion qui n'est pas inférieure à 70 p. 100, alors que chez les traités la mortalité ne dépasse pas 3 p. 100. Cela suffisait pour convaincre tout homme de bonne foi de l'innocuité et de l'efficacité du traitement pastorien.

Aujourd'hui notre ami Calmette vient de nous apporter en ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité de la prémunition des jeunes enfants contre la tuberculose, une preuve tout aussi décisive. Il envisage, en effet, les enfants se trouvant dans les conditions les plus favorables pour contracter la tuberculose à savoir ceux qui sont *nés de mères tuberculeuses et qui sont restés en contact avec elles*.

Parmi ces enfants, les uns ont été prémunis par le B. C. G., les autres ne l'ont pas été. Ces deux catégories de nourrissons appartiennent à des familles de même condition sociale, formant la clientèle des dispensaires antituberculeux. Des infirmières les visitent régulièrement et signalent les incidents qui surviennent ; elles sont donc aussi comparables que possible, et le nombre des enfants dans chacune est assez grand pour que disparaissent les différences individuelles.

Eh bien, chez les non prémunis la mortalité par tuberculose dans les quatre premières années a été de 18,0 p. 100 tandis qu'elle a été seulement de 2,4 p. 100 chez les prémunis. La mortalité générale est chez les premiers de 24 p. 100 et de 10,6 p. 100 chez les seconds.

Que reprocher à pareille expérience ? Ne démontre-t-elle pas à l'évidence que l'administration du B. C. G. abaisse d'une façon inespérée la mortalité par tuberculose, ce qui prouve son efficacité, et qu'elle a en même temps diminué la mortalité générale, ce qui affirme son innocuité.

Ces chiffres sont fournis par les médecins des dispensaires, médecins spécialisés en matière de tuberculose ; ils ont une authenticité indéniable.

Que durera la prémunition chez les enfants qui ont absorbé le B. C. G. à leur naissance ? Quand sera-t-il nécessaire de la renouveler et par quelle méthode ? Ce sont là questions dont la solution est réservée à l'avenir. Pour le présent réjouissons-nous de ce qui est acquis ».

Quels sont les nouveau-nés justiciables de la vaccination antituberculeuse ? — M. Jules Renault, après avoir rappelé que la tuberculose héréditaire est pratiquement inexistante et que la maladie est toujours due à la contagion, classe les contacts contaminants en prévus, trouvables, indécouvrables ; il montre que parmi les nourrissons morts de tuberculose dans son service plus de la moitié appartenaient à des familles non tuberculeuses. Il est donc nécessaire de séparer les nouveau-nés des parents tuberculeux, mais il est nécessaire aussi de prendre pour tous les enfants les précautions destinées à les préserver de la tuberculose ; parmi celles-ci il faut mettre en bonne place la vaccination par B. C. G., efficace et sans danger, elle doit être appliquée à tous les nouveau-nés.

La vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. au Brésil. — M. Carlos Chagas. — M. Chagas et ses collaborateurs de l'Institut Oswaldo Cruz, à Rio de Janeiro, ont vérifié que même par inoculation intra-cérébrale à la dose formidable de 30 milligrammes, le B. C. G. demeure inoffensif pour les cobayes et les lapins.

Des veaux vaccinés et maintenus au contact d'animaux tuberculeux depuis deux ans se portent toujours très bien.

De même, 565 enfants vivant pour la plupart en milieu

tuberculeux ont été vaccinés et se développent dans d'excellentes conditions.

En présence de résultats si encourageants les vaccinations se multiplient à Rio de Janeiro.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Au sujet des « évacuations extemporanées de l'utérus ».

A deux reprises, le 29 septembre et le 6 octobre 1928, M. Henri Vignes fait à mon procédé d'« évacuation extemporanée de l'utérus en fin d'une grossesse » les honneurs d'une chronique dans le *Progrès Médical*.

Sans doute, cet auteur ne se met-il pas directement en ligne, puisqu'il se borne, en apparence, à analyser la première fois un article, que je n'ai pu retrouver, du Pr. Boquel d'Angers, et la seconde à rapporter, en la commentant, une observation du Dr Scemla, de Tunis. Mais de la lecture de ces entrefilets se dégagent pour le lecteur des idées inexactes que j'ai le devoir de relever.

Et tout d'abord nul n'est en droit de prêter à autrui d'autres assertions que celles signées de leur auteur. Seules m'engagent donc mes deux communications, celle, initiale, du 22 février à la Réunion obstétricale de Montpellier du 22 février 1928, et celle, complémentaire, sur « rétraction ou contracture » dans la séance d'avril, parues toutes deux dans le *Bulletin* de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

Or dans aucune je n'ai eu le ridicule de parler *d'accouchement sans douleur*. S'il est, certes, infiniment regrettable que la grande presse s'empare de toutes les nouveautés pour en faire de retentissants entrefilets, sans trop se soucier des déformations qu'elle peut leur faire subir à l'usage du grand public à qui elles ne sont pas destinées, il l'est peut-être encore davantage de voir des techniciens aller chercher arguments... ou matière à critique, dans les journaux d'information.

Ceci dit, et aucun lecteur n'en contestera l'importance, mon procédé ne vise (page 413 du *Bulletin*) que la *libre pratique de l'utérus* par dilatation extemporanée *en utilisant la souplesse secondaire du canal cervico-segmentaire par la mise en œuvre de l'analgésie rachidienne* » ce que montrent non seulement mon observation, mais aussi celles de quiconque l'a essayé, y comprises deux des trois observations rapportées page 1958 du *Progrès Médical*, (observation 1 : après rachi « *au bout de cinq minutes, la main dilate le col avec la plus grande facilité et la plus grande rapidité* ») ; observation 3 : « *une injection de 10 cgr. de novocaïne lui permet, au bout de quelques minutes, non seulement d'obtenir avec rapidité une dilatation complète, mais encore de faire une version avec la plus grande facilité* ». Inutile de parler de la deuxième où l'auteur lui-même, après avoir noté qu'il a raté sa rachi, ne l'inculpe pas moins d'avoir amené la rétraction de l'utérus.

Rachi et rétraction ? Point n'était besoin des chroniques du *Progrès* pour les connaître. Il n'est que de se reporter à ma communication initiale, page 414 : « *elle* (la rachi) *ne supprime ni la contracture ni la rétraction de l'utérus, parfois même ces deux propriétés sont plutôt* STIMULÉES », ce dernier mot souligné par moi dans le texte, et aussi page 416, *in fine* « *il a pu se faire que la rétraction de l'utérus oppose quelque empêchement à la version* ».

Les résultats, dans les conditions de rigueur pour l'application de ce procédé, sont constamment heureux pour la mère et pour l'enfant. Un grand service de clinique de Faculté ne saurait prêter à des statistiques truquées. « *Un cas de mort* », dit M. Vigne, page 1597. M. de Rouville lui répond par avance dans ce bulletin, page 424. « *Plusieurs peut être* » ajoute M. Vignes, sans d'ailleurs aucun fondement, puisqu'il n'en est *pas un seul*, en date d'aujourd'hui, au passif du procédé. Mais ceci n'est que de la polémique, et je ne le suivrai pas sur ce terrain.

Mon procédé « *transformerait-il, sans raisons nécessaires, un acte physiologique en une intervention qui fait courir... un risque à la mère et à l'enfant* ». J'écrivais, il y a 7 mois, dans le *Bulletin*, page 418, que « *le procédé devait être réservé aux cas où l'abstention n'est pas de mise* », et je soulignais, « *quand l'évacuation artificielle de l'utérus apparait nécessaire, ou tout au moins désirable* ».

« *Mettre en garde contre la diffusion prématurée d'une méthode qui ne pourra être préconisée qu'après étude consciencieuse* » (*Progrès* page 1898), tel était l'objet (*ibidem*, page 1597) d'un article « *qui a le mérite de fournir aux médecins questionnés par leurs clientes les éléments d'une réponse* ».

Encore une fois, et pour conclure, cette sollicitude est au moins inutile : ma communication initiale dit de façon formelle, page 420, *le caractère exceptionnel* de l'intervention, la nécessité *de n'y faire appel qu'en cas d'indication catégorique, et seulement si l'opérateur est un clinicien prudent, rendu maître, par une expérience éprouvée, plus encore des indications et contre-indications que de la technique opératoire*». Rien qui ressemble moins à « *faire appel systématiquement au procédé* ».

Le lecteur a maintenant sous les yeux de quoi se faire une opinion objective. Entre les articles que j'ai pensé convenable de réfuter et ma communication, ou celles, analogues parues déjà un peu partout, entre autres celle de Sappey ou celle de Loll dans le dernier numéro du *Bulletin*, il saura de quel côté est l'inexactitude.

Professeur Dr Paul DELMAS.

Suivant l'usage nous avons communiqué cette lettre à M. Henri Vignes qui nous a adressé la réponse suivante :

Il est regrettable que M. le Professeur DELMAS (c'est lui qui l'avoue) n'ait pas lu l'article de M. BOQUEL. Il verrait que ma chronique en est la reproduction fidèle et que je « n'insinue » rien d'autre.

Il n'est pas dans les habitudes d'imputer à un chroniqueur judiciaire les verdicts d'un juge, ni le délit de l'accusé. Pourquoi en serait-il autrement pour un chroniqueur médical ? Il eût été plus juste et plus elégant à M. le Professeur DELMAS de répondre à M. BOQUEL et à M. SCEMLA, dans les deux journaux où ont paru les observations qui motivèrent sa colère, au lieu de s'en prendre à mes analyses. Je me serais alors fait, en temps que journaliste, un plaisir de résumer ses deux réponses. Je n'ai fait autre chose que citer ou résumer les deux articles incriminés. M. BOQUEL est membre correspondant de l'Académie de Médecine. M. SCEMLA a été mon interne à la Maternité où j'ai pu apprécier ses qualités professionnelles ; il m'était, donc, bien permis de tenir grand compte de leurs observations : il ne me vient à l'esprit d'en suspecter l'honnêteté et elles pouvaient intéresser les lecteurs du *Progrès*.

« Nul n'est en droit, dit M. DELMAS, de prêter à autrui des assertions autres que celles signées de leur auteur ». Je ne suis pas totalement d'accord avec lui sur ce point. Nous sommes moralement responsables non seulement de nos actes, mais de leurs conséquences : le silence d'un auteur le rend solidaire des articles dithyrambiques qui amplifient la portée de ses publications et il a plus de mérite à remettre les choses au point qu'à se défendre contre une critique objective.

Henri VIGNES.

NOUVELLES

Société médicale du littoral méditerranéen. — *Ve voyage médical international de Noël, sur la Côte d'Azur.* — Comme les années précédentes, le grand voyage annuel de la Société médicale (voyage bleu) aura lieu aux environs de Noël. La concentration se fera à Marseille, dans la journée du mercredi 26 décembre. Le voyage commencera le 27 décembre au matin, par une visite du port. On passera la journée du 28 à Toulon, et, le 29, commencera l'étude des stations climatiques et des établissements de cure de la Côte d'Azur.

Successivement Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Nice, Menton, Monaco, Beaulieu, présenteront leurs richesses thérapeutiques sans égales. Partout, les visiteurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. De somptueuses réceptions leur seront réservées à Marseille, Cannes, Nice et Monte-Carlo. Le trophée Romain de la Turbie, les Grottes préhistoriques de Grimaldi, le laboratoire du Dr Voronoff, l'observatoire de Nice, les merveilleux jardins tropicaux et l'extraordinaire Musée Océanographique de Monaco, seront l'occasion de très intéressantes promenades. Des démonstrations scientifiques des causeries historiques et géographiques, des leçons thérapeutiques, fourniront au voyageur toutes les explications nécessaires pour rendre son séjour aussi instructif qu'agréable.

Ce beau voyage sur la Côte d'Azur se terminera au gré du voyageur, par une excursion dans les Alpes (6-7 janvier), ou par une excursion en Corse (6-10 janvier), ou encore par quelques journées de repos à Nice dans des conditions exceptionnelles.

Pour tous renseignements, écrire au président de la Société médicale, Dr M. FAURE, 24, rue Verdi, à Nice.

Congrès médical du Caire. — La compagnie française de navigation à vapeur (Cyp. Fabre) de Marseille, 15 rue Beauvau, a prévu, à l'occasion du Congrès médical du Caire (15-22 décembre) un départ spécial de Marseille le 7 décembre, avec son paquebot *Canada* qui permettra aux intéressés de prendre part aux travaux du congrès et de revenir en France le 31 décembre par le même navire.

A cette occasion elle a également organisé une croisière accompagnée sur le Nil et de nombreuses excursions tant au Caire même que dans la Vallée des Rois : Assouan, Louxor, Karnak. Ces programmes très souples permettent de suivre très facilement les travaux du Congrès sans rien perdre du bénéfice de toutes les excursions.

Ceux qui se joindront à cette organisation peuvent être certains de s'épargner les ennuis et les soucis qui accompagnent toujours la préparation et l'exécution d'un voyage isolé.

Le nombre des étudiants inscrits pendant l'année scolaire 1927-1928 à l'Université de Paris. — Il y a eu, pendant la dernière année scolaire, 26.709 étudiants inscrits à l'Université de Paris.

Ce nombre de 26.709 comprenait :

Pour le droit : 9.007 étudiants, dont 7.025 Français et 1.982 étrangers ; pour la médecine : 5.954 étudiants, dont 4.380 Français et 1.574 étrangers ; pour les sciences : 4.066 étudiants, dont 3.121 Français et 945 étrangers ; pour les lettres : 6.235 étudiants, dont 4.170 Français et 2.065 étrangers ; pour la pharmacie : 1.447 étudiants, dont 1.429 Français et 18 étrangers.

BIBLIOGRAPHIE

Apologie de la biologie, par le prof. Ch. RICHET, de l'Institut. (1 vol. in-16 de 100 pages. Prix : 10 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

C'est la plus captivante, en même temps que la plus instructive initiation aux sciences biologiques, que vient d'écrire le prof. Charles Richet.

Chacun voudra lire ce petit volume traduisant la science empreinte de philosophie du Maître de la Physiologie française. Le médecin et l'artiste, le poète et le philosophe, l'homme politique et le laboureur, le chimiste et le physicien puiseront dans l'étude des sciences biologiques, comme le dit Charles Richet en manière de conclusion, les élémentaires connaissances à leurs pensées, à leur travail, à leur œuvre, à leurs réflexions, à leur bonheur.

Le propre d'ailleurs de la nouvelle collection « Apologies des sciences » dirigée par M. Gautrelet, qu'inaugure cet ouvrage est de s'adresser non tant aux spécialistes qu'*au grand public* afin de susciter en faveur des laboratoires un mouvement de sympathie, d'éveiller des vocations et de provoquer des concours généreux. On ne peut que lui souhaiter le plus légitime succès.



En manière de préface à la collection, Ch. Richet a formulé en 4 pages l'apologie de la science en général ; après avoir montré comment elle marche en progression géométrique : d'Hésiode à Léonard de Vinci 3.000 ans, de Léonard de Vinci à Franklin 300 ans, de Franklin à Pasteur 100 ans, de Pasteur à aujourd'hui 60 ans, il nous laisse entendre quels progrès elle promet de réaliser et quelles espérances vastes nous pouvons fonder sur elle.

Plaies et maladies infectieuses des mains, par Marc Iselin. Préface de Ch. Lenormant. (Un vol. de 218 pages avec 66 figures. Prix : 30 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

La thérapeutique des infections de la main a fait de grands progrès depuis quelques années, grâce aux perfectionnements de la technique chirurgicale, à l'emploi de procédés nouveaux pour la réparation ou la greffe des tendons, aux tentatives ingénieuses faites pour pallier aux mutilations de la main.

En Amérique, quelques chirurgiens se sont véritablement spécialisés dans le traitement des plaies et des infections de la main ; ils ont fouillé la symptomatologie et l'anatomie pathologique de ces lésions, imaginé des procédés opératoires et des appareils orthopédiques nouveaux, modifié sur beaucoup de points les notions classiques.

Le mérite de ce livre est précisément de faire connaitre à tous les médecins à la fois les données nouvelles et la pratique mûrie par l'expérience.

Un chapitre qui s'adresse spécialement aux chirurgiens de carrière est celui où se trouve décrite la chirurgie réparatrice des mutilations et des impotences de la main, séquelles des infections, chirurgie à la fois orthopédique, c'est-à-dire recourant aux techniques de la physiothérapie et de l'apareillage, à la fois opératoire, c'est-à-dire recourant aux autoplastres, à la reconstitution d'un pouce par phalangiration d'un métacarpien, ou transplantation d'un doigt.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis. Réactions d'hémolyse, réactions de floculation, par R. Demanche. (1 vol. de 123 pages, avec 8 figures et 24 tableaux. Prix : 14 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

Ce Précis est un livre de métier, M. Demanche ,ancien chef du laboratoire sérologique de l'hôpital Cochin-Ricord, y donne une description aussi brève et aussi précise que possible de toutes les techniques fondamentales employées actuellement dans les laboratoires pour faire le séro-diagnostic de la syphilis, soit avec le sérum sanguin, soit avec le liquide céphalo-rachidien. Ces techniques, il les a pratiquées lui-même et il les expose de telle façon que les sérologistes puissent facilement les répéter et que les médecins puissent se rendre compte de la manière dont sont obtenus les résultats que leur transmet le laboratoire.

L'ouvrage comprend naturellement deux parties : I. Réactions de fixation du complément ou d'hémolyse ; II. Réactions de floculation.

Les premières sont nettement distinguées en deux chapitres, les Réactions au sérum chauffé ; R. de Wassermann classique ; R. de Calmette et Massol ; R. de Desmoulières ; R. de Jacobstal et les Réactions au sérum frais : R. de Hecht ; R. de Rowihise ; R. de Debains. Des indications précises sont données pour la préparation et le titrage de tous les éléments qui intéressent dans la réaction, ainsi que sur les méthodes de mesure de son intensité.

Les Réactions de floculation sont pour la première fois décrites dans leur ensemble à côté des Réactions de fixation du complément. Elles se divisent en deux groupes. Les unes sont communes au sérum et au liquide céphalo-rachidien : R. de floculation de Meinicke ; R. de Vernes ; R. de Sachs-Georgi ; R. de Kahn ; R. d'opacification de Meinicke. Les autres sont spéciales au liquide céphalo-rachidien : R. de l'Or colloïdal ; R. du benjoin colloïdal ; R. de l'élixir parégorique.

Des figures et de nombreux tableaux éclairent le texte.

L'auteur a volontairement écarté toute discussion théorique et tout appareil documentaire. Mais il a donné en manière de conclusion quelques indications pratiques sur la façon de conduire les recherches sérologiques et d'intepr'téter leurs résultats.

Bibliothèque d'histoire de l'art : *La peinture française* (*Moyen-Age et Renaissance*), par Louis Gillet : *L'architecture italienne*, par Gabriel Rouches. (2 vol. in-4° de 68 et 64 pages, avec 64 planches, en héliogravure. Brochés : 36 fr. Les Editions G. Van Oest, 3 et 5 rue du Petit-Pont, Paris, 5e.)

C'est à la France et à l'Italie que sont consacrés les deux nouveaux volumes (9e et 10e) de la « Bibliothèque d'histoire de l'art » si opportunément créée il y a deux ans aux Editions Van Oest ; histoire de la peinture dans notre pays depuis l'époque gallo-romaine jusqu'à l'avènement du grand art classique du XVIIIe siècle ; histoire de l'architecture en Italie des origines jusqu'à nos jours.

Dans le premier de ces volumes, qui fait pendant au remarquable ouvrage, récemment couronné par l'Académie des Beaux-Arts, de M. Marcel Aubert sur la sculpture française du Moyen Aage et de la Renaissance, M. Louis Gillet, conservateur du Musée de Chaâlis, avec un souci de documentation et un talent d'évocation non moins grands, brosse un tableau coloré et vivant des créations de toutes sortes (mosaiques, enluminures, fresques, vitraux, tapisseires, panneaux peints) dont nos artistes ornèrent les manuscirts, les palais royaux, les églises, les monastères et les châteaux, depuis les naïves miniatures des manuscrits carolingiens et les peintures murales de l'époque romane jusqu'aux élégants « crayons » des Clouet et de leurs émules et aux décorations mythologiques de l'Ecole de Fontainebleau: floraison diverse de couleur et d'éclat suivant l'époque et le sol qui la produisirent, mais d'où émane un même parfum de terroir propre à

la France. Les 87 reproductions groupées sur les 64 planches de ce volume et qui réunissent en un ensemble merveilleux les créations les plus typiques dans les divers genres que nous avons dits, faisant voisiner les miniatures de la *Bible de Charles le Chauve* et du *Psautier de Saint-Louis*, des *Très riches Heures du duc de Berry*, des *Heures d'Etienne Chevalier* et de celles d'Anne de Bretagne avec les peintures murales de Saint-Savin et d'autres églises, les vitraux de Poitiers, de Chartres, de Bourges d'Evreux, de Troyes, de Rouen, de Paris, de Montmorency, les tapisseries de l'*Apocalypse*, d'Angers, de la *Dame à la licorne*, de l'*Histoire d'Arthémise*, le rétable du Parlement, le triptyque de Moulins, les peintures de Fouquet, de Charonton, de Nicolas Froment, les portraits des Clouet, etc. en sont des témoignages singulièrement éloquents.

Dans l'autre volume, M. Gabriel Rouchès, conservateur au Musée du Louvre, montre la connaissance parfaite qu'il a de l'Italie et de ses moindres cités, en donnant, avec une abondance et une sûreté de documentation qui émerveillent, l'inventaire de tous les monuments importants, religieux ou civils, bâtis au cours des âges dans toute la péninsule et qui racontent jusqu'à nos jours le passé glorieux et mouvementé de ces villes : Rome, Ravenne, Pise, Sienne, Florence, Palerme, Padoue, Milan, Urbin, Bologne, l'éblouissante Venise, Vicence endormie à l'ombre de ses palais, etc., sans parler des jardins magnifiques qui, à Rome, à Florence, à Vérone et ailleurs ajoutent la noblesse de leurs lignes et le charme de leurs verdures aux architectures de pierre ou de marbre. Ici encore les planches qui suivent le texte montrent les plus célèbres et les plus belles de ces créations, qu'elles présentent chronologiquement dans une sorte de musée idéal de l'architecture italienne.

Ajoutons que, comme dans les volumes précédents de la collection, ces deux ouvrages sont accompagnés d'une bibliographie (particulièrement importante en ce qui concerne la peinture française qui permet au lecteur désireux d'une étude plus détaillée de compléter l'enseignement substantiel qui lui a été donné.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

Études de psychologie sexuelle. VIII. L'évaluation de l'Amour. La chasteté. L'abstinence sexuelle, par Hanclock Ellis, trad. par A. Van Gennep. in-8. : 18 fr. (*Mercure de France*).

Examen du sang, par Warsamy. Physiologie. Technique et séméiologie, in-8. 472 p. 2 pl. en couleurs : 58 fr. (Le François).

Externat des Hôpitaux. Nouveau programme. Pathologie médicale, in-8. 229 p. 25. (Le François).

Éléments d'Histologie, par P. Bouin. Tome I. in-4 : 120 fr. (Alcan).

Question de garde de chirurgie, par E. Gamel et J. Paoli, in-16. : 25 fr. (Maupetit, Marseille).



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE.) — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 48 LE NUMÉRO : 50 Centimes 24 NOVEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
Les abonnés partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies.......... 40 fr.
Étudiants.................... 30 fr.
Belgique..................... 45 fr.
Étranger { 1re zone....... 70 fr.
Étranger { 2e zone....... 90 fr.

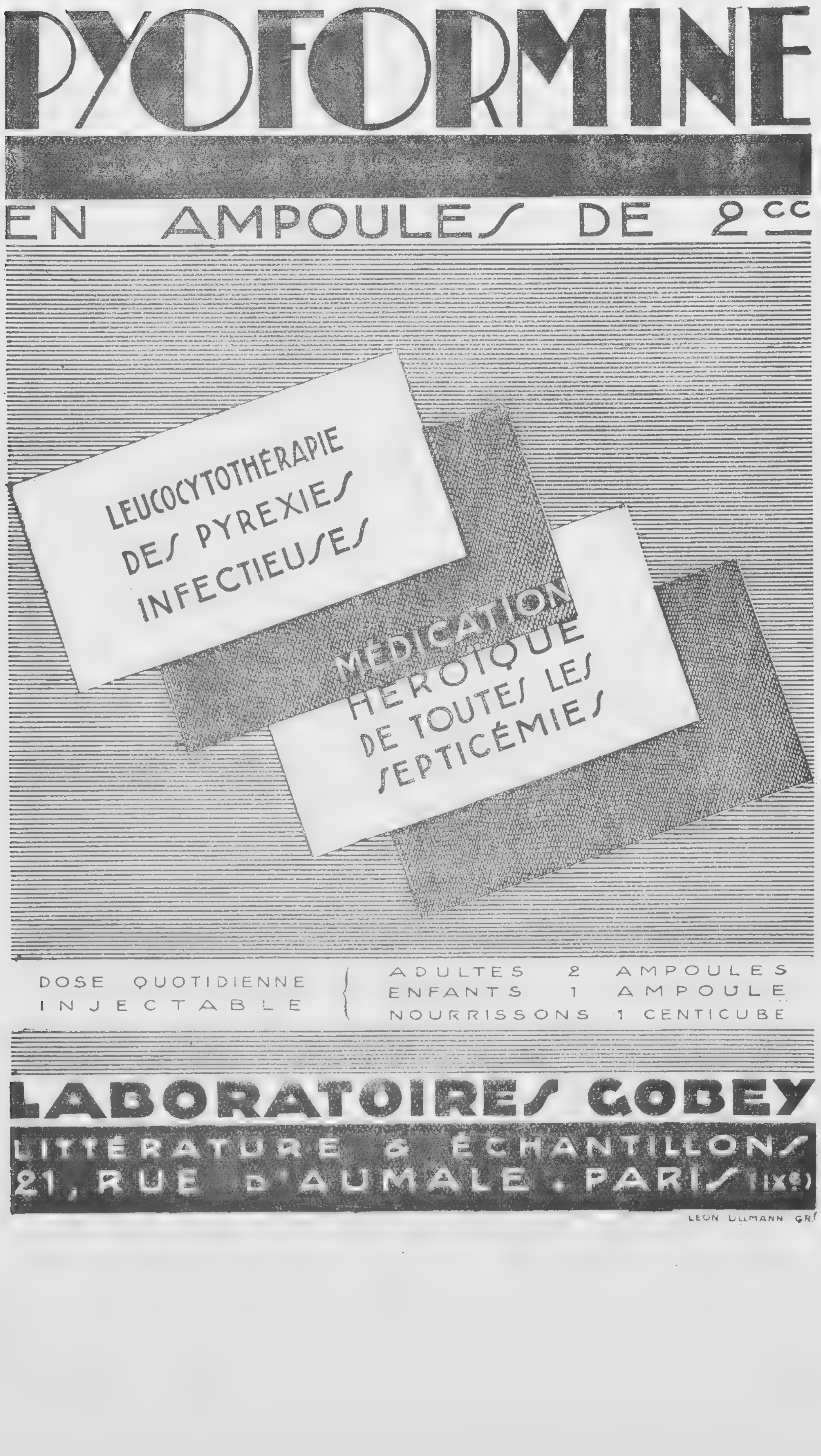
RÉDACTION

Rédacteur en Chef :
Maurice LOEPER
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE DES PYREXIES INFECTIEUSES
MÉDICATION HÉROÏQUE DE TOUTES LES SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE . PARIS (IXe)
LEON ULLMANN GR

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral). — Séance du 8 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë du sommet. — Signes et diagnostic du cancer du pylore ». — MM. Blanquine, 23 ; Louvet 26 ; Chomet, 12 ; Fau, 22 ; Hauert, 18 ; Pautrat, 19 ; Bloch (Léon), 17 ; Fiehrer, 18 ; Masson, 15 ; Mlle Fayot, 22.

Séance du 9 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë chez l'adolescent ». — MM. Robert 21 ; Dulot, 12 : Lellouch, 12 ; Mlle Lépine, 18 ; MM. Lejeune 11 ; Pichon, 27 ; Grivaud, 24 ; Gros, 17 ; Durel, 18 : Amid, 27.

Séance du 12 novembre. — Questions données : « Signes et diagnostic de la colique néphrétique. — Signes et diagnostic du cancer du rectum ». — MM. Carteret, 10 ; Souilhé, 10 ; Mlle Vidal, 16 ; MM. Baussan, 19 ; Maès, 22 ; Vaidie, 12 ; Gorecki, 14 ; Joseph, 26 ; Barthélemy, 8 ; Coste, 17.

Séance du 15 novembre. — Questions données : Signes et diagnostic des hémoptysies. — Signes et complications de la fracture dite de Dupuytren. — MM. Pouey 15, de Langre 15, Beuzart 18, Strée 12, Bernard (Jean) 19, Lieffring 18. Martin (René) 24, David (Pierre) 25, Albeaux 14, Herbert 16.

Séance du 16 novembre. — Qnestions données : Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant. — Rupture traumatique de l'urèthre. — MM. Billiard 18, Fichet 16, Delay 27, Gigon 16, Prost 22, de Palma 20, Boisramé 20. Mutricy 21, Bezier 12, Jonard 25,

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Epreuve opératoire. Séance du 6 novembre. — Question donnée : Ligature de l'artère linguale dans le triangle de Pirogoft. — MM. Leroux 19, Huet 18, Aubry 18.

Séance du 7 novembre. — Epreuve orale : Question donnée : Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. — M. Leroux, 19. — MM. Aubry et Huet se retirent.

Epreuve clinique. — Séance du 9 novembre. — M. Leroux 19, Le concours se termine par la nomination de M. le Dr Leroux.

Concours d'ophtalmologie des hôpitaux. — Epreuve opératoire. Séance du 13 novembre. — Question traitée : Enucléation. — MM. Lagrange 19, Veil 18, Hartmann 20.

Epreuve clinique. Séance du 17 novembre. — MM. Hartmann 20, Lagrange 20. M. Veil s'est retiré.

Le concours se termine par la nomination de M. le Dr Hartmann.

Concours d'assistant d'électro-radiologie. — Epreuve de titres. Séance du 13 novembre. — Mme Baude 4. MM. Boulland 3 1/2, Bühler 4 1/2, Camuset 3, Dubost 4 1/2, Goubert 3 1/2, Hickel 4, Marchal 4 1/2, Nebout 3, Paquet 2 1/2 Pierron 2 1/2, Séligmann 5.

Epreuve pratique. Séance du 15 novembre. — Question traitée : Localisation d'un corps métallique par rapport à la paroi dont il est le plus rapproché M. Pierron 12, Mme Baude 16, MM. Dubost 18, Camuset 14, Séligmann 19, Bühler 17.

Séance du 17 novembre. — Question traitée : Montage du secondaire d'un appareil générateur de rayons X à base d'induction. — MM. Goubert 17, Boulland 15, Nebout 11, Marchal 17, Hickel 14, Paquet 12.

A la suite de ce concours sont nommés assistants d'électro-radiologie. — MM. Séligmann 24 pts, Dubost 22 1/2, Bühler 21 1/2, Marchal 21 1/2, Goubert 20 1/2, Mme Baude 20, MM. Boulland 18 1/2, Hickel 18 et Camuset 17.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Composition du jury : MM. les Drs Darcissac, Maurel. Schaeffer, Fargin-Fayolle, Béliard, Tixier et Michon.

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 20 novembre. — M. Faguet. Action sur le cœur des glucosides de l'adonis vernalis. — M. Lotte. La pyodermite végétante d'Hallopeau. — M. Stérianos. La descendance des tabétiques. — M. Barrat. Etude sur le diabète.

21 novembre. — M. Ménard. Etude du traitement des luxations de la rotule. — M. Besseyrias. Le principe du genêt dans les états posthémorragiques obstétricaux.

22 novembre. — M. Chanteux. Etude sur les grossesses extra-utérines rompues. — M. Laborde. Abcès du lobe frontal consécutifs aux ostéites.

Thèses vétérinaires. — M. Blanchet. De l'ascaridiose chez le cheval. — M. Spielmann. Radiumthérapie par les boues radioactives.

23 novembre. — Thèses vétérinaires. — M. Guillemenet. Etude sur l'alimentation des vaches laitières

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier. — M. le docteur Gustave Humbert, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin-colonel Picqué (G.-H.-J.-B.), des troupes du Maroc.

Au grade d'officier. — M. le médecin commandant honoraire Hommey.

Au grade de chevalier. — M. le médecin lieutenant honoraire Corticchiato.

Réservé. *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Imbert, (A.-C.), Gautier (P.-A.-T.), Coville, Girma, Saleur Moog, Pila, Margnat, Breton, Benabu. Lecornu, Clippel, Fouque, Maigne, Bridant, Henry, Denis, Montfort, Graz. Beauvy, Hérard. Jullemier, Guieysse, Vaudet-Brun, Chaufour, Chavialle, Beyle. Sauphar, Liabot, Aton, Gardiol, Ballu, Onfray, Hollande, Olmer, Jasseron, Catrin Richard, Camuet, Pélissard, Labougle. Yvert, Camus (Paul), Bonnel, Orgebin, Philip, Poiteau. Mortegoutte, Liautey, Tremblin, Thirion, Armengaud, Boyreau, Nordmann. Estachy, Bardin, Redrunes, Chanal, Duranton, Chenot, Vermorel, Drevet. Perdrigeat, Senlecq, Faugeron, Bourdeau, Joyeux, Luzovi, Jacobée.

Académie des Sciences. — *Prix et subventions attribués en 1928 (fin). Physiologie.* — Prix Montyon (1.500 fr.) : M. Maurice Rose, chef de travaux de zoologie générale à l'Université d'Alger ; prix L. Lacaze (10.000 fr.) : M. Louis Lapicque. professeur à la Faculté des sciences : prix Pourat (2.000 fr.) : M. Robert Courrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Alger ; prix Martin-Damourette (1.000 fr.) : M. Eugène Jamot, chef du service de la trypanosomiase humaine, au Cameroun ; prix Philipeaux (1.000 fr.) : M. François Granel, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier.

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 fr.) : Mmes Cusco et Rück ; prix Helbronner-Fould (2.000 fr.) : le prix

est décerné à la veuve de Marcel Bertrand, membre de l'Académie des sciences.

Fonds de recherches scientifiques. — Fondation de Mme Victor Noury (prix de 3.000 fr.) : M. René Fortrat, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble ; fondation Roy-Vaucouloux (6.000 fr.) : les arrérages de la fondation à M. Claudius Regaud, membre de l'Académie de médecine.

Cinquantenaire du Concours médical. — (16-17 novembre 1929). — Le Concours médical, Société d'études médico-professionnelles, journal médical, initiateur du syndicalisme médical, créateur de la « Mutualité familiale du Corps médical français » et du « Sou médical », qu'il patronne toujours, célèbrera son Cinquantenaire les 16 et 17 novembre 1929.

Les manifestations projetées à cette occasion doivent comporter une séance solennelle, et une soirée de gala, le premier jour ; les Assemblées générales annuelles du *Concours médical* et de ses œuvres, une excursion dans un château historique des environs de Paris, un grand banquet et un bal le deuxième.

Elles sont placées sous le haut patronage d'un Comité d'honneur.

La Présidence est offerte à M. le Dr Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociale.

Vice-présidents : M. le Dr Paul Legendre, membre de l'Académie de médecine, M. Léon Mirman, conseiller à la Cour des Comptes.

Bureau : le Conseil de Direction du *Concours médical*. Commissaire général : Dr G. Duchesne, rédacteur en chef adjoint.

Asile d'aliénés de la Seine. — Un concours pour cinq places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'hôpital Henri Rousselle et de l'hospice Paul Brousse à Villejuif, s'ouvrira à Paris le lundi 7 janvier 1929.

Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville ; 2 rue Lobau, escalier A 2e étage, porte 227) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 heures du 10 décembre 1928 au 22 décembre inclus.

Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul Brousse et éventuellement pour le recrutement d'un interne en médecine au Centre anti-cancéreux de la banlieue parisienne, et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul Brousse et au Centre anti-cancereux s'ouvrira le 11 février 1929.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le lundi 27 mai 1929, devant la faculté de Paris, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Tours.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Faculté de Montpellier. — La chaire d'oto-rhino-laryngologie de la faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

La chaire de gynécologie de la faculté de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

(*J. O.*, 19 novembre.)

La secret médical et les lois d'assistance. — Le Conseil d'Etat vient d'être appelé à statuer sur une question qui préoccupe depuis longtemps le monde médical. Il s'agit en effet de savoir si le contrôle nécessaire des dépenses de l'assistance médicale gratuite permet ou non d'exiger légalement d'un médecin la déclaration du diagnostic de la maladie dont est atteint l'indigent qu'il soigne.

Le règlement en usage dans le département de l'Aube prévoit que les bulletins de visite médicale devront indiquer le diagnostic de la maladie. Or, le docteur B... a soutenu que cette disposition serait contraire à l'article 378 du Code pénal instituant pour les médecins l'obligation de garder le secret professionnel. Il refusa donc de porter sur les bulletins de visite l'indication de la maladie. Dans ces conditions, la commission de contrôle du département de l'Aube refusa de lui payer ses honoraires.

Le docteur B... a porté la question devant le Conseil d'Etat, qui vient de lui donner raison. Il résulte de l'arrêt qui a été rendu sur le rapport de M. Blondel, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Dayras et après plaidoirie de Me Auger pour le docteur B..., qu'« en l'état actuel de la législation » et en l'absence notamment de toutes dispositions expresses de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, il ne saurait être dérogé à la règle générale et absolue édictée par le Code pénal en ce qui concerne le secret professionnel. Dès lors, le Conseil d'Etat a estimé que les dispositions du règlement départemental de l'Aube sont contraires à l'article 378 du Code pénal. En conséquence, le docteur B... a été renvoyé devant la commission de contrôle du département pour règlement de ses honoraires.

Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'au cours de ses conclusions le commissaire du gouvernement Dayras, tout en se prononçant en faveur du pourvoi du docteur B... avait cru devoir citer un avis par laquel la section de l'intérieur du Conseil d'Etat, en 1925, estimait que, quelle que soit la nature de la maladie, les médecins de l'assistance ne peuvent pas opposer l'article 378 du Code pénal pour refuser d'indiquer aux commissions de contrôle leur diagnostic avec le nom de l'assisté ayant eu recours à leurs soins. Comme on vient de le lire, l'assemblée générale du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a adopté une autre solution. Mais il semble qu'en insérant dans l'important arrêt qu'elle vient de rendre les mots « en l'état actuel de la législation », elle ait voulu discrètement souligner la contradiction qui existe entre les dispositions de l'article 378 du Code pénal, telles que les interprète la Cour de cassation et celles de la législation sociale actuelle.

La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la nouvelle loi sur les assurances sociales prévoient et ordonnent en effet, un contrôle que la section de l'intérieur jugeait difficile de concilier avec la stricte observation de l'article 378 du Code pénal.

Clinique d'Eumorphie. — Le Dr Pierre ROBIN, médecin stomatologiste des hôpitaux de Paris, appelé, d'après les règlements de l'Assistance publique, à quitter son service de l'hôpital des Enfants-Malades en 1921, informe ses confrères que dans le but de ne pas interrompre le traitement des 1.500 enfants, adolescents et adultes qui sont actuellement soignés dans son service des Enfants-Malades, il a ouvert, 50, rue de Rennes (Saint-Germain-des-Prés), une clinique hospitalière d'eumorphie où il continuera à donner ses soins aux anciens petits malades de l'hôpital ainsi qu'aux glossoptosiques et adénoïdiens, justifiables de sa méthode eumorphique, qu'ils voudront bien lui adresser.

Comme à l'hôpital, toutes les consultations restent gratuites, les appareils seuls étant payés.

Les consultations personnelles du Dr Pierre ROBIN ont lieu tous les mardis et jeudis de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2 ; le service des consultations et traitement étant assuré de façon permanente sous la direction du Dr SAMAMA.

La clinique, reste ouverte tous les jours de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2 et de 14 h à 17 h.

Lyon. — Vendredi 9 novembre, M. le professeur Piery, premier titulaire de la chaire d'hydrologie et de climatologie a fait sa leçon d'ouverture. Après avoir montré comment les anciens avaient divinisé les sources bienfaisantes, M. Piery célébra nos villes d'eaux ou l'hygiène ingénieuse et le bien-être recherché multiplient à merveille la propriété curative des eaux. Ce qu'on appelait autrefois : nymphes, naïades, nous le baptisons aujourd'hui : « ions », radio-activité. L'essentiel est que l'effet salutaire persiste pour les eaux comme pour le climat. L'expérience populaire a devancé ici l'art médical. Aux médecins de rattraper le temps perdu en étudiant de plus près les causes et les conditions des cures hydrominérales et climatiques.

Une soirée médicale. — Un film pharmacologique sur l'analepsie cardio-respiratoire avec conférence du Dr Paul VEIL, assistant du Dr GALLAVARDIN, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sera donné le 28 novembre à 8 heures 3/4, salle des Ingénieurs-Civils, 19, rue Blanche.

Les lecteurs du *Progrès Médical* y sont cordialement invités et sont assurés du meilleur accueil de la part de organisateurs, les laboratoires Ciba de Lyon.

Association professionnelle internationale des médecins. (A. P. I. M.). — Nous avons le plaisir d'annoncer une nouvelle publication qui intéressera particulièrement les médecins praticiens de tous pays, en ce qui concerne l'exercice journalier de la médecine et tous les problèmes de médecine sociale qui se présentent constamment à eux. C'est l'organe officiel de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) dont un premier numéro a paru, à titre d'essai, en mai 1928, mais qui, à partir de son numéro de novembre, ainsi qu'il en a été décidé lors de la 3e session du Conseil général de l'A. P. I. M., devient une revue trimestrielle.

Croisières de Bruxelles-Médical. — *Hiver.* — Croisière d'une durée de 42 jours, organisée au cours de l'hiver 1928-1929, vers les Antilles et le Canal de Panama, à bord du paquebot de luxe *Flandre* (11.420 tonnes).

Itinéraire : Plymouth ou Bordeaux ; Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) : Basse-Terre (Guadeloupe) ; Fort-de-France (Martinique) : Trinidad ; Carupano et La Guaira (Vénézuéla) : Curaçao ; Puerto Columbia (Colombie) , Cristobal-Colon (Panama), et retour par les mêmes ports, avec, en plus, Puerto Cabello (Vénézuela). Débarquement à Plymouth ou au Havre.

Prix en première classe, séjour à bord aux escales et à Cristobal, Colon compris : depuis 13.650 francs belges (9.555 francs français environ).

Croisière d'été. — Répondant au désir qui lui a été exprimé par un nombre considérable de lecteurs et amis, *Bruxelles-Médical* a décidé d'organiser probablement par le s/s *Brazza* (16.000 tonnes). au cours des grandes vacances prochaines, une croisière vers le Cercle polaire, croisière qui permettra aux touristes de visiter les plus jolis fjords de Norvège et vraisemblablement, les Lofoden.

L'itinéraire n'est pas encore définitivement établi, mais il est à peu près certain que le paquebot remontera jusqu'à environ 140 milles (280 kilomètres) au-delà du Cercle polaire. Le retour s'effectuera par les îles Feroë, les Shetland et l'Ecosse, très probablement.

Les personnes que l'une de ces croisières intéresserait sont priées de se signaler dès maintenant et sans engagement à la Section des voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, car il est indispensable de pouvoir prendre dès maintenant toutes les dispositions d'affrètement. Les renseignements leur seront envoyés au fur et à mesure de leur parution. Les inscriptions seront reçues suivant l'ordre d'arrivée des demandes.

Nécrologie. — Dr Charles BONGRAND, médecin commandant du 23e rég. d'infanterie coloniale. — M. le Dr Henri DECHAVANNE, de Roanne, décédé dans sa 46e année. — M. Marius SESTIER, pharmacien, directeur de la Société des brevets Lumière, chevalier de la Légion d'honneur.

TRAVAUX ORIGINAUX

La médication cardiosthénique d'urgence par l'adonidine,

Par MM.
Henry LASSALLE et **Marcel SENDRAIL**
Chefs de clinique à la Faculté de Toulouse.

Rien ne montre mieux la précarité des méthodes dont nous disposons pour apprécier cliniquement la valeur curative des produits thérapeutiques, que la diversité des jugements émis sur les propriétés, les indications et l'efficacité de la plupart d'entre eux. Les techniques expérimentales mêmes, pour être plus fidèles, n'offrent pas une telle rigueur qu'elles interdisent les interprétations dissemblables et parfois contradictoires. C'est ce dont témoigne la discussion des travaux consacrés à l'adonidine.

Isolé depuis près d'un demi-siècle, ce glucoside a été doté des pouvoirs pharmacologiques les plus étendus et les plus mal définis. Les premiers auteurs (Huchard, Wilson, Oliver, Stern) lui reconnurent, sur la foi de succès thérapeutiques évidents, les propriétés cardiotropes qu'une expérience séculaire avait attribuées à la plante dont il est issu. Leurs données furent confirmées à l'aide d'arguments expérimentaux, qui eussent dû sembler irrécusables, par le mémoire de MM. Henrijean et Honoré (1909). Les physiologistes belges établissaient l'action directe de la drogue sur la fibre myocardique et sur le tonus vagal et tenaient surtout l'adonidine pour un agent cardiosthénique et hypertenseur. Sa valeur diurétique leur paraissait plus douteuse, et la fonte des œdèmes qu'ils constataient dans quelques cas était portée par eux au compte de « la régulation de la circulation générale et de la disparition de la stase rénale ».

L'opinion inverse était soutenue peu après par Chevalier, qui inscrivait délibérément l'adonis, comme la scille, au nombre des diurétiques azoturiques directs. De même, lorsqu'il y a deux ans, MM. Harvier et Schedrovitsky conseillèrent, très heureusement à notre sens, d'administrer l'adonidine par voie veineuse, ils vantèrent surtout le pouvoir diurétique « triomphal », de la drogue, dont le tropisme myocardique leur parut toujours accessoire et le plus souvent négligeable. Enfin, tout récemment, M. Lutembacher, pour mieux recommander les glucosides nouveaux extraits de l'adonis par L. J. et F. Mercier, a mis en doute l'activité de l'adonidine jusque-là utilisée et nié en particulier qu'elle contînt un principe cardiotonique.

Ces assertions sont faites pour étonner ceux qui, comme nous, ont tant de fois assisté, chez l'animal, à l'invigoration des cœurs soumis à l'action de l'adonidine et, chez l'homme, à la cure exceptionnellement rapide des plus brutales défaillances ventriculaires. C'est pourquoi nous voulons ici rappeler compendieusement les conclusions du travail où l'un de nous avait déjà exposé l'an dernier, l'essentiel de nos constatations pharmacodynamiques (1). Depuis cette première publication, nous n'avons cessé de recueillir des documents cliniques, qui, tous, nous proposent une leçon identique : l'adonidine, assez médiocre tonicardiaque d'entretien, si du moins elle est utilisée isolément, devrait être appelée à jouer un rôle sans pair dans la thérapeutique d'urgence des décompensations ; c'est en comparaison avec celles de la digitaline et de l'ouabaïne que nous nous efforcerons à cet égard de définir ses indications.

***

Introduite dans la circulation d'un animal (batracien, lapin, chien) à dose faible (0,0001 gr. par kgr.), l'adonidine provoque une série de perturbations fonctionnelles qui prédominent au niveau de l'appareil cardiovasculaire.

Sur le cœur étudié *in situ*, et dont les mouvements sont enregistrés à l'aide de la pince de Marey, l'action de l'adonidine se traduit par un accroissement de l'amplitude et de la rapidité des contractions auriculaires et ventriculaires. Le plateau systolique est allongé, le rythme ralenti. L'effet est plus saisissant encore si l'on a laissé le cœur se fatiguer à l'air pendant plusieurs heures avant l'injection.

Sur le cœur en perfusion, quelques secondes après le début de l'action du Locke contenant de l'adonidine (5 milligr. pour 1000), on constate aussi une exagération de l'amplitude des contractions, qui atteint rapidement le double ou le triple de sa valeur normale. D'autre part la fréquence du rythme augmente de 30 à 50 pulsations par minute (fig. 1.).

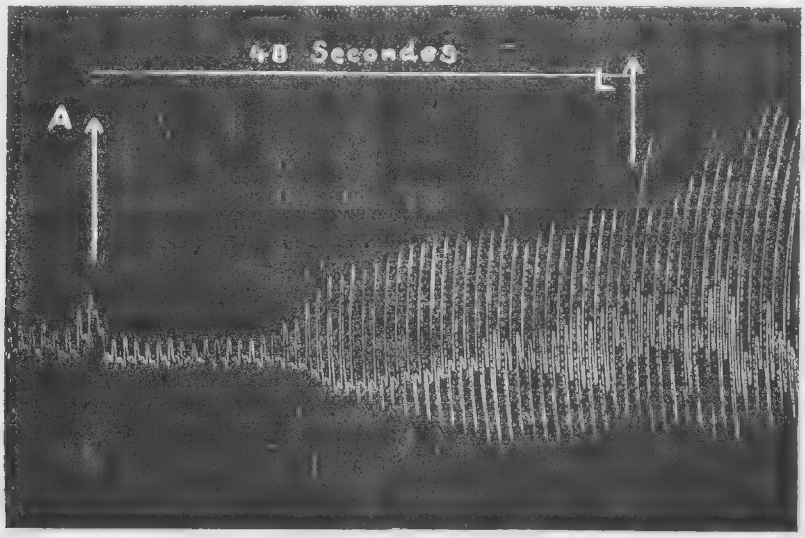


FIG. 1. — Cœur de lapin en perfusion.
Le cœur a été fatigué par deux heures de perfusion avec du Locke pur.
A : Locke adonidinisé.

Si l'on remplace le liquide adonidinisé par du Locke pur, on observe que l'effet cardiocinétique persiste pendant plusieurs minutes et s'épuise ensuite progressivement. Le cœur, après plusieurs oscillations du tonus, bien caractéristiques de sa fatigue, se stabilise pour une amplitude de contractions inférieure à celle du début.

Si au contraire on n'interrompt pas le passage du Locke adonidinisé, en peu de minutes, le cœur manifeste son intoxication. On remarque que l'effet cardiosthénique du début est bientôt suivi d'un ralentissement rythmique et d'un effondrement de l'amplitude des systoles. Les oreillettes battent à 190,

(1) C'est à cette étude (Recherches sur l'action de l'adonidine, Henry LASSALLE. Thèse Toulouse, 1927) que devrait se reporter le lecteur curieux du détail de notre expérimentation.

200 à la minute, les ventricules à 80, 110. Il y a donc une dissociation, du reste brève. En effet, après quelques secousses fibrillaires, le cœur s'arrête en diastole.

Les myocardiogrammes nous révèlent, d'autre part, une propriété singulière de l'adonidine : son pouvoir décontracturant. Nous constatons en effet, que la ligne enveloppante inférieure des tracés, correspondant à la diastole, s'abaisse considérablement, en même temps que se manifeste l'effet cardiocinétique. Il y a donc un relâchement diastolique du tonus du myocarde. Ainsi, la phase passive coïncide avec un repos musculaire parfait et le rendement hydraulique est amélioré du fait de l'accroissement de volume de la pompe cardiaque. La digitaline donne des tracés analogues, mais certainement d'une moindre netteté. L'ouabaïne au contraire, provoque une contracture diastolique très apparente sur les tracés (fig. 2). Il en est de même de la spartéine, dont l'effet contracturant éclipse l'effet cardiocinétique (fig. 3). Ces constatations suffisent à donner à l'adonidine une place de choix dans la hiérarchie des tonicardiaques.

immédiate et intense : le rythme respiratoire est ralenti ; les mouvements d'ampliation thoracique sont considérablement augmentés (fig. 4). Cet effet hyperpnéique semble traduire une action élective sur le centre bulbaire, action si vigoureuse que nous avons pu utiliser l'adonidine pour la réanimation des chiens surpris par la syncope respiratoire au début de l'anesthésie chloroformique.

En revanche, l'adonidine ne jouit d'aucun pouvoir diurétique notable. Si l'on introduit une canule dans les uretères d'un chien chloralosé, on vérifie que le débit urinaire n'est presque pas modifié par l'injection de la drogue. Chez l'homme normal, les éliminations nycthémérales ne présentent aucune variation après l'administration de l'adonidine, et le temps de résorption de la boule d'œdème provoqué (test d'Aldrich et Mac Clure) n'est qu'à peine accéléré.

***

Il convient en outre d'analyser les modalités de la pertur-

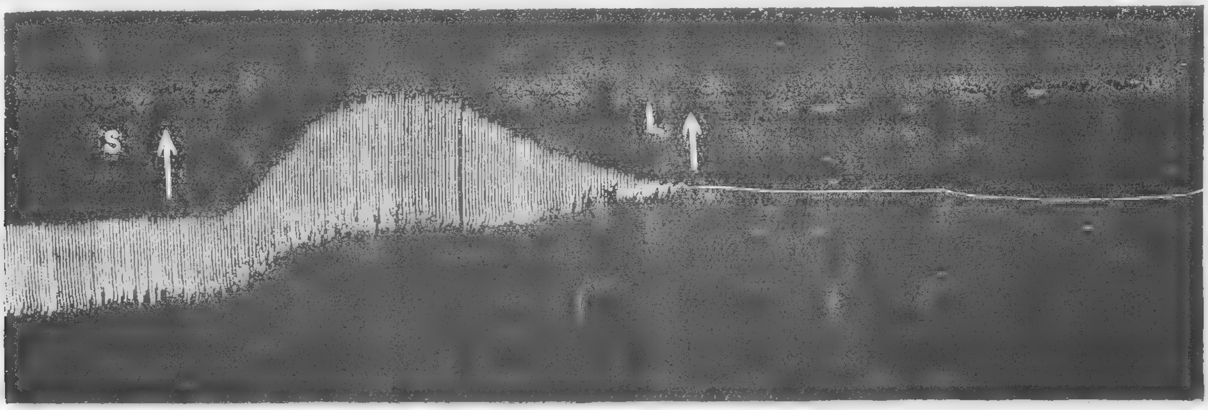


Fig. 2. — Cœur de lapin en perfusion.
S : Action de l'ouabaïne.

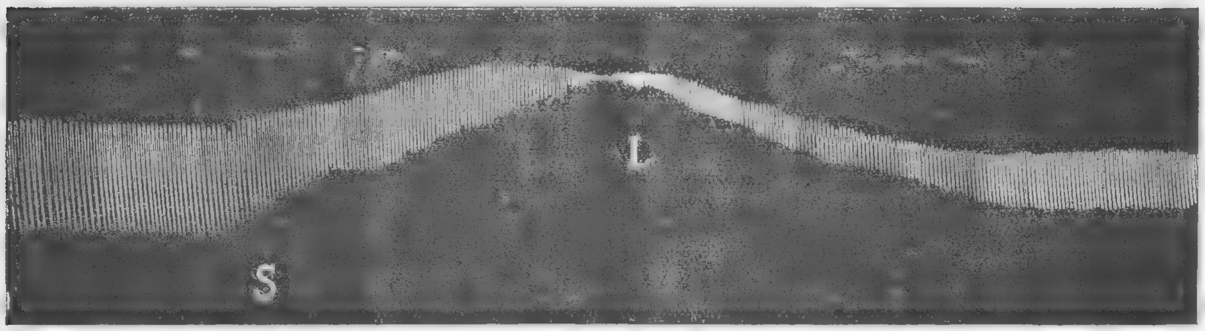


Fig. 3. — Cœur de lapin en perfusion.
S : Action de la spartéine.

bation apportée par le glucoside étudié à la dynamique circulatoire. A cette fin, nous avons tenté de rattacher les faits observés à des modifications des propriétés fonctionnelles élémentaires de l'appareil cardiaque, et de préciser pour les deux plus importantes de ces fonctions, les variations qu'elles subissent du fait de l'imprégnation par l'adonidine. Deux méthodes d'exploration ont servi notre dessein. La chronaximétrie traduit en valeurs numériques le degré d'*excitabilité* du myocarde, du faisceau autonome et des nerfs extrinsèques. L'électrocardiographie, d'autre part, permet d'apprécier l'intégrité ou de mesurer les troubles de la *conductibilité* hisienne.

Quelles que soient la dose et la voie d'introduction de l'adonidine, la chronaxie du ventricule et celle du faisceau auriculo-ventriculaire sont augmentées, à tous les stades de l'intoxication.

Les données classiques inviteraient à regarder ce fait comme un témoignage de la diminution constante de l'excitabilité cardiaque. En réalité, une longue étude et de multiples recherches électrologiques, poursuivies par ailleurs, ont permis à l'un de nous de vérifier que l'excitabilité neuromusculaire n'est pas

La pression carotidienne du chien, enregistrée au moyen du kymographe de Ludwig, est modifiée en quelques secondes par l'injection intraveineuse d'adonidine (fig. 4) : la tension systolique et la tension différentielle s'élèvent considérablement et ces variations sont exagérées encore dans le cas de prédominance vagotonique antérieure. Chez l'homme, l'élévation de la tension maxima et l'amplification de l'indice oscillométrique sont à peu près constantes, encore que légères, quatre à dix minutes après l'injection et durent dix à quinze minutes environ.

Quant à l'action vasculaire de l'adonidine, elle paraît des plus effacées. Son administration préalable ne modifie ni l'effet constricteur de l'adrénaline, ni l'effet dilatateur du nitrite d'amyle. La fugace vasoconstriction, mise en évidence chez le chien adonidinisé, par l'oncographie rénale, semble due moins à une action élective sur les muscles ou le centre vasomoteur, qu'à l'irritation de l'endothélium vasculaire, traumatisé par une substance étrangère. Les toxiques inhibiteurs du centre vasomoteur bulbaire, tels que le chloral, conservent en effet tout leur pouvoir, en dépit de l'injection d'adonidine.

Sur la ventilation pulmonaire, l'action du glucoside est

suffisamment caractérisée par la considération isolée de l'un de ses paramètres, et qu'il importe de faire intervenir simultanément dans son évaluation les deux notions de chronaxie et d'intensité liminaire, selon des expressions qu'il serait oiseux de rappeler ici.

Disons seulement que l'application de ces dernières à nos chiffres expérimentaux, montre que l'adonidine, à faibles doses, augmente l'excitabilité du myocarde et du faisceau, qu'à hautes doses elle la diminue. Les doses intermédiaires, en réalisant la transition entre ces deux effets inverses, diminuent en premier lieu, la réactivité aux excitations de courte durée.

L'adonidine, ainsi que tous les poisons cardiaques, exerce plutôt ses effets sur le faisceau que sur le myocarde. L'allorythmie qu'elle entraîne, si l'on prolonge son action, peut être interprétée, d'après une hypothèse formulée par C. Veil pour l'atropine, comme la conséquence d'un asynchronisme entre les excitabilités des deux appareils.

ondes P ne sont suivies qu'à intervalles éloignés de la réponse ventriculaire (fig. 6). Il est impossible néanmoins actuellement, d'établir si l'on doit, avec Einthoven, Lewis, rapporter ce fait à la diminution de la conductibilité propre du faisceau où, avec C. Veil, à un dyssynchronisme entre les excitabilités myocardique et hisienne.

Nous avons vu que le cœur, isolé en perfusion, et soustrait à l'action du pneumo-gastrique, accélère son rythme sous l'influence de l'adonidine. Quand l'appareil vagal est intact, la bradycardie est constante. L'adonidine sensibilise le système cardio-inhibiteur à toutes les influences physiologiques, pharmacodynamiques ou physiques qui l'excitent normalement. La vagotomie ou l'atropinisation massive suppriment ces effets On doit, de ce chef, ranger l'adonidine parmi les médicaments cardio-vagomimétiques (cette expression nous paraît mieux appropriée au cas actuel que celle de médicament vagotonique fréquemment usitée).

Par quel mécanisme agit la drogue ? D'après les auteurs

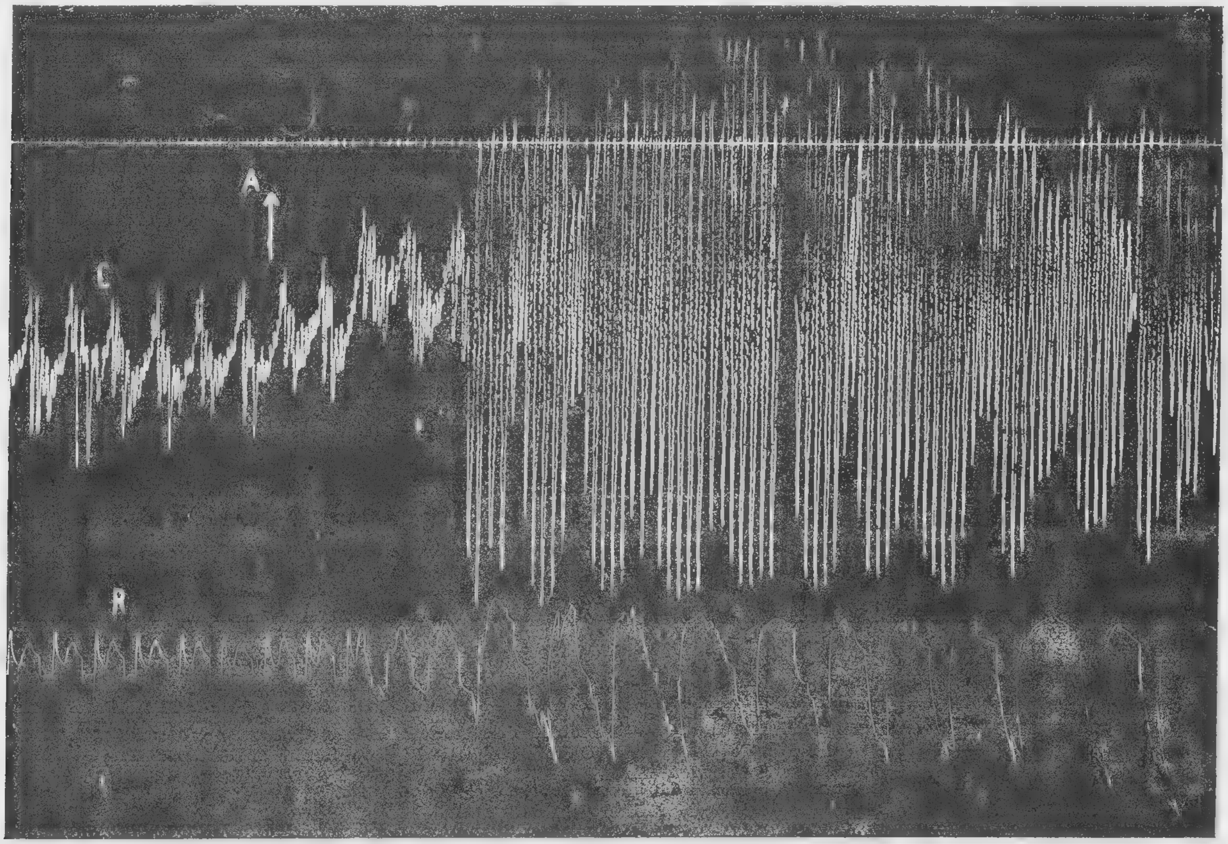


FIG. 4. — Effet de l'adonidine sur la pression carotidienne et les mouvements respiratoires du chien.
C : Pression carotidienne.
R : Respiration, enregistrée au pneumographe.
A : injection intraveineuse de 8 milligr. d'adonidine.

Ces propriétés rapprochent l'adonidine de la digitaline (Gruzewska et M. Lapicque) et de la convallamarine (Delas), mais elles l'opposent à l'ouabaïne et à la spartéine, qui jouissent d'une influence modératrice des plus marquées sur l'excitabilité cardiaque (Lapicque, Mercier et Cherbuliez).

L'enregistrement des forces électromotrices développées au cours de la révolution cardiaque, nous renseigne plus complètement sur les réactions du système autonome à l'adonidine.

A faible dose, celle-ci ne semble pas agir sur les phénomènes de conduction. Les électrocardiogrammes nous montrent seulement des modifications minimes, accentuation de R et surtout de S, qui nous paraissent caractériser une certaine invigoration de la systole ventriculaire (fig. 5).

A dose plus élevée, et en fin d'intoxication, apparaissent sur les tracés des signes nouveaux, réduction de la hauteur de R, aplatissement et élargissement des complexes, accidents supplémentaires, où l'on doit reconnaître le témoignage d'un fléchissement myocardique. De plus, l'espace PR s'allonge progressivement à tel point que, lors des stades ultimes, les

elle exciterait directement le noyau et les terminaisons du nerf vague. Ayant réalisé des expériences systématiques afin d'apprécier les variations de l'excitabilité du nerf au cours de l'intoxication, selon la technique de Lapicque et Meyerson, nous n'avons pu adopter cette interprétation. En effet, la chronaxie du pneumogastrique reste pratiquement sans changement, même aux stades très avancés de l'intoxication ; seules les *lois de sommation* des excitations sont profondément perturbées. Discutant les résultats de ces investigations et les rapprochant des données antérieurement acquises sur les variations de l'excitabilité du cœur (1), nous avons été amenés à conclure à une localisation prépondérante de l'adonidine sur la fibre myocardique, la fixation de la drogue sur le vague lui-même demeurant des plus problématiques.

On sait, en effet, depuis les travaux de M. et Mme Chauchard, que l'atropine, poison vagoplégique type, n'agit aucunement sur le pneumogastrique, mais seulement sur le myo-

(1) L'exposé détaillé de ces expériences et leur discussion fera l'objet d'une prochaine note.

carde, organe d'aboutissement du nerf. Il nous paraît qu'il en est de même pour l'adonidine, qui exercerait d'ailleurs son influence selon un sens opposé à celui de l'atropine. Nouspouvons donc énoncer l'interprétation suivante :

L'adonidine exalte dans leur ensemble les fonctions nobles de la fibre cardiaque : la contractilité est accrue, l'excitabilité est augmentée dans sa généralité, de sorte que les réactions de l'organe sont exagérées tout aussi bien à l'égard des stimuli sinusaux cardio-cinétiques (le cœur isolé en perfusion ou sous-

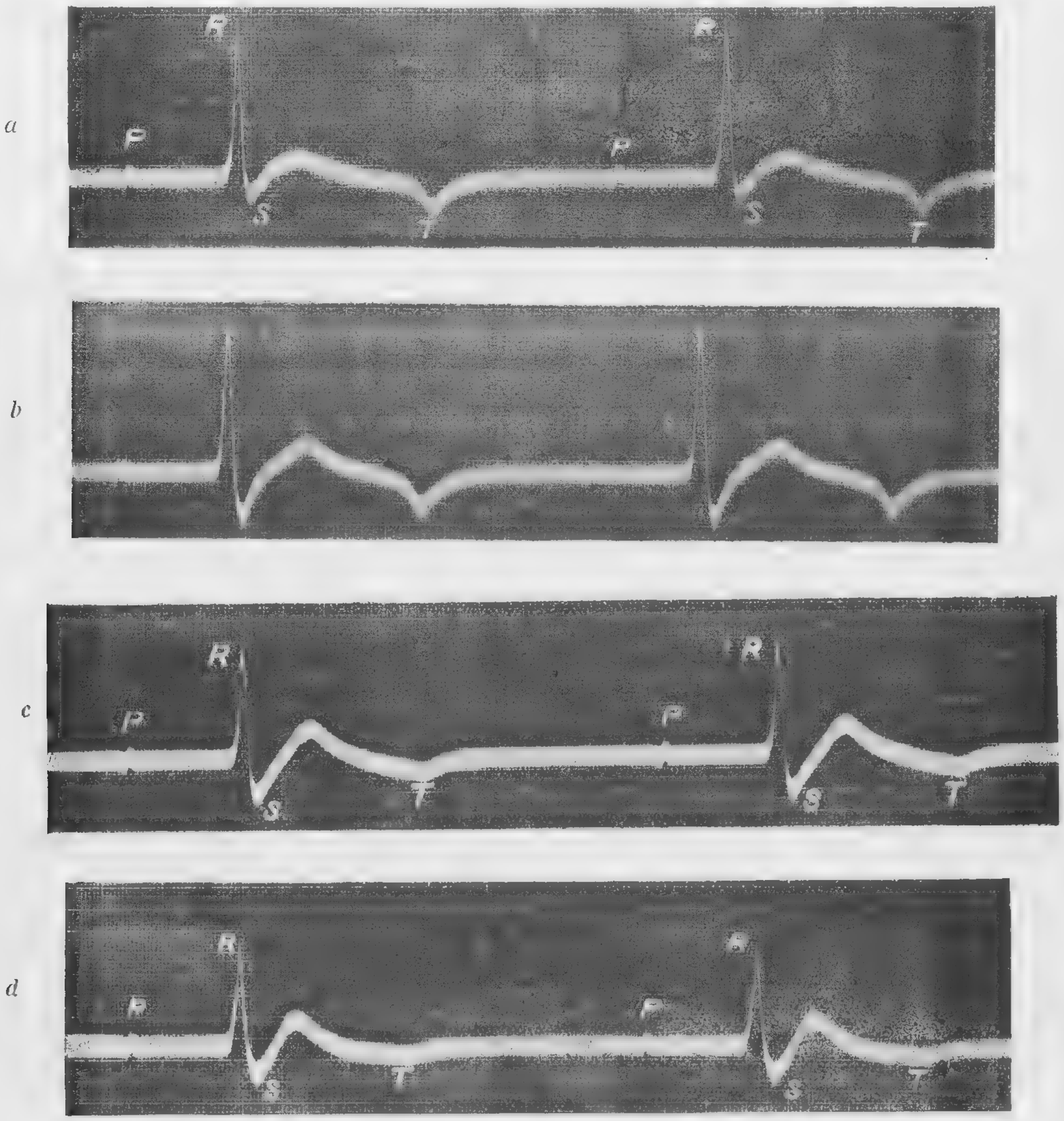


Fig. 5. — Modifications de l'électrocardiogramme de crapaud sous l'effet de faibles doses d'adonidine

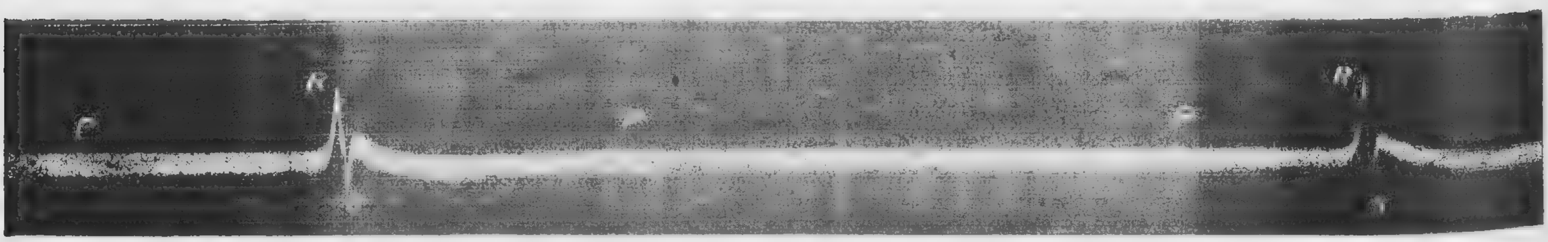


Fig. 6. — Modifications de l'électrocardiogramme de crapaud sous l'effet de doses toxiques d'adonidine.

trait à l'action du vague s'accélère par l'adonidine) qu'à l'égard des incitations inhibitrices du vague, dont le tonus l'emporte normalement sur celui des accélérateurs (le cœur à pneumogastrique intact est ralenti par l'adonidine). En revanche, dans les stades ultimes de l'intoxication, toutes les fonctions cardiaques sont adultérées : la contractilité, la conductibilité, l'excitatbilité s'émoussent ; la chronaxie du myocarde est très élevée, celle de la dixième paire n'est pas changée. Le dyssynchronisme entre les deux éléments est tel que le stimulus vagal n'est plus transmis à la fibre musculaire ; la vagoplégie s'observe alors, par *curarisation* de l'appareil cardio-inhibiteur.

***

L'analyse expérimentale qui précède permet de préciser les effets cliniques que l'on est en droit d'attendre de l'adonidine, en dégageant les éléments qui serviront de base aux indications thérapeutiques et en nous éclairant sur son mécanisme d'action.

C'est peut-être le phénomène le plus constant et en tous cas le plus précoce de la cure adonidique, que la suspension très rapide et souvent complète des accidents dyspnéiques, en apparence les plus redoutables. Sous son influence, la cyanose disparaît ; les mouvements thoraciques s'amplifient et se régularisent ; la stase pulmonaire s'atténue ; à l'angoisse asphyxique succède en quelques heures une euphorie respira-

toire, telle que certains de nos malades, au moindre paroxysme, réclament le renouvellement de l'injection. L'adonidine, en effet, abolit, comme un anesthésique véritable, la sensation douloureuse de la dyspnée, et d'autre part, exalte le tonus du centre bulbaire des mouvements respiratoires. Cet effet eupnéique si particulier, n'est d'ailleurs pas très durable et ne peut devenir définitif qu'au prix du rétablissement de la fonction circulatoire, qui constitue la seconde étape de l'action pharmacodynamique.

La réponse cardiaque à l'administration du glucoside survient à son tour, au bout d'un délai assez bref. Le ralentissement du rythme ne saurait échapper à un observateur un peu attentif. L'entrave apportée à la conduction hisienne et la prédominance du système vagal suffisent, comme nous l'avons vu, à rendre compte du fait. La digitaline seule jouit d'un pouvoir bradyrythmique équivalent ; des expériences en cours nous incitent d'ailleurs à rapprocher le mécanisme d'action de ces deux drogues, et à l'opposer à celui de l'ouabaïne, sans influence nette sur l'excitabilité, ni par conséquent sur le rythme, aux doses thérapeutiques.

L'action de l'adonidine sur la contractilité myocardique, se traduit cliniquement par la force accrue du pouls et de l'impulsion apexienne, par la raréfaction des systoles parasites, par la disparition des bruits de galop et des souffles d'insuffisance valvulaire fonctionnelle. Cette action l'emporte indiscutablement sur celle de la digitaline ; M. Vaquez a, comme on sait, insisté à maintes reprises sur l'impuissance de la digitaline à provoquer d'amples systoles, sur les dilatations aiguës qu'entraîne parfois son emploi, et sur la nécessité de ne pas l'utiliser isolément. Quant à l'ouabaïne, son pouvoir tonique pur ne le cède pas sans doute à celui de l'adonidine ; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ses propriétés contracturantes réduisent le relâchement diastolique, de sorte que l'effet systolique est obtenu au détriment du repos périodique du cœur qui travaille inefficacement pendant chaque diastole. Tout au contraire, ce repos est favorisé au maximum par l'adonidine, grâce à l'ample relâchement diastolique qu'elle provoque : l'amélioration porte à la fois sur le rendement hydraulique de la pompe cardiaque et sur le régime de marche du moteur.

A plus longue échéance, nous pourrons mettre en évidence, chez certains des malades soumis à la cure adonidique, des modifications du tonus vasculaire. Dans quelques cas nous observerons non seulement un abaissement notable de la tension maximo-minimale, mais une véritable restauration de la différentielle et une amplification de l'indice oscillométrique. Ainsi les états d'hypertension, bien loin de faire proscrire le recours à l'adonidine, comme l'ont cru certains, le commandent au contraire plus impérieusement. Sans doute nous avons signalé plus haut une élévation de la pression carotidienne à la suite de l'injection de la drogue ; mais cette élévation est toute transitoire, et son mécanisme est absolument distinct de celui des hypotensions durables, qui correspondent à un rétablissement de l'équilibre circulatoire.

Enfin, et subsidiairement, la régulation du régime vasculaire et la disparition des stases viscérales se traduisent par un accroissement parfois notable de l'élimination urinaire.

Ainsi, à ne tenir compte que des effets observés au cours des premières heures, l'adonidine paraît primer tous les autres grands cardiotoniques, par la richesse et la diversité des réactions qu'elle suscite au niveau de tous les éléments neuromusculaires du cœur. La promptitude des modifications provoquées, que conditionne la diffusibilité extrême du médicament, son élimination très rapide qu'il serait aisé d'opposer à l'accumulation des produits digitaliques, contribuent à justifier le rôle qu'elle pourrait jouer dans la thérapeutique des décompensations aiguës.

Il n'est pas jusqu'au fait que l'adonidine peut être utilisée sans manœuvres préliminaires qui ne doive à cet égard être retenu. Sans doute, il est toujours bon, pour amorcer son action, chez un sujet infiltré, de pratiquer préalablement la ponction des diverses hydropisies. Mais une paracentèse, une thoracentèse font partie de l'acte d'urgence, et ne sauraient être mises en parallèle avec la longue et rituelle préparation qu'exige toute cure digitalique.

Mais il est un moment où les cardiotoniques classiques reprennent l'avantage, c'est lorsqu'il importe de maintenir et de consolider les gains obtenus. L'action de l'adonidine, en effet, ne se développe que sur une brève durée. Elle s'épuise si vite que l'on peut être tenté, au bout d'un à deux jours, de renouveler son administration. C'est à quoi nous ne manquions pas, au début, lorsque nous nous efforcions de réaliser par l'adonidine une cure de fond des états asystoliques. Nous nous demandons aujourd'hui si la nécessité d'injecter le médicament par voie veineuse est bien compatible avec les exigences d'une thérapeutique de longue haleine. D'autre part, les vertus éminentes de la drogue perdent un peu de leur intérêt lorsqu'il s'agit seulement de stabiliser et de compléter des résultats acquis. Ainsi, croyons-nous que, si l'injection d'adonidine doit être le premier geste du clinicien devant une insuffisance cardiaque immédiatement redoutable par l'acuité de ses manifestations, il est préférable de recourir ultérieurement à la médication digitalique traditionnelle. Réactivée par un agent plus apte qu'elle à stimuler le pouvoir contractile et l'excitabilité du myocarde, la digitale exercera ses effets au niveau de l'appareil de conduction beaucoup mieux qu'elle ne l'eût fait sur un cœur aux systoles défaillantes.

***

Nous résumerons ci-dessous, simplement à titre d'exemples, quelques observations, choisies entre beaucoup d'autres, pour la plupart aussi démonstratives. Dans tous les cas, nous utilisons une solution d'adonidine à 1 pour 400, répartie en ampoules de 2 centicubes. Ce sont donc 5 milligrammes du produit qui, à chaque injection, sont poussés dans le courant veineux. L'administration orale des glucosides adonidiens ne nous a pas donné plus de résultats que celle des vieilles préparations galéniques issues de l'adonis, c'est-à-dire rien ou peu de chose.

Voici un cas d'observation banale en clinique, celui d'une poussée d'insuffisance myocardique, avec arythmie extra systolique, chez un sujet porteur d'une insuffisance mitrale, séquelle d'un rhumatisme cardiaque ancien. L'ordre de succession des modifications thérapeutiques : effet eupnéique, effet cardiotonique, effet diurétique est ici parfaitement net.

Adèle, âgée de 66 ans, hospitalisée à la Grave (service du Prof. Sorel) :

Antécédents : 2 abortus, 2 enfants, scarlatine, oreillons dans l'adolescence, 3 crises de polyarthrite fébrile à 26, 30 et 32 ans, ayant cédé au salicylate.

Le 19, nous nous trouvons en présence d'une malade anhélante. Les conjonctives sont injectées, les lèvres bleues, les pommettes sillonnées de varicosités.

Souffle d'insuffisance mitrale, en jet de vapeur, à large propagation axillaire, apparemment organique. Tachycardie 130, extra-systoles fréquentes, non perçues par le sujet, non transmises à la radiale. T. A. Mx : 15 ; Mn : 9,5 ; Io : 2.

Foie débordant largement, spontanément douloureux, pas d'ascite. Bases pulmonaires encombrées. Expectoration muco-purulente abondante.

Diurèse : 700 cc., pas d'albuminurie ; œdème prétibial et malléolaire, mais très léger.

Agitation nocturne, insomnie, verbosité, petits paroxysmes confusionnels.

Une injection d'adonidine est pratiquée.

Le 20, dyspnée nettement moins accentuée. Nous apprenons que cette amélioration était déjà sensible la veille, deux heures après l'injection.

Le 21, grosse amélioration subjective ; pouls : 90. Les extra-systoles ont disparu, le foie a diminué, la malade a dormi ; diurèse : 750 cc.

Le 22, diurèse : 1.800 ; pouls 80, parfaitement régulier, cyanose beaucoup moindre. Le foie ne déborde plus, tout œdème a disparu. T. A. Mx : 15 ; Mn : 9 ; Io : 3,5.

Le 24 la malade est en parfait état, gardant un simple endolorissement de la région hépatique. Tachycardie persistante (100) mais eurythmique. Le souffle mitral a gardé sa netteté et conservé ses caractères. (Obs., in thèse Lassalle.)

Pour les asystolies gauches, liées à une lésion aortique, les

résultats de la médication adonidique ne sont pas moins satisfaisants :

Germaine, âgée de 68 ans, hospitalisée à la Grave. Pas d'enfant, mari mort à 43 ans d'ictus hémiplégique. Pas de rhumatisme articulaire. Influenza en 1889. Ethylisme.

Depuis son entrée salle Sainte-Anne, crises de dyspnée nocturne ; la malade reste habituellement cyanosée, anhélante.

Le 22, dyspnée très intense, lèvres bleues, conjonctives injectées, jugulaires externes volumineuses ; bulbes veineux pulsatiles.

Œdèmes considérables, cruraux, abdominaux, peu dépressibles et cyaniques. La rate, difficilement isolée de la matité hydrique, semble cependant assez volumineuse.

Bases pulmonaires : matité, surtout marquée à gauche, atteignant le niveau de D7. Egophonie, pluie de râles. Il s'agit vraisemblablement d'un œdème cortico-pleural.

Cœur : pointe dans le sixième espace, très latéralisée ; un souffle apexien mérosystolique peu intense, sans propagation étendue, variant peu avec les déplacements du sujet (souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle). Un souffle diastolique dans le quatrième, cinquième espaces, sur le bord sternal gauche (insuffisance aortique, dont la suite montrera l'organicité) ; au foyer aortique proprement dit, retentissement diastolique. Pouls : 110 ; tachycardie régulière. T. A. Mx : 15,5 ; Mn : 8 ; Io : 1.

Reins : diurèse nycthémérale : 400 cc. ; albuminurie massive ; azotémie : 0,52.

Réactions pupillaires satisfaisantes ; Bordet-Wassermann négatif.

Paracentèse (7 litres) ventouses, adonidine.

La malade est revue seulement le 25, dyspnée moindre : œdème, diurèse, stationnaires. Pouls 72. Nouvelle injection d'adonidine.

Le 1er mars, diurèse : 3 litres. Les œdèmes s'affaissent. Le souffle mitral disparaît. Le malade dort et respire facilement. Le 2, la fonte des œdèmes s'accentue ; diurèse : 3 litres. Théobromine.

Le 5, malade en excellent état. Jambes à peine infiltrées ; quelques ronchus aux bases. Cœur : souffle diastolique persistant seul. Pouls : 80. T. A. Mx : 13,5 ; Mn : 5,5 ; Io : 1,5 (hypotension diastolique relative).

(Obs. *in* thèse Lassalle.)

Les grands accidents de l'insuffisance ventriculaire gauche nous paraissent relever également de la thérapeutique adonidique. C'est ce que prouve, entre quelques autres, cette observation d'œdème aigu :

Pierre, âgé de 47 ans, plombier, grand éthylique. Présente depuis plusieurs mois des accès de dyspnée nocturne, le plus souvent spontanément et rapidement réductibles, ainsi que des poussées purpuriques sur les membres inférieurs.

Ectasie aortique, vérifiée par orthodiagramme. Clangor. Pas de souffle orificiel. Cœur eurythmique. T. A. = Mx : 22 ; Mn : 13,5 ; Io : 4. Pas d'albuminurie. Bordet-Wassermann positif.

Nous avons antérieurement fait pratiquer un traitement par l'acétylarsan et prescrit du strophantus. Nos conseils diététiques n'ont pas été suivis.

Le 15 avril nous sommes appelé au cours de la nuit auprès du malade, en pleine crise asphyxique. Cyanose. Tachypnée et angoisse respiratoire extrême, quintes violentes et rejet d'une expectoration abondante et spumeuse. Râles fins dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires.

Nous pratiquons une saignée modérée : 300 cc. et injectons dans l'autre bras cinq milligrammes d'adonidine.

Une demi-heure plus tard, l'amélioration est déjà très sensible. En moins de deux heures, l'expectoration se tarit, la dyspnée prend fin, le sommeil survient.

Le malade, chez qui nous avons multiplié depuis lors les traitements arsenicaux et hydrargyriques et qui s'est astreint à un régime assez rigoureux, présente actuellement un état satisfaisant. (Obs. inédite.)

Comme type de cures associées et de réactivation de la digitale par l'adonidine, nous pouvons citer l'observation qui suit :

Baptiste, manœuvre, 56 ans, atteint d'un torticolis congénital, a subi à 14 ans, à 18, à 22, à 42, à 46, des poussées de rhumatisme articulaire aigu. La lésion cardiaque date de la seconde de ces attaques. L'albuminurie a été décelée pour la première fois il y a déjà 17 ans.

Le 18 novembre, le sujet, en pleine décompensation, entre salle St.-André, dans le service du Pr Rémond :

Cyanose, polypnée, œdème malléolaire. Choc apexien étalé et latéralisé dans l'aisselle. Extrasystoles espacées. Souffle systolique de la pointe à propagation dorsale.

Pouls : 70 ; T. A. Mx : 13 ; Mn : 6 ; Io : 2,5.

Foie gros et sensible. Rate percutable. Pas d'ascite perceptible. Œdème basal des poumons : subictère.

Albuminurie : 1 gr. 10 par litre, diurèse : 500 cc. Sang : urée 1,30, azote résiduel 0,20 ; glycose : 1,30 ; cholestérine, 1,85. Bordet-Wassermann négatif.

Le 20, administration de digitale : 0 gr. 30 de poudre de feuilles en macération, pendant 3 jours.

Amélioration peu accentuée et qui ne persiste pas plus de 48 heures. Du 26 au 30, chaque jour un milligramme d'ouabaïne *per os*.

Pas de résultat appréciable. A partir du premier décembre, au contraire, aggravation manifeste et rapide, en particulier des troubles rythmiques.

Le 3 administration d'adonidine, renouvelée le 4.

La dyspnée est calmée deux heures après la première injection. Au second jour, le cœur bat à 60. Les extrasystoles ont disparu. Le foie diminue.

La digitale est reprise, le 6. Euphorie respiratoire. Pouls plein et régulier. La diurèse s'élève à 1.500 cc. (*Obs.* inédite.)

L'observation suivante est plus complexe. Elle permet d'analyser le mode d'action de l'adonidine, qui eut ici très rapidement raison d'une crise d'hyposystolie hépatique, alors qu'elle restait presque sans pouvoir sur l'arythmie. Il s'agit vraisemblablement d'une de ces arythmies permanentes du cœur sénile (fibrillation vraie ou fibrillo-flutter), si longuement tolérées et coexistant avec une induration scléreuse de la mitrale. Le syndrome basedowien dont paraît avoir été atteinte antérieurement cette malade, n'est évidemment pas étranger au déterminisme de sa cardiopathie.

Antoinette, 76 ans, hospitalisée à la Grave. Ancienne couturière, Ni mari, ni enfants. Maladies éruptives habituelles de l'enfance. A 33 ans environ, affection post-émotive traduite par des palpitations, de l'exophtalmie, des syncopes, de l'aménorrhée, des insomnies, traitée et guérie au bout de cinq ou six ans par le salicylate de soude.

Entrée salle Sainte-Anne depuis trois semaines, en dyspnée permanente depuis lors.

Le 4, dyspnée plus marquée, faciès cyanosé, jugulaires pulsatiles conjonctives subictériques, œdème malléolaire léger. Pas d'ascite.

Quelques râles d'encombrement bronchique aux bases. Foie : débordant, légèrement douloureux. Diurèse : 1.200 cc. ; pas d'albuminurie.

Cœur : pointe dans le sixième espace, sur la ligne mamillaire, choc imperceptible. Tachyarythmie complète : environ 140 pulsations d'intensité variable, d'apparition irrégulière. Tachyarythmie encore accentuée par la station debout ou la marche ; la compression oculaire ne ralentit pas le rythme. Pas de souffle valvulaire décelable. T. A. : aiguille folle, maxima : 12 ; minima : 8 (?) 5 milligr. d'adonidine.

Le 6, la malade est nettement moins dyspnéique et dit sa respiration régularisée depuis la veille. Foie encore gros. Diurèse : 1.000 cc. Cœur : 120 pulsations environ : c'est comme l'avant-veille, un véritable delirium cordis. 5 milligrammes d'adonidine.

Le 7, amélioration subjective complète ; le foie n'est plus douloureux. Diurèse : 1.600 cc. Cœur : 90 pulsations. Lambreaux de rythme presque régulier séparés par des décharges de bruits irréguliers qui n'ont pas le caractère vibrant des extrasystoles. Dureté nette du premier bruit.

Revue le 12, excellent état fonctionnel. Cœur : 120 pulsations environ, de nouveau très irrégulières et pour leur intensité, et pour la durée des intervalles. La compression oculaire ralentit légèrement le rythme, de huit à dix pulsations environ par minute. (Obs. *in* thèse Lassalle.)

Les observations qui précèdent décrivent toutes des paroxysmes chez des sujets à cœur taré, et depuis longtemps inadapté à sa tâche. Voici maintenant un exemple de véritable insuffisance cardiaque aiguë, par myocardite ou myocardie infectieuse, chez un adolescent jusque-là apparemment sain,

Georges, 17 ans, entre le 9 décembre dans le service du Pr Rémond (contagieux) au 9e jour d'une fièvre continue, accompagnée de diarrhée, splénomégalie, stupeur, et dont une hémoculture montre la nature éberthienne.

La balnéothérapie, aussitôt instituée, améliore l'état subjectif, abaisse le plateau thermique et l'affection semble se développer favorablement. En raison d'une certaine atténuation des bruits cardiaques on prescrit successivement de la digitale (sous forme d'infusion de poudre de feuilles) et de l'extrait surrénal, par la bouche.

Au début du troisième septénaire, le 17, la température tombe à 38°. Le malade est oppressé, pâle, asthénique, les lèvres bleues, la respiration courte. Cœur : bruits très étouffés, rythme de galop gauche. Pouls : 120 pulsations, irrégulières, à peine perceptibles. T. A. : Mx 9 : Mn 5 ; Io 0,5.

Traitement : glace précordiale, huile camphrée, adonidine intraveineuse.

Le 18, amélioration notable. La respiration est plus ample. Les

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de l'Européen aux colonies, par le docteur JOYEUX. Un vol. in-16 Collection. Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris. Relié : 10 fr. 25. Broché : 9 fr.

H. Joyeux dans ce petit livre formule, avec de nombreux exemples et d'heureuses précisions, à la fois pratiques et scientifiques, les règles de l'hygiène spéciale aux pays chauds. Il ouvre ainsi les yeux du colonial sur les dangers dont il doit se méfier et sur les moyens de les écarter ou de s'en défendre.

Cet excellent ouvrage sera particulièrement apprécié par tous ceux qui se destinent à la carrière coloniale. Il deviendra son livre de chevet.

Souvenirs dramatiques et littéraires, par Alexandre DUMAS ; un volume in-16, broché, illustré de vignettes et de 18 hors-texte en héliogravure, d'après les documents du temps. Préface de René Benjamin. Prix : 20 fr. Editions Jules Taillandier, 75, rue Dareau, Paris (14e).

Ce qui fait la grâce singulière de ces pages, c'est, selon l'expression même de M. René Benjamin, « une bonhomie si rare dans le comique ». Ses contemporains, Dumas « les voit, les entend et reproduit leurs caquetages avec une bonne humeur sans méchanceté, qui veut dire : Sont-ils assez burlesques ! Sont-ils assez gentils ! »

En effet, rien de plus amusant ni de plus captivant que ces divers chapitres où se trouve évoquée, avec une verve étincelante, la vie des auteurs et des acteurs, au temps de la monarchie de juillet.

Voici tout d'abord un récit, purement anecdotique, mais fort amusant, de la vie de lord Byron. Dumas nous emmène ensuite chez le bon Nodier, à l'Arsenal, où fréquentaient toutes les célébrités de l'époque : Hugo, Lamartine, Musset, Vigny, etc.

Puis nous prenons une part active à la fameuse bataille d'*Hernani*, aux côtés de Théophile Gautier, non sans avoir, au préalable, assisté aux inénarrables répétitions de la pièce avec Mlle Mars.

Et c'est ensuite la première d'*Antony*, un *Séjour à Trouville*, que Dumas découvre et va lancer un bal costumé dans la maison même de l'auteur des *Trois Mousquetaires*, décorée par les plus grands artistes de l'époque : Delacroix, Devéria, Horace Vernet, Cicéri, etc.

Une iconographie abondante et particulièrement soignée fait défiler sous les yeux du lecteur les personnages du temps et les décors de leur vie.

Saulieu, par Jean BONNEROT. Un volume in-8° (18 × 12,5) 43 gravures. Broché : 5 francs. Envoi franco contre mandat-poste de 5 fr. 50 à H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Nulle ville plus que Saulieu, capitale du Morvan bourguignon, à l'orée des plaines fécondes de l'Auxois, ne méritait mieux de figurer dans cette collection.

L'auteur fait d'abord l'historique de Saulieu, puis décrit les monuments, il s'arrête longuement à l'église Saint-Andoche, dont il nous fait admirer particulièrement les chapiteaux si variés et si curieux, puis c'est une promenade à travers les vieilles rues. Chapelles, places, tours, vieilles maisons, tout défile devant nous et nous pouvons admirer le pittoresque de cette ville au grand passé et qui est maintenant si visitée par les touristes.

A quelques kilomètres de là nous visitons Thil-en-Auxois avec sa collégiale et son château en ruines

Trente-cinq illustrations où se reflètent les monuments et les aspects les plus caractéristiques de Saulieu forment comme un vivant commentaire au texte de Jean Bonnerot et font de ce volume un des plus captivants des « Mémoranda. »

Le Panthéon, par Jean MONVAL. Un volume in-8° (18 × 12,5), 51 gravures. Broché 5 francs. Envoi franco contre mandat-poste de 5 fr. 50 à H. Laurens éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

Est-ce une église, est-ce un temple laïque ? Et pourquoi ce nom gréco-latin comme son péristyle ? Les avatars compliqués de son histoire même réclamaient un historien qui nous apprît à connaître ce que nous voyons tous les jours. Avec une ardeur communicative M. Jean Monval raconte au visiteur les destins du monument de Soufflot, les métamorphoses de l'église Sainte-Geneviève, plus d'une fois désaffectée, depuis la Révolution, et redevenue, comme au temps des Jacobins, « le Panthéon français consacré aux cendres des grands hommes ». L'auteur insiste à propos sur le beau programme, à moitié réalisé, de M. de Chennevières confiant la décoration murale à nos peintres ; mais il redoute l'encombrement dont nous menacent les statuaires...

Abondante et variée, l'illustration suit les transformations successives de ce monument qui reflète la France depuis le vœu de Clovis jusqu'au centenaire de Victor Hugo.


LACHÉSINE
du Docteur MENDEL
Spécifique
des troubles
de la
Ménopause
traitement intégral
de toutes ses manifestations
RÉSULTATS
RAPIDES
LACHÉSINE
DU Dr MENDEL
POSOLOGIE :
Deux comprimés par jour, à 10 heures et 5 heures, absorbés
en nature ou dissous dans un peu d'eau
Littérature et Échantillons :
LABORATOIRE RENAUD, 2, Rue Demours, 2 - PARIS (17e)
Tél. : WAGRAM 83-97

bruits du cœur sont mieux frappés. Pouls : 90. Température 38°8. T. A. = Mx 10 ; Mn 7. Mais le foie est gros et douloureux, les extrémités cyanosées et algides. Nouvelle injection d'adonidine.

Le 19, pouls : 80. Disparition du galop. Atténuation de la stase viscéro-périphérique.

Ces phénomènes de collapsus, qui dans le cas particulier, parurent nettement liés à l'hypodynamie myocardique, ne se reproduisirent plus. Du 23 au 28 se déroula la période de lysis, et le malade sortit guéri peu après. (Obs. inédite.)

***

On voit que dans tous les cas étudiés, expérimentaux ou cliniques, l'adonidine s'est comportée comme un cardiosthénique puissant, rapide et constamment fidèle. On voit aussi comment nous avons été amenés à restreindre ses applications et à la recommander surtout dans la thérapeutique d'urgence des insuffisances cardiaques aiguës.

Cette dernière donnée s'oppose en tous points aux pratiques en cours. Une tendance très répandue est en effet, de ranger l'adonidine au nombre des tonicardiaques mineurs, utilisables surtout comme médicaments d'entretien, dans l'intervalle des cures digitaliques. L'analyse que nous avons tentée de ses propriétés atteste suffisamment, nous semble-t-il, qu'elle est impropre à ce rôle et réservera des mécomptes à qui voudra le lui imposer.

D'autres n'ont guère recours à l'adonidine que chez les malades déjà soumis aux médications tonicardiaques habituelles : digitale, ouabaïne, et sur lesquels celles-ci paraissent avoir épuisé leurs effets ou provoquent des troubles graves d'intolérance. Nous avons nous-mêmes obtenu parfois dans des cas analogues des résultats trop remarquables pour nier que les réfractaires ou les intolérants à la digitale puissent être tributaires de l'adonidine. Mais nous croyons qu'il y a mieux à attendre d'elle que ce rôle de suppléance occasionnelle.

En vérité, ce n'est pas *après* les autres agents modificateurs du rythme ou du tonus cardiaques qu'il importe de l'employer, mais *avant*. C'est comme *cardiotonique d'attaque* qu'elle peut le mieux faire ses preuves, et c'est à ce titre qu'elle devrait occuper une place prépondérante dans la thérapeutique cardiologique.

Des troubles des glandes endocrines

Par

† **L. DUBREUIL-CHAMBARDEL** et **Henri FISCHER**

Professeur à l'Ecole de médecine de Tours. Président honoraire de la Société d'Anthropologie de Paris.

(Oto-Rhino-Laryngologiste) Assistant de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux Membre de la Société d'Anthropologie de Paris.

Depuis quelques années, la pathologie s'est orientée tout spécialement vers les désordres physiologiques causés par l'exagération ou la diminution de fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

On sait qu'il existe toute une série de glandes étagées sur tout le corps. Elles n'ont pas de canaux excréteurs ; ce sont les glandes endocrines dont le produit de sécrétion est versé directement dans le courant circulatoire. Parmi les principales glandes de cet ordre, nous citerons le corps thyroïde, le thymus, l'hypophyse, les capsules surrénales, les organes lymphoïdes bucco-pharyngiens.

Mais, depuis peu on a découvert que la plupart des glandes considérées comme glandes à sécrétion externe étaient en réalité des glandes mixtes, c'est-à-dire qu'à côté du liquide versé à l'extérieur par le canal excréteur elles comprennent une portion glandulaire dont le produit passe directement dans le système vasculaire. Les glandes mixtes sont le foie, le pancréas, les glandes génitales mâle et femelle, etc...

Or, tous les travaux sur la physiologie des glandes à sécrétion interne ont montré très nettement que leur fonction est très importante au cours du développement du corps, en particulier pendant les périodes de croissance. Tout trouble apporté au libre fonctionnement de ces organes, soit par excès, soit par défaut, aura donc sa répercussion sur le développement du squelette, et très spécialement sur les os du rachis. On peut dire que, dans toutes les variétés de dystrophie glandulaires, le symptôme scoliotique a été observé. Nous allons passer rapidement en revue quelques-uns de ces troubles endocriniens.

I. — Etats thyroïdiens.

C'est un fait bien connu déjà depuis les remarquables expériences de Gley et de Moussu que la glande thyroïde semble jouer un rôle considérable dans le développement du squelette.

Moussu, dès 1890, en étudiant la fonction du système thyroïdien et en cherchant à différencier physiologiquement la glande thyroïde des glandules parathyroïdes, a bien observé que la fonction thyroïdienne préside au développement général de l'organisme et plus spécialement du squelette et que son importance se montre surtout prépondérante pendant la période de croissance pour diminuer d'importance à l'état adulte.

L'extirpation de la glande thyroïde, faite expérimentalement chez les animaux, tels que le chien, le chat, le lapin, les oiseaux, détermine un arrêt de développement très net, des troubles trophiques manifestes qui sont caractérisés non seulement par une atrophie des os, mais encore par un ramollissement du tissu osseux, une fragilité et des courbures ressemblant assez exactement à celle du rachitisme.

L'absence de la glande thyroïde chez l'homme peut exister dans certains cas pathologiques. C'est le myxœdème, soit par atrophie congénitale de la glande, soit acquis par suite de destruction au cours d'adéno-phlegmon ou autres causes. Le symptôme le plus frappant du myxœdème, dit Apert, est l'arrêt de développement. Quel que soit l'âge qu'il ait atteint, l'enfant frappé d'idiotie myxœdémateuse congénitale, a la morphologie du nourrisson : grosse tête, membres courts, tronc cylindrique, gros ventre. La taille est toujours au-dessous de la normale : des sujets de 20 ans mesurent à peine un mètre de hauteur.

Cet auteur ajoute : « La radiographie révèle un retard considérable dans l'ossification. Quel que soit l'âge, les épiphyses ne sont pas soudées. Il y a souvent des incurvations osseuses entraînant des déformations semblables à celle du rachitisme. » Et nous insisterons sur ce fait que ces incurvations frappent tout particulièrement le rachis. Tout myxœdémateux présente une cyphose ou mieux une cypho-scoliose ; c'est ce qui explique la grande fréquence des bossus et des déviés dans les pays à myxœdème comme le sont certaines vallées des alpes italiennes.

A côté du myxœdème, il existe d'autres troubles pathologiques du corps thyroïde : hypothyroïdie par défaut de sécrétion ; hyperthyroïdie par excès de fonctionnement ; déséquilibre entre les fonctions thyroïdiennes et parathyroïdiennes, ou association de troubles de plusieurs glandes. On en a fait toute une série de syndromes cliniques.

Dans tous ces cas, nous notons une fréquence très nette de déviations latérales du rachis ; en voici un exemple :

Jeune fille de dix-sept ans, taille 1 m. 65, réglée à douze ans, a commencé à grandir à cet âge et a eu une croissance régulière et sans à-coup jusqu'à l'âge de 16 ans. Sa taille était droite alors et le corps bien développé. A ce moment, la grande croissance étant achevée cette jeune fille commence à présenter des troubles endocriniens complexes, dont ceux du corps thyroïde sont les plus manifestes. Il se produit rapidement une perte de mémoire, un léger affaiblissement psychique, un état d'adiposité généralisée ; le corps thyroïde est gros. On note enfin une cypho-scoliose très accusée ayant pris en peu de temps une amplitude notable.

Une affection pathologique très répandue, liée à une dysthyroïdie, est le goitre exophtalmique ou maladie de Basedow, caractérisée par une augmentation de la thyroïde, une accélération du rythme cardiaque, un tremblement des membres, un exorbitisme des yeux. Or, dans le goitre exophtalmique les troubles osseux sont très communs, surtout lorsque la maladie atteint de jeunes sujets ou qu'elle se transmet héréditairement pour devenir une affection familiale. Bien entendu, les scolioses se rencontrent avec une fréquence si marquée qu'elles constituent presque, chez l'enfant ou l'adolescent, un caractère symptomatique.

Nous avons publié en 1907, dans *La Province médicale*, un cas très curieux de goitre exophtalmique familial. La mère, âgée de vingt-sept ans, présentait des symptômes typiques de la maladie de Basedow qui s'étaient développés insidieusement, et sans que la malade s'en soit aperçue, pour ainsi dire. Notre attention, attirée du côté de la colonne vertébrale y remarque une scoliose thoracique accentuée, avec convexité à droite (flèche 1 c. 5). La malade ne peut pas dire exactement à quel âge peut remonter cette déviation ; elle se rappelle seulement qu'étant tout enfant, sa mère lui disait de se tenir droit parce qu'elle avait tendance à se pencher de côté. Cette femme a eu six enfants dont quatre sont morts en naissant ou dans les premières années. Les deux filles, âgées de sept et de quatre ans ont l'une et l'autre les caractères essentiels du goitre exophtalmique : toutes les deux ont déjà des déviations rachidiennes rappelant exactement celles de leur mère. Bref, il y a là un fait de scoliose héréditaire dans une famille de basedowiens.

M. Chapu, dans un excellent travail sur la descendance des basedowiennes, paru en 1910, insiste spécialement sur la fréquence de la scoliose dans le goitre exophtalmique. Il écrit : « L'existence d'une déviation de la colonne vertébrale chez ces malades n'est pas un fait banal, une pure coïncidence : l'hérédité de la scoliose est admise, mais on peut se demander s'il n'y a pas un rapport entre le goitre exophtalmique et l'affection osseuse. Un grand nombre de maladies nerveuses, dit-il, et aussi certaines névroses comme le tabès, la maladie de Friedreich, l'hystérie, etc., sont souvent accompagnées de déviations de la colonne vertébrale. C'est un fait bien connu sur lequel nous n'insisterons pas. Le goitre exophtalmique entre-t-il dans cette catégorie de maladies ? D'après MM. Debove et Achard goitre exophtalmique et scoliose ne sont pas indépendants l'un de l'autre ; pour eux, les déviations de la colonne vertébrale ne sont pas rares chez les goitreux et le squelette y est particulièrement influencé. Le fait est donc à étudier et l'on pourrait voir là une manifestation curieuse de l'hérédité de transformation. »

Nous attachons dans notre pratique une importance considérable à l'état de la glande thyroïde chez nos scoliotiques. Lorsqu'un médecin aura à examiner un enfant atteint de scoliose, il devra contrôler attentivement le fonctionnement physiologique du corps thyroïde. Quand cet examen aura été fait méthodiquement, on sera surpris de voir combien souvent sont dissociés les troubles glandulaires et les déviations rachidiennes. D'après notre statistique, plus de la moitié, exactement 54 p. 100, présentent une hypertrophie glandulaire très manifeste. Le corps thyroïde, lorsqu'on fait pencher la tête en arrière, forme entre les muscles sterno-cléido-mastoïdiens, au-dessous du larynx et au-dessus du sternum, une masse globuleuse, rénitente, peu sensible.

D'autre part, chez des jeunes sujets hyperthyroïdiens mais ayant le rachis droit, nous avons averti les parents de la possibilité prochaine de la formation d'une déviation. Notre pronostic s'est presque toujours vérifié.

On conçoit donc toute l'importance que de telles constatations peuvent avoir pour la pathogénie et pour le traitement des scolioses.

Le traitement opothérapique avec des extraits thyroïdiens, associé à l'emploi de préparations iodées, devra donc être institué chez tous ces malades et devra marcher de pair avec le traitement purement orthopédique qu'on devra commencer de bonne heure. On verra alors sans étonnement, au fur et à mesure que s'atténuent les symptômes thyroïdiens, s'améliorer les déviations rachidiennes. C'est dans ce cas, lorsqu'on a diagnostiqué assez tôt les symptômes et que le traitement a été rigoureusement suivi, qu'on obtient des résultats les plus satisfaisants et les plus rapides.

II — Troubles thymiques.

Le thymus est un organe glandulaire dont l'existence est transitoire et dont le développement atteint son maximum vers l'âge de deux ans. Il est très probable qu'il préside au développement de l'individu.

Son rôle physiologique est encore assez obscur. Les conséquences pathologiques des lésions et des affections de cet organe sont assez mal connues, mais il semble toutefois que toute altération de la glande amène des troubles dystrophiques dans le développement osseux et une diminution dans la consistance des masses musculaires.

Expérimentalement, l'ablation du thymus chez l'animal détermine des lésions squelettiques rappelant l'ostéomalacie ou l'ostéoporose.

Chez l'homme, chez les jeunes enfants, les lésions glandulaires sont suivies d'un arrêt de développement très net, et il existe alors une sorte de rachitisme thymique qui s'accompagne souvent de scoliose.

Nous avons noté plusieurs faits de ce genre à la fois chez des enfants présentant de l'hyperthymie et chez d'autres dont le thymus paraissait atrophié ou absent. Nous avons pu, à l'École de médecine de Tours, procéder à des autopsies de jeunes enfants présentant l'un et l'autre états, chez les uns et chez les autres, nous avons constaté des déviations latérales du rachis. Nous considérons donc que le rôle du thymus dans la production des scolioses chez les tout jeunes enfants est réel, d'où la nécessité de vérifier l'état de la glande dans toute scoliose apparente dans les premières années.

III. — Etats hypophysaires.

On sait, depuis les belles recherches de Launois, que les troubles de la glande hypophyse sont la cause de l'acromégalie et du gigantisme. A la lecture des descriptions de géants on est surpris de constater la fréquence des indications de déviations rachidiennes, soit de la scoliose simple, soit de la cypho-scoliose.

Sur trois géants que nous avons pu personnellement étudier : le géant Constantin, le géant Hugo, et un acromégalien des environs de Loches, trois fois nous avons noté des scolioses accentuées.

Il est donc évident que les maladies de l'hypophyse, qui ont des conséquences si graves sur l'ossification de tant de squelettes, agissent sur la statique de la colonne vertébrale et entraînent des déviations du rachis.

IV. — Etats amygdaliens.

Les glandes amygdales et le tissu lymphoïde du pharynx peuvent provoquer des dystrophies thoraco-rachidiennes de deux façons :

1° Mécaniquement : la gêne respiratoire que détermine chez certains sujets l'hypertrophie du tissu adénoïde, entraîne des désordres graves tels que : défaut de développement du thorax, thorax en carène, etc., qui s'accompagnent très souvent de scoliose. Nous en avons parlé ailleurs en insistant sur la fréquence de ces scolioses dans les cas d'obstruction des voies aériennes supérieures.

2° Physiologiquement : l'hypertrophie lymphoïde pathologique ou par suppression chirurgicale, entraîne des troubles physiologiques qui ont un retentissement sur le développement du squelette.

Publicité strictement médicale.



Chez les enfants, dont on a enlevé maladroitement — et ce n'est malheureusement pas un fait rare — les amygdales, la fréquence des scolioses est fort grande. Dans ces mois derniers, sur une série de dix garçons de huit à douze ans ayant subi cette opération, nous avons noté sept cas de scoliose plus ou moins accentuée.

Il semble donc que la suppression de la fonction amygdalienne détermine des troubles de l'ossification chez l'enfant. Aussi faut-il bien tenir compte de cette donnée dans les indications opératoires de l'ablation des amygdales et des organes lymphoïdes.

V. — Troubles surrénaux.

Les travaux de Langlois ont bien mis en évidence la valeur physiologique de la glande surrénale.

Le syndrome clinique auquel Trousseau a donné le nom du grand clinicien anglais Addisson comprend essentiellement une anesthésie musculaire.

Chez les sujets jeunes, atteints de troubles de sécrétion des capsules surrénales, il est constant de remarquer des déviations de la colonne vertébrale. Pour notre part, ce caractère n'a pas fait défaut chez les malades que nous avons pu examiner.

Sans doute, ici la déviation du rachis est peut-être de nature musculaire, puisque ce sont les muscles qui semblent subir le plus l'effet de la dystrophie glandulaire.

VI. — Etats testiculaires.

On attribue à la sécrétion interne du testicule l'apparition des caractères sexuels secondaires. On sait que, parmi ceux-ci, la croissance, le développement du squelette ont une importance capitale ; il n'est pas étonnant de noter des troubles intéressant ces deux phénomènes dans les cas de dystrophie glandulaire.

Il nous a été donné ces temps derniers de constater sur une série de trois jeunes garçons cryptorchides de 10 à 16 ans des symptômes très nets de scoliose.

1° R. M..., de Tours, 16 ans, cryptorchidie gauche, scoliose thoraco-lombaire à grande courbure.

2° C. D..., de Noizay, 10 ans, cryptorchidie gauche ; scoliose thoracique, coïncidant avec un thorax étroit et un sternum infundibuliforme.

3° E. B..., de Tours, 14 ans : cryptorchidie droite, scoliose thoraco-lombaire.

Il y a là une indication à étudier systématiquement l'état de la colonne vertébrale chez les enfants présentant une anomalie testiculaire.

On sait d'ailleurs que, chez les eunuques, les scolioses, ainsi que d'autres dystrophies osseuses, ne sont pas rares. Il y a donc lieu de penser qu'il y a un rapport entre les troubles de la glande génitale et l'apparition de ces malformations.

VIII. — Etats ovariens.

Comme le testicule, l'ovaire possède une glande à sécrétion interne, des cellules interstitielles, qui règlent l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires.

Les ovaires, comme les testicules, ont une action sur le développement du système osseux et Mme Francillon, dans son livre de la puberté chez la femme (1916), insiste sur ces faits : « Chez la femme, écrit-elle, l'absence d'ovaires détermine un caractère d'infantilisme ». Meige l'avait déjà écrit en 1897 : « La femme castrée dans le jeune âge a le squelette accru du côté des membres inférieurs, le buste, la tête et le cou sont au contraire diminués ».

Richer et Jeandelize ont prouvé expérimentalement chez le lapin l'apparition de ces troubles dystrophiques.

La sécrétion ovarienne agit également sur la qualité des tissus osseux. L'ostéomalacie, caractérisée par une grande diminution de la solidité des os, dépend, au moins en partie, d'un trouble fonctionnel de l'ovaire. « Il semble, dit Mme Francillon, que des ovaires par une excitation agissent par voie réflexe sur les nerfs vaso-dilatateurs des os, pour amener l'hyperémie passive, l'accumulation d'acide carbonique et la résorption des sels calcaires ».

Aussi constate-t-on très souvent dans les états ovariens de l'enfance et de l'adolescence des troubles squelettiques et très fréquemment des scolioses.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

Pédiatrie.

La toux chronique de l'enfant n'est le plus souvent qu'une simple habitude, due à un facteur psychique, alors qu'il n'existe qu'une lésion organique minime pour ne pas dire nulle, à la suite d'un état catarrhal aigu (angine, laryngite, bronchite, etc.) ; il en résulte deux conséquences importantes (Hamburger, *Munchener Mediziniche Wochenschrift*, 1928, n° 31) : 1° Le diagnostic est souvent mis en défaut et la toux attribuée à une affection grave (adénopathie trachéo-bronchique ou tuberculose) ; 2° la thérapeutique (enveloppements, inhalations, potions) a un effet purement psychique ; mais, si elle échoue, il faut administrer des calmants actifs (codéïne ou héroïne). L'auteur signale que la toux de la coqueluche, que rien ne calme pendant la première période, devient une habitude au bout de six semaines et cède au changement d'air qui agit par suggestion.

Obstétrique.

La triade symptomatique de la grossesse extra-utérine (troubles menstruels, douleur abdominale et tumeur extra-utérine) sert de base à l'établissement du diagnostic (René Beckers, *Bruxelles médical*, 20 mai 1928) ; mais il faut éliminer l'appendicite, le fibrome utérin, les tumeurs tubaires, la paramétrite et l'hématocèle ancienne et différencier la forme extra-utérine de la forme interstitielle. Il semble qu'une observation plus rigoureuse découvre un plus grand nombre de cas qu'autrefois, où des médecins ayant vingt ans de pratique n'en avaient jamais rencontré ; aucun traité n'indique la fréquence des grossesses ectopiques et, si on a cité des chiffres (5 % ?), c'est un peu à la légère ; une statistique est difficile à établir, car elle demande la collaboration étroite de l'accoucheur et du chirurgien, qui le plus souvent est le seul à intervenir. On peut dire avec plus de précision que les récidives sont fréquentes dans la même trompe ou dans l'autre ; aussi est-il indiqué d'enlever la trompe malade avec conservation de l'ovaire s'il est intact ; mais les grossesses normales chez des femmes opérées une première fois de grossesse extra-utérine sont cependant assez nombreuses pour conserver les annexes opposées, sauf si elles sont malades.

Médecine légale.

Le diagnostic de la cause de morts dites naturelles est difficile et donne lieu à des erreurs qui égarent la justice et discréditent la médecine. F. Narville et Ed. Rosselet rapportent plusieurs cas de prétendues morts naturelles où l'autopsie révéla des lésions traumatiques insoupçonnées et très importantes, bien que d'apparence extérieure minime (*Revue médicale de la Suisse romande*, 10 septembre 1928) : 1° fracture du crâne, triple fracture de côtes, fracture de la clavicule, hématomes traumatiques du rein, du cerveau et de la rate ; 2° fracture du crâne avec grosse hémorragie cérébrale traumatique ; 3° rupture du lobe droit du foie ; 4° corps étranger de la trachée ; 5° présence de 6,66 % de CO dans le sang. Les auteurs rappellent le conseil de Vi-

bert : *simplement constater*, quitte à demander l'intervention du médecin légiste s'il y a le moindre doute.

Diététique.

Les erreurs de régime sont néfastes aux tuberculeux, Michele Cappuccio, de Capoue, en signale quatre essentielles (*Rinascenza Medica*, 15 septembre 1928) : 1° La suralimentation. Sous prétexte que 50 % des cas de tuberculose relèvent d'une alimentation insuffisante, le corps médical est tombé dans l'excès contraire et a fini par conseiller une alimentation aussi abondante que possible ; or la *superalimentation* brutale et illogique a pour résultat de ruiner complètement l'estomac atone, hypopeptique et insuffisant du tuberculeux. L'augmentation de l'alimentation ne donne pas automatiquement une augmentation de forces et d'énergie. 2° La multiplicité des repas. Il faut éviter de servir des repas trop fréquents, parce que la digestion étant lente et pénible, trois suffisent à peine à laisser à l'estomac l'intervalle de repos nécessaire ; sinon on aboutit à la dyspepsie aux conséquences souvent fatales. Dans la pratique quatre repas (deux principaux et deux secondaires) sont plus que suffisants. 3° Le fétichisme de certains aliments. Les médecins, égarés par des considérations pratiques ou des hypothèses scientifiques, prescrivent tantôt des douzaines d'œufs frais, tantôt des livres de viande crue, tantôt de grands verres de sang de bœuf, tantôt de pleines assiettes de pommes de terre, de pâtes ou de haricots ; ils obtiennent régulièrement pour résultat l'inappétence, la dyspepsie et l'insuffisance hépatique. 4° L'abus des liquides. Pour tonifier l'organisme, on a conseillé d'absorber, soit aux repas, soit entre les repas, de grandes quantités de lait, de bouillon, de bière, etc., qui aggravent l'atonie et la dilatation gastrique, diluent le suc gastrique déjà faible et inactif et provoquent la toux émétisante. Il faut manger à sec au début du repas et boire modérément ensuite ; un verre d'eau alcaline gazeuse, pris une demi heure avant le repas, prépare l'estomac au travail de la digestion. Conclusion : l'alimentation du tuberculeux doit être absolument normale, ni insuffisante, ni surabondante.

Thérapeutique.

La sanocrysine a été employée par F. Giuffrida (*Tuberculosi*, mai 1928), chez trente malades avec des résultats encourageants : assèchement des formes exsudatives, arrêt des formes extensives. L'auteur est partisan des petites doses ; il débute par deux centigrammes ; la dose totale est de 2 à 3 grammes, l'intervalle entre les injections d'une semaine, la voie d'introduction intraveineuse.

L'éther benzyl-cinnamique, résultat de l'union des radicaux cinnamique et benzylique, est un des constituants du principe actif du baume du Pérou. Le radical cinnamique arrête *in vitro* le développement du bacille de Koch, diminue chez le cobaye la réaction fébrile, due à l'injection de tuberculine, et produit une leucocytose marquée par injection sous-cutanée. Le radical benzylique possède *in vitro* une action lytique sur le bacille. H. Gainsborough (*Lancet*, 5 juillet 1928) a obtenu, avec l'éther benzyl-cinnamique, de bons résultats dans la tuberculose pulmonaire, ganglionnaire cervicale, rénale avec cystite laryngée, dans l'iritis et l'iridocyclite tuberculeuses, le lupus vulgaire et l'abcès péri-anal tuberculeux.

La méthode de Whipple est applicable aux symptômes anémiques de la tuberculose pulmonaire. A. Gasparini et E. Nalin (*Revista Italiana della Tuberculosi*, 30 juillet 1928) ont étudié les effets de l'absorption de foie chez treize malades. Huit d'entre eux eurent une augmentation du nombre de globules rouges et de l'hémoglobine, avec une amélioration parallèle des signes généraux. Cinq n'obtinrent aucun résultat, mais leurs lésions étaient anciennes et leur organisme ne donna pas de réaction favorable. L'administration prolongée d'une forte ration journalière de foie paraît indiquée surtout chez les tuberculeux au début.

Pharmacologie.

L'eau oxygénée neutre est fréquemment employée dans les lavages pré-opératoires et dans le traitement des plaies infectées (Capra, *Revista de Neurologia, Psiquiatria y medicina legal del Uruguay*, janvier 1928). Le médecin neutralise avec du bicarbonate de soude l'acidité de l'eau oxygénée dans la proportion courante de 40 °°/₀₀ ; il en résulte une neutralisation complète, mais aussi un dégagement continu d'oxygène et une perte des propriétés thérapeutiques de la solution. La dose de 60 centigrammes de bicarbonate suffit à neutraliser à peu près exactement un litre d'eau oxygénée bien qu'un léger degré d'acidité soit préférable. Le meilleur procédé de neutralisation, sans décomposition, consiste à additionner l'eau oxygénée de 25 grammes de borate de soude par litre.

Petite chirurgie.

La lame Gillette peut remplacer efficacement le bistouri ; H. Curchod (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, numéro 7, 1928) a fait construire un manche spécial, qui maintient la lame entre deux plaques mobiles. Ce nouvel instrument est recommandé pour l'incision de la peau et du tissu adipeux, mais il ne remplace pas le bistouri pour les incisions profondes ; ses avantages seraient la facilité d'affutage et de remplacement.

Mais Gillette lui même a construit un bistouri à lame démontable et interchangeable.

Les injections sous-cutanées d'oxygène sont sans action sur la désaturation du sang artériel telle qu'elle existe dans l'anoxémie respiratoire, (P. Spehl et A. Lemort, *Bruxelles medical*, 29 juillet 1928) ; il doit en être de même dans les autres formes d'anoxémie ; tout au plus, ces injections peuvent-elles influencer favorablement le moral du malade, par suggestion. Leur emploi est donc à rejeter dans les anoxémies, chaque fois qu'un traitement physiologique actif s'impose, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, où l'habituelle gravité de ce syndrome est souvent méconnue. Dans ces circonstances, la seule technique efficace pour administrer l'oxygène est et reste la méthode inhalatoire, à la condition qu'elle soit appliquée correctement.

Varia.

Dans une clinique, le maître doit s'expliquer plus pour les bancs de la salle que pour le tiroir de son bureau ; sinon il transforme sa chaire en une antichambre de son cabinet de consultation (M. Banuelos Garcia, de Valladolid).

J'ose dire que notre colonie (le Congo) ne pourra se développer comme il convient, si nous ne pouvons y envoyer un nombre suffisant de bons médecins (Arnold, administrateur général des colonies belges).

D'une manière générale, le rythme des maladies ou des symptômes ne doit pas laisser le médecin indifférent. Si les malades chroniques sont tous, à divers degrés, périodiques, les nerveux pour ainsi dire sont les « officiels » de la périodicité (Charles Odier de Genève).

J. Lafont.





SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1928.

Les sels halogénés de magnésium. — *M. Pierre Delbet* fait une communication avec de belles projections concernant la communication qu'il a faite le 10 juillet sur les « effets cytophylactiques des sels halogénés de magnésium ».

Il conclut que les sels halogénés de magnésium sont capables d'empêcher la genèse de bien des cancers.

Les vaccinations en 1927-1928. — *M. L. Camus,* au nom de la Commission permanente de la vaccine, donne lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France et au Maroc pendant l'année 1927 et aux colonies pendant l'année 1926.

Les opérations vaccinales dans la majorité des départements sont moins nombreuses que les années précédentes, ce sont les revaccinations de la vingtième année qui sont surtout négligées et ce sont les femmes qui échappent le plus à l'obligation de la loi. La vaccination des enfants à la naissance est pour ainsi dire passée dans les coutumes de la population et la revaccination de la onzième année se fait assez bien chez les enfants qui fréquentent les écoles. Pour améliorer le fonctionnement du service vaccinal il faut apporter plus de soins aux séances publiques de vaccination et spécialement à la préparation des listes des assujettis. Ces listes sont en effet aussi indispensables pour l'envoi des convocations aux intéressés et pour les rappels aux assujettis qui ont négligé de se présenter ou de déposer un certificat que pour dresser les procès-verbaux et exercer des poursuites contre ceux qui refusent d'obéir à la loi.

Les listes seraient beaucoup mieux dressées si une rémunération convenable pour leur préparation était donnée aux secrétaires des mairies.

La variole a été signalée par quinze départements, il y a eu 231 cas avec 66 morts. Les femmes qui échappent à la revaccination sont, comme toujours, les victimes les plus nombreuses. Deux départements, l'Hérault et la Seine, ont été particulièrement éprouvés par la maladie. Les germes infectieux de ces deux foyers ont été apportés par des travailleurs algériens. A la suite des interventions répétées de l'Académie de médecine de nouvelles mesures de protection sont adoptées et si elles sont suivies la variole ne sera plus transportée par les personnes de cette catégorie. Les travailleurs algériens ne seront plus embarqués qu'après le contrôle de leur vaccination, celui-ci aura lieu huit jours après l'opération et la désinfection du linge et des objets qui pourraient être contaminés se fera au moment du départ.

Les vaccinations en Algérie pendant l'année 1927 ont été assez nombreuses, mais la réorganisation des services administratifs d'hygiène qui a lieu actuellement ne permet pas d'en connaître exactement la répartition.

Dans plusieurs de nos colonies la variole est encore un fléau redoutable, elle est surtout signalée dans la Haute-Volta, au Niger et au Dahomey, en Afrique occidentale française, dans nos établissements de l'Inde et en Indochine.

L'emploi du vaccin sec en Afrique occidentale française et aux Indes assure maintenant des résultats plus constants à la vaccination et permet de combattre plus efficacement la maladie dans les régions d'accès difficiles.

Au Maroc, la variole a fait plus de victimes en 1927 qu'en 1926, mais les vaccinations se poursuivent activement et sont en progression constante d'année en année.

Phénomène du choc et eaux de Vichy. Méthode de désensibilisation. — *MM. Lucien Bernard* et *Gaston Parturier*. — Dans une première série d'expériences pratiquées pour la plupart sur des sujets bien portants, les auteurs ont montré que l'eau de Vichy (Grande-Grille) avait la propriété de renforcer les chocs peptonique et protéinique provoqués et de donner lieu aux mêmes réactions lorsque l'eau minérale était prise en période digestive après un certain temps de digestion gastrique (Acad. de méd., 12 juin 1920).

Poursuivant leurs recherches sur des sujets pathologiques ils ont constaté que ces phénomènes de choc renforcé se traduisaient par l'apparition de crises à symptomatologie clinique classique, manifestement en rapport avec l'ingestion de l'eau de Vichy, comme le prouvent les observations qu'ils apportent.

Election de deux associés nationaux. — Classement des candidats : en première ligne, MM. Devé (de Rouen) et Hédon (de Montpellier) ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chavannaz (de Bordeaux), Pachon (de Caudéran), Tixier (de Lyon) et Truc (de Montpellier).

M. le professeur Félix Devé, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, et M. le professeur Charles Hédon, de Montpellier, ont été élus au premier tour de scrutin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 novembre 1928

Les rayons X contre les névralgies et les zonas. — Pour *M. Foveau de Courmelles*, l'élément douleur de ces manifestations souvent accompagnées de névrite est très tenace, très difficile à faire céder, quel que soit l'agent thérapeutique employé. En physiothérapie comme en pharmacopée, c'est souvent par tâtonnements, par actions superposées que l'on arrive au résultat cherché. Cependant, il apparaît que les rayons X soient plus actifs, et en des cas vainement traités jusque-là, en 80 %, en général, la douleur cède. La durée du traitement varie avec l'ancienneté du mal, la radiosensibilité ou radioanaphylaxie du sujet, les doses employées qui peuvent varier énormément, allant de rayons très mous à des rayons très durs. C'est là, l'écueil et la difficulté de cette radiothérapie.

Kyste pédiculé du prépuce. — *M. P. Gallois* rapporte l'histoire d'un jeune homme de 25 ans qui présentait un kyste sébacé du volume d'une noisette dans la partie postérieure du limbe du prépuce. Cette partie distendue formait une sorte de pendentif à l'extrémité de la verge. Deux fils d'attente sont passés à travers le pédicule que l'on sectionne au dessous avec des ciseaux ; puis, on noue les fils. Les suites sont des plus simples mais secondairement la cicatrice se rétracte avec formation de phymosis. En fendant la tumeur, on constata qu'il s'agissait bien d'un kyste sébacé. Le prépuce est une localisation rare pour ce genre de tumeurs.

Le traitement des adhérences abdominales. — *MM. A. Bécart et Gaehlinger* montrent que les adhérences abdominales sont la plupart du temps infectées, qu'elles cultivent en bouillon en donnant de nombreuses colonies microbiennes et qu'au contraire, elles ne cultivent pas dans un filtrat mixte.

Ils préconisent : 1° au point de vue médical, la désinfection de l'intestin par la vaccination par voie buccale, de façon à empêcher la réinoculation continuelle des tissus de périviscérite par les microbes de la muqueuse atteinte de colite. Cette médication sera associée avec bénéfice à la diathermie et aux rayons infra-rouges.

2° Au point de vue chirurgical, la préservation du champ opératoire et le tamponnement des tranches de section avec des compresses imbibées de filtrat mixte. Cette pratique employée depuis huit mois leur a donné toute satisfaction.

L'hémospermie. — *M. Charles David* étudie l'étiologie de l'éjaculation sanglante. Il rappelle qu'elle doit immédiatement attirer l'attention vers la prostate et les vésicules séminales. Chez le vieillard, elle est due le plus souvent à une hypertrophie ou à un néoplasme de la prostate. Chez l'homme jeune, elle est due à une prostatite ou plus souvent à une vésiculite qui peut être d'origine tuberculeuse, gonococcique, ou due à une infection banale. L'auteur insiste sur la fréquence des anciennes vésiculites gonococciques qui passent souvent inaperçues. Le traitement de l'hémospermie, dans ces derniers cas,

consiste dans le massage de la prostate et des vésicules séminales qui guérit ce symptôme avec une grande rapidité sans préjudice du traitement étiologique.

Ulcère de la petite courbure de l'estomac coïncidant avec l'ulcus duodénal. — *M. Victor Pauchet* rapporte le cas suivant : Un malade gastro-entérostomisé pour ulcus duodénal souffre de nouveau ; le chirurgien l'ouvre et trouve un ulcus gastrique développé depuis la première opération. L'ulcus s'est-il formé depuis, après l'ulcère duodénal ? ou bien a-t-il été méconnu ? Les deux sont possibles. Ce fait indique la faillite définitive de la gastro-entérostomie pour l'ulcus gastrique, que quelques chirurgiens font encore. Non seulement, la gastro entérostomie ne guérit pas l'ulcus gastrique, mais elle n'empêche pas son apparition alors qu'elle a été faite. Donc, ne jamais faire de gastro-entérostomie pour ulcus gastrique, mais toujours la gastrectomie large.

Dr A. BÉCART.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1928

Dysostose cléido-cranienne. — MM. *André Léri* et *J.-A. Lièvre* présentent une femme de 70 ans atteinte de dysostose cléido-cranienne.

On sait que cette affection est caractérisée par une aplasie des os à ébauche membraneuse, voûte du crâne et clavicule.

Dans le cas présent, le crâne est élargi, avec dépression médio-frontale et enfoncement de la racine du nez. La radiographie montre un amincissement marqué de la voûte du crâne, bien que les fontanelles soient soudées. La clavicule, frêle et courte d'un côté, est réduite de l'autre à deux reliquats acromical et sternal écartés l'un de l'autre. Bien que cette malade ait été vue par de nombreux médecins, l'affection congénitale dont elle est atteinte avait passé jusqu'ici inaperçue ; c'est cependant la vue de son facies qui a incité à examiner la région claviculaire et a fait faire le diagnostic.

On sait par des examens antérieurs de André Léri et Trétiakoff et de Schenthaner que cette curieuse aplasie des os membraneux est en rapport avec une lésion cérébrale bilatérale survenue dans les premiers mois de la vie fœtale.

Nouvelle observation de mélorhéostose.. — M. *Meisels* (de Lwóf, Pologne) apporte un nouveau cas de mélorhéostose, affection observée pour la première fois par André Lévi en 1922 et dont Lévi et Lièvre ont récemment publié la description d'ensemble sur sept observations.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans qui présente depuis quatre ans des douleurs diffuses dans tout le membre inférieur droit, qui s'est lentement raccourci de trois centimètres. La radiographie montre des placards d'hyperostose très dense au niveau de la hanche, prolongés par une épaisse traînée osseuse qui double la largeur du fémur. Cette coulée se continue jusqu'au-dessus du genou, puis reparaît dans le tiers inférieur du péroné et constitue des taches sombres dans le tarse et la base des 2e et 4e métatarsiens.

La conservation de l'état général, l'évolution lente, la distribution quasi-linéaire tout le long d'un membre, l'aspect de l'hyperostose « en coulée de bougie » constituent les caractères essentiels de la maladie. L'image radiologique est entièrement différente de celles observées dans les parasitoses et infections osseuses jusqu'ici connues, syphilis en particulier ; la recherche minutieuse, clinique et sérologique, de la syphilis s'est montrée, ici comme dans les cas précédents, entièrement négative.

Ce nouveau cas, observé en Pologne Orientale, s'ajoute aux observations entièrement comparables faites en France, en Amérique, en Italie, en Allemagne. Il s'agit donc là d'une nouvelle entité morbide dont la diffusion géographique semble prouver le caractère de fréquence relative.

Arthropathie tabétique chez une fillette. — MM. *André Léri* et *J.-A. Lièvre* présentent une enfant de quinze ans, chez qui est apparue il y a deux ans, une volumineuse arthropathie du genou de type tabétique. La lésion indolore pendant toute son évolution, a abouti à une dislocation articulaire complète. La radiographie montre une usure très irrégulière des extrémités du fémur et du tibia.

On constate une abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, une hypotonie musculaire très marquée, de petits troubles de la sensibilité osseuse, un signe d'Argyll Robertson bilatéral, une lymphocytose céphalo-rachidienne (9 lymphocytes par millimètre cube). Par ailleurs l'hypotrophie importante, les stigmates dentaires d'hérédo-syphilis, le Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien viennent affirmer la syphilis héréditaire.

Il s'agit donc ici d'un tabès infantile indiscutable, affection dont l'authenticité a été longtemps discutée, surtout au profit de la maladie de Friedreich et de la méningite hérédo-spécifique, diagnostics hors de cause ici.

Cette observation est surtout remarquable par l'existence d'une arthropathie, lésion tout à fait exceptionnelle et que n'ont pas rencontrée Hutinel et Voisin qui avaient pu réunir 34 observations de tabès au-dessous de quinze ans. Les auteurs n'ont trouvé mention que de trois ou quatre arthropathies tabétiques infantiles dans la littérature, n'appartenant d'ailleurs peut-être pas toutes à des tabès incontestables.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1927.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. *Martin* rapporte une observation de MM. Hautefages et Philardeau. Il s'agit d'une fracture sus-condylienne que les auteurs ont vissée. Guérison parfaite.

Corps étranger duodénal. — M. *Martin* communique cette observation de M. *Doubière* (d'Ajaccio). Tois jours après l'accident, l'auteur intervint après avoir localisé l'épingle. A l'intervention, celle-ci a perforé le duodénum et se trouve au milieu d'un bloc adhérentiel. Guérison.

Abcès appendiculaires. — *M. Mocquot* rapporte deux observations de M. *Merozzi* (Argentine). Il s'agit dans les deux cas d'abcès mésocœliaque. L'un d'eux opéré en un temps, s'est terminé par la mort. L'autre au contraire a été opéré en deux temps pour protéger la grande cavité par des adhérences. M. *Mocquot* aurait préféré l'incision sus et rétro-iliaque de M. Lecène, plutôt que l'incision de Jalaguier qu'a utilisée l'auteur.

Ulcération trophique consécutif à une gelure. — M. *Roux-Berger* rapporte de nombreux cas que M. *Voncker* (de Liège) a guéris par sympathectomie.

Traumatisme ancien avec hypotension. — A propos d'un travail de MM. *Stulz* et *Stricker* (de Strasbourg), *M. Roux-Berger* rappelle les travaux anterieurs relatifs aux modifications de pression du liquide céphalo-rachidien. Les auteurs ont toujours obtenu des améliorations par les injections intra-veineuses d'eau distillée de 30 à 40 cc. Dans trois cas les auteurs ont vu l'hypotension succéder brusquement à l'hypertension initiale. La ponction lombaire peut seule donner les indications relatives au traitement.

M. *Basset* insiste sur l'emploi du manomètre de Claude.

A propos de l'hystérectomie vaginale. — M. *Basset* rapporte une observation de M. *Aumont* (de Versailles) où l'auteur a utilisé cette méthode pour un gros fibrome avec état général très mauvais. Guérison sans incident.

Fracture du fond du cotyle. M. *Basset* communique deux observations de M. *Guillemin* (de Nancy) et propose d'appeler ces lésions « fractures transcotyloïdiennes de la ceinture pelvienne. L'auteur a obtenu un beau succès par la pose d'un plâtre en abduction et flexion pendant six semaines. M. Basset est partisan de l'extension continue qui permet une surveillance. Le pronostic obstétrical de ces fractures peut être grave.

M. *Dujarier* croit que le plâtre immobilise mieux.

G. MENEGAUX.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique digestive. Les principaux médicaments, par G. Faroy. Préface de M. Loeper. Un volume in-8° de 130 pages. Prix : 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e.)

Bien qu'il existe déjà beaucoup de formulaires, de précis et de traités de thérapeutique, ce livre simple, alerte, bien ordonné et sagement écrit, sera fort utile et ne fera pas double emploi.

Il traite d'un appareil vers quoi tendent de plus en plus les regards des malades et des médecins ; il reste cantonné dans son sujet et n'égare point l'attention du lecteur. Il n'a ni la sécheresse du formulaire, ni l'allure pesante d'un traité, ni même le caractère dogmatique d'un précis.

Il est pratique et facile, exact et concis et représente un ensemble de consultations raisonnées.

Le praticien, au sortir d'un enseignement parfois trop théorique, y trouvera tout ce qu'il doit connaitre, sinon tout ce qui est connu. Il y verra comment on combine soi-même des formules médicamenteuses simples et utiles et comment on conserve un peu de ce vieux privilège du médecin instruit : l'art de formuler.

D'ailleurs il n'y a pas dans ce livre que des éléments de posologie : il y a aussi l'explication de l'action médicamenteuse et la raison de son efficacité.

L'alliage y est intime de la physiologie du symptôme qu'il faut traiter, et de celle du médicament qu'on doit lui opposer.

A la classification physiologique et la classification clinique des agents médicamenteux, l'auteur a préféré l'ordre alphabétique qui permet de retrouver plus rapidement le renseignement que l'on cherche.

Les différents chapitres sont cependant reliés les uns aux autres par des idées communes et de nombreuses incursions dans le domaine de la pathologie générale, tant sur le magnésium que sur le calcium, sur l'insuline que sur les ferments peptiques, sur les dyspepsies que sur l'appareil vago-sympathique, rappellent au spécialiste que tout organe doit être considéré non seulement dans ses maladies propres, mais dans le retentissement de ces maladies sur l'organisme tout entier.

Sous un format pratique, ce petit volume sera susceptible de rendre service à l'étudiant et au praticien.

Les actualités physiothérapiques. Electrothérapie. L'électrodiagnostic, par le docteur Duhem. Préface de M. le Dr A. Souques. Un volume in-8 (20 × 13) de 132 pages, avec atlas de tableaux de points moteurs ; 1928 : 25 fr. Gauthier-Villars et Cie, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (6e.)

La première partie est consacrée à l'ancienne méthode. Après en avoir brièvement décrit l'appareillage, il étudie successivement la technique, les effets physiologiques des courants faradique et galvanique, les réactions électriques anormales, le vertige voltaïque. On y suivra aisément les progrès accomplis depuis Duchenne : à l'exploration faradique s'est ajoutée l'exploration galvanique : au procédé bipolaire s'est substitué le procédé unipolaire. On y trouvera des détails sur les modifications qualitatives et des aperçus intéressants sur la réaction de dégénérescence.

La deuxième partie est réservée à la nouvelle méthode. M. Duhem y décrit minutieusement le procédé de Lapicque-Bourguignon et le procédé de Strohl, qui permettent de rechercher et de mesurer la chronaxie. Il étudie celle-ci au point de vue physiologique et au point de vue pathologique. Il commente les précieux tableaux que Bourguignon a dressés avec une conscience et une patience admirables. Il fait ensuite remarquer que les variations de la chronaxie ont une évolution parallèle à celles de l'électro-diagnostic classique, mais qu'elles mettent en évidence plus de faits.

Au cours de la troisième partie de son ouvrage, le Dr Duhem analyse les réactions électriques dans les affections du système nerveux central et périphérique et dans les myopathies pures. Dans cette troisième partie, si importante pour les neurologistes, l'auteur nous fait part, chemin faisant, de ses recherches originales, particulièrement sur l'électro-diagnostic de la poliomyélite de l'enfance et de la paralysie faciale périphérique, qui ont montré les inexactitudes des aphorismes d'Erb.

Cet ouvrage, essentiellement pratique, se termine par une description des points moteurs et des réactions motrices obtenues par l'excitation de ces points. Il est illustré de figures parlantes et de belles images empruntées au magnifique atlas de Paul Richer.

Causes et traitements des rhumatismes chroniques, par R.-J. Weissenbach et F. Françon. (1 vol. in-16 de 368 pages. Prix : 32 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

En rédigeant cet ouvrage, les auteurs ont écrit un véritable précis de traitement moderne des rhumatismes chroniques.

Les auteurs donnent une place importante et légitime aux thérapeutiques pathogéniques et étiologiques ou spécifiques, dont l'application judicieuse procure les plus beaux succès dans le traitement de ces affections, si souvent rebelles aux autres médications.

Pour que le médecin puisse faire appel, à bon escient, aux traitements étiologiques et pathogéniques, un exposé de l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie des rhumatismes chroniques était indispensable, ainsi qu'une étude des moyens de diagnostic à employer dans chaque cas. Les auteurs ont écrit l'une et l'autre avec un sens critique avisé, en montrant bien ce qui constitue actuellement : notions définitivement acquises, sérieuses probabilités ou seulement hypothèses suggestives.

Le médecin trouvera donc, dans cet ouvrage, tout ce qu'il lui est indispensable de connaître pour traiter lui-même ses patients atteints de rhumatisme chronique ou diriger leur traitement, avec la collaboration des différents spécialistes : électrologistes, hydrologues, etc.

Une table des matières détaillée termine le volume ; elle permet de trouver rapidement les renseignements désirés.

L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues, par René Cruchet. (1 vol. in-8° de 136 pages, avec 8 figures originales, Prix : 15 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

En avril 1917, le porf. Cruchet faisait connaître la première relation connue de la maladie nouvelle qui allait bientôt faire tant parler d'elle sous le nom d'encéphalite léthargique.

Ce sont les observations mêmes qui ont servi de base à sa description originale que publie aujourd'hui l'auteur, avec les renseignements concernant l'évolution de la maladie chez le plus grand nombre de ceux qui, les premiers, l'ont attrapée.

Comme l'écrit le prof. Ch. Achard dans son éloquente préface, « découvrir une maladie nouvelle est toujours œuvre difficile et méritoire... La découverte du prof. Cruchet a conduit les neurologistes à reviser certains chapitres de leur nosographie et enrichi leur discipline de données fort instructives. On peut dire que les conséquences ont grandi la découverte..

« L'histoire de la médecine a toujours à gagner à posséder sur l'origine des créations nosographiques des pièces d'archives aussi précises que possible. Les précieux documents que le lecteur trouvera dans cet ouvrage seront à la fois pour la *maladie de* Cruchet un acte de naissance et un acte de baptême. »

Bien connaître l'encéphalite épidémique devient chaque jour plus difficile. Ce petit livre synthétique et clair sera, à ce sujet, consulté avec fruit.

Troubles fonctionnels et dystrophies à l'état chronique en gynécologie. Exposé pratique de physio-pathologie et de traitement conservateur de l'appareil sexuel de la femme et de sa fonction, dans leurs rapports avec la physio-pathologie et la thérapeutique générales, Par Paul Petit-Dutaillis. Préface du Professeur René Leriche. 1 vol. in-8° de 476 pages, avec 185 figures ; 90 francs. (Gaston Doin et Cie éditeurs 8, Place de l'Odéon Paris (6e).

L'auteur commence par faire la synthèse de la question : 1° *Introduction anatomo-physiologique* dans laquelle il étudie les trois grands facteurs, endocrine, sympathique et neuro-psychique ; liaisons entre eux de ces trois facteurs et de leurs éléments divers, plus spécialement du point de vue sexuel, mais sans perdre de vue le reste de l'organisme. — 2° *Etiologie générale.* — 3° *Méthode générale d'examen clinique.* 4° *Méthodes générales de traitement médico-chirurgical : Traitement causal.* — *Traitement pathogénique* : I. *Organothérapie gynécologique. médicale* (endocrinothérapie, protéinothérapie plurivalente), *chirurgicale* (Procédés actuels de chirurgie conservatrice et réparatrice, greffe, transfusion du sang,) *actinique.* — II. *Sympathicothérapie* (traitement médicamenteux, réflexothérapie. chirurgie du sympathique pelvien). — III. *Psychothérapie élémentaire.* — *Thérapeutique générale.*

Cette synthèse faite, l'auteur est en mesure, dans une seconde partie de son ouvrage, d'étudier les dysfonctionnements et dystrophies gynécologiques, dans leur particulier, en évitant bien des redites. Dans un premier chapitre, il passe en revue les *dysfonctionnements et dystrophies localisés* (algies pelviennes-intermenstruelles ; prurit vulvaire ; algo-spasme menstruel ; algo-spasme vaginal ; incontinence et rétention d'urine ; varicocèle pelvien, hémorrhagies de l'utérus sans lésions cliniquement reconnaissables dans cet organe ; oligoménorrhées et aménorrhées de la période d'activité sexuelle ; troubles sécrétoires, etc ; dystrophies diverses du tractus génital de l'ovaire, des mamelles ; résumé pathogénique de la stérilité d'origine locale. — Un second chapitre est consacré aux *dysfonctionnements et dystrophies généralisés* : causes générales de sterilité ; intoxication du célibat ; intoxication gravidique ; troubles de la ménopause ; choc abdominal postopératoire et postpartum ; déplacements génitaux primordialement dus à la faiblesse générale des tissus.

Parmi les *addita,* signalons l'exposé de la méthode à suivre pour le radiagnostic gynécologique et un additum de technique opératoire avec nombreuses figures filmées par le crayon de Dupret.

Ce livre, tout en paraissant s'attaquer au même sujet que le traité récemment paru du professeur Cotte de Lyon, est donc conçu de toute autre façon et comprend des éléments différents. Peut-être pourrait-on dire qu'au lieu de se concurrencer, les deux ouvrages, reciproquement, se complètent.

Collection des Universités de France. Vient de paraitre : Aristophane, tome IV : Les Thermosphories. Les Grenouilles. Texte établi par Victor Coulon et traduit par Hilaire Van Daele. 1 vol. : 25 fr. Les Belles Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Almanach Hachette 1929. 5 francs. En vente.

Le Cabinet Secret du Parnasse. Recueil de poésies libres, rares ou peu connues pour servir de supplément aux Œuvres dites complètes des Poètes français. **Pierre de Ronsard et la Pléiade**. Pierre de Ronsard. — Etienne Jodelle. — Joachim du Bellay. — Rémy Belleau. — Ant. de Buif. — Pontus de Tyard. — Olivier de Magny. — Amadis Jamyn. — Brantôme. — Claude Binet. — Florent Chrétien. — Textes revus sur les éditions anciennes et les manuscrits et publiés avec notes variantes. Bibliographie et Glossaire par Louis Perceau.

Ce premier volume du Cabinet secret du Parnasse sera suivi d'autres tomes sur Mathurin Régnier et les satyriques, sur François de Malherbe, et ses écoliers, sur les Libertins du XVII[e] siècle, etc. Chaque volume renferme un tout complet et se vend séparément.

Cette anthologie satirique et libertine, conçue méthodiquement, exécutée avec soin par l'un des érudits qui connaissent le mieux nos vieux poètes et présentée élégamment, ne peut être comparée à rien de ce qui a vu le jour jusqu'ici.

Un vol. in-12, sur vergé teinté, tirage à 2.600 ex. : 20 fr. J. Fort, éditeur, 79, rue de Vaugirard. Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La névrose émotive, par le D[r] Louis Combe, in-8. 324 p. : 24 fr. (Arnette).

Les propos d'un vieux praticien. Autour du plexus solaire. Autour du nerf vague, par le D[r] Louis Gaume, in.-8, 232 p. : 24 fr. (Arnette).

Pour les grands et les petits. Fables, par Charles Richet. 55 lithographies. de Charles Drouart, tirage à 210 ex. : 20 sur Japon à 1.200 fr. ; 180 sur velin à 500 fr. (Doin)

Restez jeunes, par le D[r] Victor Pauchet, in.-16, cartonné : 20 fr. (Oliven).

Œuvres de Pasteur. Tome V. Etudes sur la bière. 120 fr. (Masson).

Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le D[r] Jules Janet. 536 p. : 60 fr. (Masson).

Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale, par P. Oudard, A. Hesnard, H. Coureaud. 255 p. : 36 fr. (Masson).

Spéléologie pulmonaire. Etude clinique et radiologique des cavernes tuberculeuses, par le D[r] Jaquerod. 64 p. : 30 fr. (Masson).

Travaux pratiques de parasitologie, par G. Brumpt et Neveu-Lemaire. 302 p. : 30 fr. (Masson).

Les abcès du poumon, par Michel Léon-Kindberg, 134 p. : 14 fr. (Masson).

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie, et de pathologie, par P. Rudaux. 6[ème] éd. revue. 846 p. 38 fr. (Masson).

Chirurgie des voies urinaires. Spirocholecystestomie, par C. Sobre-Cazas, 120 p. : 35 fr. (Masson).

Leucoplasie et kraurosis vulvaires, par Sobre-Casas et Felipe F. Carranza, 120 p. : 30 fr. (Masson).

L'utilisation rationnelle du lait en thérapeutique, par Maurice Renaud, 54 p. : 8 fr. (Masson).

Nouveau traité de médecine F. XVI. Pathologie du foie, in-8. 1048 p. : 125 fr. (Masson).

La méthode concentrique dans l'étude des psychonévrosés, par M. Laignel-Lavastine, in-4°, 300 p. : 46 fr. (Chahine).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 49 LE NUMÉRO : 50 Centimes 1er DÉCEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)

Ch. P. Paris 357-81 – R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies .... 40 fr.
Étudiants .... 30 fr.
Belgique .... 45 fr.
Étranger { 1re zone .... 70 fr.
2e zone .... 90 fr.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine.* — Oral (suite). — Séance du 19 novembre. (Questions données : Signes et diagnostic de la maladie d'Addison ; Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie — Mlle Ducosté 18, MM. Vaudour 18, Golé 17, Bridot 14, Seguinot 15, Deparis 19, de Ginestet 19.

Séance du 22 novembre. Questions données : Signes et diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale ; signes et diagnostic de l'épithélioma de la glande mammaire. — Mme Arager 21, MM. Bardin 12, Bernard-Griffith 21, Langlois 28, Gadaud 29, Mlle L'Hoir 22, MM. Fauvert 27, Lepart 21, Mme Grand 28, Mlle Bégaud 25.

Séance du 23 novembre. Questions données : Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde non compliquée à la période d'état ; Signes et diagnostic de l'anévrisme artériel proplité. — MM. Stévin (Raymond) 17, Suchmann 11, Lachter-Pachter 19, Paul 21, Mme Blondel 18, MM. Meilland 18, Guilly 17, Demoulin 12, Delinotte 19, Rousseau 16.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Epreuve orale. — Séance du 23 novembre. Questions données : Ectopie dentaire (signes diagnostic et traitement.) — MM. Lattès 18, Vilenski 17, Dechaume 16, Cabrol 13, M. Fribourg se retire.

Remise d'une Médaille au Dr Jeanselme. — La médaille offerte à M. le Professeur Jeanselme par ses élèves et ses amis lui sera remise au cours d'une cérémonie qui aura lieu le dimanche 9 décembre à 9 h. 45 précises, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat.

Lyon. — Une grave épidémie de fièvre typhoïde sevit actuellement dans la banlieue de Lyon, sur la rive droite du Rhône — On évalue approximativement à 3.000 le nombre des malades, qui sont pour la plupart des femmes et des enfants — Quant à la ville de Lyon elle est remarquablement indemne — L'on n'a relevé que sept malades dont six ayant leur domicile ou leur travail dans les localités contaminées. L'épidémie s'est répandue en suivant exactement le réseau de distribution de la Compagnie générale des eaux sur la rive droite du Rhône, réseau qui n'a rien de commun avec celui du service municipal des eaux qui alimente Lyon.

— *La future Centrale médicale de Grange Blanche.* — C'est une véritable cité, comme une Centrale médicale pourvue de toutes les ressources à la fois pour le soin des malades, pour la formation des jeunes médecins et pour la recherche scientifique qui s'élève à Montplaisir, sur la principale zone d'accroissement de la ville de Lyon. Elle comprend autour de l'hôpital complet de Grange Blanche et de la Nouvelle Faculté un grand hôpital militaire et l'Ecole de Santé, qui de leur côté vont bientôt émigrer à Montplaisir enfin des maisons réservées au logement des étudiants. M. le doyen Jean Lepine qui a joué un rôle déterminant dans la reconstruction à Montplaisir de la Faculté de médecine, à fait les déclarations suivantes à un rédacteur du *Progrès de Lyon*.

« Je n'ai pas poursuivi la reconstruction de la Faculté pour le plaisir d'avoir un bâtiment moderne à la place d'un palais scolaire vieilli. Ce que j'ai recherché, conformément aux idées de la fondation Rockefeller, et c'est pour cela qu'ils nous ont soutenus, c'est l'organisation d'un centre médical théorique et pratique, faculté et hôpital, l'un n'allant pas sans l'autre, l'un et l'autre se complètant tellement que l'on souhaiterait qu'ils fussent dans le même bâtiment comme dans certaines organisations américaines. Des deux cotés de l'avenue Rockefeller on fera reculer la maladie. L'œuvre ne peut pas être dissociée.

« Nous avons voulu tout ensemble assurer aux malades le secours de toutes les compétences, de toutes les acquisitions scientifiques, de toutes les techniques, et donner aux futurs médecins le maximum de formation théorique et pratique.

« C'est œuvre sociale par excellence. Sur les terrains que nous avons acquis plus récemment à côté de celui de la Faculté, nous allons faire une école d'infirmières modèle pour laquelle nous pensons être aidés encore par la fondation Rockefeller. Il s'y joindra un centre d'hygiène sociale destinée à la formation des visiteuses.

« Nos étudiants viendront aussi y travailler. Nous leur apprendrons une autre médecine que celle des salles d'hôpital. Ils verront le malade chez lui. Ils sauront qu'il ne suffit pas de faire une ordonnance et qu'il y a dans une famille des soins élémentaires ou des nécessités impérieuses qui passent avant les médicaments. Nous avons l'intention de leur donner autre chose que des notions médicales et de les familiariser avec la misère en action et les moyens de la combattre.

« Il faudra pour cela la collaboration du bureau de bienfaisance elle n'est pas impossible à réaliser. Au temps où nous sommes, il serait vraiment scandaleux que l'on continuât à gaspiller des ressouces toutes insuffisantes, en temps, argent et matériel, distribuées par des organisations qui paraissent s'ignorer les unes les autres.

« Le nouveau centre médical doit être un centre de médecine sociale, et plus généralement d'assistance sociale. Il faut que par lui les notions d'éducation et d'hygiène pénètrent dans les milieux populaires et arrivent à combattre effectivement la maladie d'une manière préventive. La mise en jeu des lois d'assurances sociales dont la valeur dépend surtout de l'instruction et de la conscience des médecins et aussi de la rapidité des mesures préventives, rend cette organisation nécessaire.

« On dit que nous aurons la Faculté la mieux outillée d'Europe. C'est sans doute excessif, mais ce sera vraisemblablement la plus humaine, la plus avancée en médecine sociale.

« Il faut redire que, pour ce but spécial, l'hôpital, d'un type architectural aujourd'hui dépassé, sera pour le bien-être des malades aussi bien que pour la manière dont l'enseignement y sera donné, de beaucoup l'une des plus heureuses réalisations qui aient été faites. »

Groupement d'achat des praticiens français. — Notre regretté confrère Carayon, en fondant la coopérative d'achat des praticiens français, n'avait certainement pas envisagé l'importance que prend cette œuvre confraternelle, encore insuffisamment connue de corps médical.

Une simple cotisation de 20 francs, par an, adressée à la C.A.P. 5, rue Lacapelle, à Montauban, permet de profiter des avantages fort importants qu'elle procure.

Elle vient d'ouvrir un bureau à Paris, 29, rue Mogador, lui permettant désormais d'être utile aux confrères parisiens et provinciaux de passage à Paris.

Groupe médical de la Chambre. — Sous la présidence du Dr Gardiol, le Groupe médical de la Chambre des députés s'est réuni, le 20 novembre courant, dans la salle du 6e bureau, à 14 heures.

Assistent à cette réunion vingt membres. Le secrétaire général du groupe, le Dr Gadaud, donne lecture d'une lettre d'adhésion du Dr Oberkirch, sous-secrétaire d'Etat au Ministère du travail, et d'une communication des hygiénistes départementaux de la Seine et de la Seine-et-Oise et d'une lettre du Dr Maurice Faure, de Lamalou relative à la population thermale du point de vue fiscal et des facilités de circulation pour les voyages d'études médicales.

Le Groupe décide de faire les démarches ministérielles proposées.

Ensuite, le Dr Grinda, rapporteur de la loi sur les assurances sociales, fait un long exposé très documenté sur les derniers travaux de la commission chargée d'élaborer le règlement d'administration publique de cette loi.

Il passe en revue les résultats acquis pour le contrat collectif, le libre choix, le contrôle technique, le secret professionnel et correspondant aux conditions requises par le front syndical.

Sur les point délicats des tiers payants et de la liberté de thérapeuthique, le rapporteur fait connaitre que les pourparlers continuent.

Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Grinda Dézarnaulds, Legros, Briquet, Fié et la plupart des membres du Groupe qui désirent demeurer au courant des travaux ultérieures de la Commission.

Le président remercie M. Grinda de sa communication fort intéressante et le félicite de ses efforts personnels pour rendre les assurances sociales pratiques et applicables.

En terminant, le Groupe confie au Dr Briquet le soin d'établir un rapport provisoire sur une proposition de loi relative à la publicité des produits pharmaceutiques spécialisés.

La séance est levée à 18 heures.

Société Amicale des médecins Alsaciens 9 rue d'Astorg VIIIe ar. Le mercredi 12 décembre, aura lieu au Palais d'Orsay, Quai d'Orsay, le dîner de la Société amicale des médecins alsaciens et de la Société des médecins lorrains, sous la présidence de Mr le D Oberkirch, député de Sélestat, sous-secrétaire d'État. Il réunira, non seulement les membres actifs de ces Sociétés et leurs familles, mais tous les confrères d'origine alsacienne ou lorraine, les anciens élèves des facultés de Nancy et de Strasbourg, qui y sont cordialement invités.

Association des médecins du département de la seine. — L'Association possède une inscription de rente donnée par M. le Dr Moulin et affectée, selon ses intentions, à une bourse d'internat dans un lycée de Paris au profit du fils d'un médecin français sans fortune. Cette bourse étant actuellement disponible, les candidats peuvent adresser leur demande à M. le professeur Rathery, secrétaire général, 108, boulevard Saint-Germain (VIe).

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin-chef de service sera prochainement vacant à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du départ de M. le docteur Demay.

Département du Calvados. — *Concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène.* — Un concours sur titres accompagné d'épreuves pratiques portant sur le programme établi par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, aura lieu à Paris, au Ministère du travail et de l'hygiène, pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le Calvados.

La date de ce concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire, et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Leur demande, rédigée sur timbre, devra être adressée à la Préfecture du Calvados, (1re division), au plus tard le 15 décembre 1928.

Concours pour le recrutement de six médecins-inspecteurs. — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture du Calvados dans le courant de décembre prochain, pour la nomination de six médecins-inspecteurs qui seront chargés des services ci-après dans le département : Inspection sanitaire des écoles ; surveillance médicale des enfants assistés et protégés ; vaccination antivariolique, service des épidémies.

La date du concours sera fixée ultérieurement et notifiée aux intéressés lors de leur convocation à l'examen.

Les candidats à ces emplois devront être Français, âgés de 30 ans au moins et de 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus de diplôme de docteur en médecine (diplôme de l'Etat).

Ils devront, en outre, avoir exercé la médecine générale pendant cinq ans au moins, mais cette condition ne sera pas exigée de ceux qui auraient déjà rempli les fonctions de médecin-inspecteur d'hygiène dans un autre département. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville de faculté ou d'école de plein exercice, seront considérées comme des années d'exercice de médecine générale.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées à la Préfecture du Calvados (1re division).

Nécrologie. — M. le Dr A. Bailliez ancien maire d'Harnes (Pas-de-Calais), décédé à Harnes dans sa 83e année. — M. le Dr Cloez, ancien président du Sydicat de Cambrai, décédé à Houilles (Seine-et-Oise), à l'âge de 68 ans. —

BIBLIOGRAPHIE

La réserve alcaline, par L. Ambard et F. Schmid. (1 vol. in-8° de 168 pages avec figures dans le texte. Prix : 18 francs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.)

Dans le présent ouvrage MM. Ambard et Schmid se sont proposé de réunir dans une brève synthèse un certain nombre de travaux con-

cernant la réserve alcaline. En raison de l'étendue et de la complexité de cette question, ils ont dû nécessairement se limiter à l'étude des problèmes essentiels.

Leur ouvrage est divisé en deux parties, l'une physiologique et l'autre pathologique. Dans la première ils exposent d'abord le processus de la genèse de la réserve alcaline *in vitro*, puis ils montrent l'intervention de la respiration et de la sécrétion rénale dans la régulation de la réserve alcaline.

Dans la partie pathologique, ils étudient les variations de la réserve alcaline dans le diabète, les néphrites, l'anesthésie, la grossesse, etc... et montrent la relation des processus de la genèse de la réserve alcaline avec l'élimination des sels et de l'eau.

Un pareil exposé d'ensemble n'était pas possible sans recourir à certaines hypothèses, sans quoi l'ouvrage n'eût été qu'une juxtaposition de faits. Les auteurs ont dû faire la part de cette nécessité. Mais pour permettre au lecteur de discuter lui-même l'interprétation des faits, ils n'ont pas manqué, chaque fois que la chose était possible, de relater intégralement les observations sur lesquelles ils s'appuyaient.

Un tel ouvrage sera certainement utile aux médecins et aux biologistes qui désirent interpréter une réserve alcaline et situer ses variations parmi les grands processus normaux et pathologiques.

Etudes sur la chimie physiologique de la peau (Publication du Laboratoire de chimie de la clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine à l'Hôpital St Louis) par MM. Dejust, Verne, Combes, Parat, Urbain, Dujaric de la Rivière, de Saint-Rat. Un volume in-octavo 379 pages. Legrand éditeur, Paris.

Si les publications concernant la pathologie de la peau sont innombrables, celles ayant trait à la physiologie de cet organe sont par contre, fort rares. En particulier aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore traité de la chimie physiologie cutanée.

Celle-ci est encore mal connue dans la plupart de son étendue : aussi les auteurs ont ils dû limiter leur exposé aux points qui ont déjà été l'objet de travaux suffisants pour qu'on puisse en avoir une vue d'ensemble.

Les pigment- particulièrement le pigment mélanique, sa nature, son mode de formation sont étudiées chez l'homme, dans la série animale, dans la série végétale : cette physiologie comparée est riche en renseignements.

On a reconnu récemment que la peau, loin d'être un revêtement inerte, est riche en de nombreux ferments (amylase, lipase... etc). Le rôle de ces ferments semble important pour la vie de la cellule cutanée et aussi pour l'équilibre général de l'organisme. C'est un horizon nouveau pour la dermatologie : Tous ces processus mélanogènes et fermentaires sont régis par la concentration en ions hydrogènes — le pH du milieu cellulaire. Un chapitre du volume est consacré aux procédés de mesure de cette grandeur et aux conclusions qu'on en peut tirer.

Nous savions déjà, par les travaux de Besredka, que les cellules cutanées jouissent d'un rôle particulier dans le mécanisme de l'immunité. Ce rôle particulier n'est pas sans relation avec le mécanisme des cuti-réactions. On verra, dans ce volume, quels rapports existent entre ces propriétés de la peau et les phénomènes physiochimiques dont les cellules sont le siège.

Mais on ne peut avancer dans cette étude qu'en s'appuyant sur des bases analytiques très soigneuses. Aussi le dernier chapitre du livre est-il consacré à l'exposé de toutes les données publiées jusqu'à ce jour sur la composition de la peau, et à la description des méthodes analytiques utilisables.

Chaque chapitre est accompagné d'une abondante bibliographie concernant plusieurs centaines de références.

En résumé livre « de fond de bibliothèque » pour les biologistes et les dermatologistes.

H. V.

Collection Shakespeare. Cette précieuse collection publiée par la Société des Belles-Lettres, sous la direction de A. Koszul, vient de s'enrichir de deux volumes : **La Tragédie d'Othello**, traduction de Jules Derocquigny. — **La vie de Henri V**, traduction de Marcel Sallé ; chaque volume : 12 fr. Les Belles-Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Au Pays du Nep et de la Tchéka. (Dans les prisons de l'U. R. S. S.), par Boris Cederholm, traduction de Hélène Iswolsky. 1 vol. in-16, de plus de 400 p. broché : 14 fr. édition Jules Tallandier, 75, rue Dareau. Paris.

Le livre fermé, le journal du prisonnier reposé sur la table, on regarde autour de soi avec une manière d'étonnement. Le soleil brille, il fait jour, on est un homme comme les autres, libre d'aller, de venir, d'agir à sa guise. De quel cauchemar s'éveille-t-on ?

TRAVAUX ORIGINAUX

Des caractères généraux des rythmes fonctionnels,

Par L. BARD,

Professeur honoraire de clinique médicale.

On ne saurait méconnaître l'importance primordiale des rythmes fonctionnels, non seulement en physiologie, mais encore en médecine pratique, car leurs perturbations dominent la pathologie viscérale. Il semble cependant que les deux rythmes cardiaque et respiratoire aient accaparé l'attention des physiologistes et des médecins un peu au détriment de tous les autres : ils doivent évidemment ce privilège à leur permanence, à leur fixité, à leur fréquence rapide, et sans doute aussi à l'importance clinique de leurs altérations pathologiques.

Les études dont ces deux rythmes ont été l'objet se sont elles-mêmes à peu près exclusivement attachées à en préciser les caractères propres, sans avoir cherché à dégager les caractères communs à tous les rythmes fonctionnels. C'est l'éude de ces caractères communs, et celle dles lois générales qtui les régissent, qui font l'objet de ce travail.

I

L'expression de rythme cardiaque s'applique aussi bien à la succession cadencée des révolutions cardiaques, qu'à l'ordre déterminé de succession et aux rapports réciproques des divers éléments constitutifs d'une révolution cardiaque. Considérée isolément, celle-ci représente l'unité élémentaire, ce que l'on pourrait appeler la *phrase fonctionnelle*, qui se répète, semblable à elle-même, avec le nombre et la fréquence qu'exigent les besoins de la circulation. Si l'on néglige les détails secondaires, il en est exactement de même, non seulement pour le rythme respiratoire, mais encore pour les rythmes de toutes les fonctions qui mettent en œuvre des actes mécaniques, avec les seules différences qui résultent des différences mêmes des exigences fonctionnelles en cause : les canaux dans lesquels se fait une circulation continue, vaisseaux ou canaux excréteurs glandulaires, sont parcourus par des vagues de péristaltisme, se succédant suivant un rythme propre à chacun d'eux ; les réservoirs, qui sont destinés à un emmagasinement temporaire, sont le siège d'actes évacuateurs, dont le retour, sans être aussi régulier que pour les fonctions précédentes, n'en est pas moins soumis de même à une loi déterminée pour chacun d'eux.

Quoiqu'il y soit moins apparent, le même caractère de succession cadencée de « phrases » fonctionnelles élémentaires, se retrouve dans les fonctions qui ne mettent en jeu aucun acte musculaire, et d'ailleurs dans toutes au même titre, aussi bien dans les actes secrétoires que dans les actes nutritifs, dans le métabolisme lui-même.

Par suite, partout on retrouve les deux modalités des rythmes, celle qui se rapporte à la succession cadencée des unités fonctionnelles élémentaires, et celle qui se rapporte à l'ordre déterminé de succession et aux rapports des éléments constitutifs au sein de ces unités elles-mêmes.

Il y a là deux ordres de faits distincts, que la réunion sous une même dénomination expose à confondre. Il serait utile, pour la netteté des conceptions tout aussi bien que pour la clarté des descriptions, de désigner chacun d'eux par un terme qui lui soit propre ; c'est pourquoi je propose d'adopter, et j'emploierai pour ma part au cours de cet article, les termes de *rythme élémentaire* ou de rythme *interne*, pour la cadence des éléments constitutifs de la révolution cardiaque, ainsi que, d'une manière générale, pour la cadence des éléments de toutes les unités fonctionnelles dans le cadre de ces unités, et celui de *rythme de succession*, pour la cadence de répétition des révolutions cardiaques, de même que pour celle des autres unités fonctionnelles.

Tout en présentant quelques affinités et quelques rapports réciproques, les rythmes internes et les rythmes de succession fonctionnels ne sont pas étroitement subordonnés les uns aux autres : leurs perturbations peuvent être indépendantes aussi bien que simultanées, de sorte que si leur étude peut gagner quelque chose à être faite conjointement, ils n'en doivent pas moins être envisagés séparément, et il faut toujours avoir soin de préciser, en toute occasion, la modalité que l'on envisage.

Les rythmes de succession, très fixes d'ordinaire, sont normalement réguliers et seule leur fréquence diffère avec les fonctions auxquelles ils appartiennent. Ils présentent toujours une grande simplicité et leur interprétation ne soulève guère de difficultés. Les rythmes élémentaires sont plus complexes : leur cadence est périodique au lieu d'être uniforme, et ils sont aussi spécifiques que les fonctions elles-mêmes. Alors que, quelle que soit la fonction considérée, les rythmes de succession règlent la répartition uniforme d'unités fonctionnelles semblables et de même structure, les rythmes élémentaires fixent les règles de la cadence alternante de deux phases de caractères opposés : la systole s'oppose à la diastole, comme l'inspiration à l'expiration, la sécrétion à l'excrétion, l'anabolisme au catabolisme, etc. D'une manière générale, les rythmes de succession peuvent être modifiés dans leur fréquence sans que ces variations entraînent nécessairement de modifications profondes des rythmes élémentaires ; par contre, les modifications de ces derniers retentissent presque inévitablement sur les premiers.

Un premier caractère commun des rythmes fonctionnels est leur *origine périphérique* ; bien que les uns et les autres, aussi bien les rythmes de succession que les rythmes élémentaires, n'échappent pas au contrôle des centres nerveux, ils n'exigent nullement leur intervention pour se produire. Cette donnée s'impose de toute évidence pour le rythme cardiaque, qui continue sur le cœur, non seulement privé de toute connexion nerveuse extrinsèque, mais même complètement séparé de l'organisme. Il en est de même du péristaltisme intestinal et canaliculaire, urétéral par exemple, comme du processus de nutrition des tissus qui persiste quelque temps après l'arrêt de la circulation ; il en est encore ainsi du rythme respiratoire lui-même, qui, entrecoupé il est vrai de spasmes et de pauses, se prolonge néanmoins pendant deux ou trois heures après la section du bulbe et des deux pneumogastriques.

On sait que l'origine périphérique du rythme cardiaque, et son apparition en apparence spontanée, sont invoquées en faveur de la théorie myogène de ce rythme, quoique cette origine périphérique puisse se concilier tout aussi bien avec l'intervention des ganglions nerveux intrinsèques. Le fait qu'elle est un caractère commun à tous les rythmes fonctionnels montre qu'elle fait partie du plan général du système végétatif ; il en résulte qu'il y a lieu d'en rechercher une explication dont le principe soit applicable à tous les rythmes, quelles que soient par ailleurs les différences des dispositifs dont relève chacun d'eux.

Un second caractère commun des rythmes fonctionnels est le fait que *les deux phases, dont l'alternance est à la base des rythmes élementaires, constituent deux actes complémentaires aussi nécessaires l'un que l'autre à l'accomplissement de la fonction*, de sorte qu'ils représentent en réalité les deux moitiés solidaires d'un même tout. Il en est ainsi, non seulement parce que, chacune des phases préparant l'autre, l'arrêt de l'une d'elles entraîne inévitablement l'arrêt de la suivante, mais encore parce que l'effet fonctionnel en jeu n'est obtenu que par l'action combinée des deux phases : le cœur, par exemple, pour remplir sa fonction motrice, a un besoin égal de son pouvoir de remplissage et de son pouvoir d'expulsion ; car si la pompe n'était pas à la fois aspirante et foulante, elle serait incapable de jouer son rôle. Chacune des deux phases constitue un

repos de sa congénère, mais, malgré les apparences, ni l'une ni l'autre ne constitue le repos total de l'organe.

Il est digne de remarque que *cette alternance de phases est toujours simplement dualistique* et nulle part pluraliste Il est facile de se rendre compte pourquoi il en est ainsi : dans l'opposition des deux phases, au même titre pour toutes les fonctions, il s'agit toujours de deux processus de même nature, se déroulant en sens contraire l'un de l'autre, par rapport à une ligne de base, dont chacun s'écarte à peu près également : de telle sorte qu'ils prennent de ce fait un signe algébrique opposé, l'organe revenant à son point de départ après l'achèvement du cycle, prêt à le parcourir à nouveau. Une opposition de cet ordre, constituée en somme par des phénomènes réversifs, n'est susceptible que de deux polarités et ne peut être que dualistique. Toutefois les deux processus de signe opposé, loin de s'annuler, se complètent réciproquement, de sorte que de leur mouvement alternant résulte un travail, physique ou chimique, qui constitue l'apport de la fonction à la physiologie collective de l'organisme.

Un troisième caractère commun des rythmes fonctionnels, est que *le rythme élémentaire*, qui règle les rapports des deux phases, *est essentiellement plastique*, c'est-à-dire que, sur une base initiale que l'on peut qualifier de rythme princeps, qui en constitue en quelque sorte le rythme moyen, et dans des limites assez larges, qui en constituent la zone maniable physiologique, les deux phases sont susceptibles de présenter des variations d'énergie et de durée, qui leur permettent d'adapter leurs effets aux variations mêmes des besoins fonctionnels auxquels elles doivent pourvoir.

Un point qu'il importe de souligner, qui est aussi essentiel que souvent méconnu, c'est que, *pour être efficace, cette plasticité devait porter sur les deux phases au même titre*, et non sur l'une d'elles seulement, *parce que chacune repond par ses variations à des besoins différents*. C'est ainsi, par exemple, que si la systole cardiaque est à même de produire, par ses variations d'énergie ou de durée, les modifications de tension en plus ou en moins dont la circulation peut avoir besoin, c'est la diastole seule qui est à même de modifier le volume des ondées, et ce sont leurs variations combinées qui sont nécessaires pour régler la fréquence des révolutions elles-mêmes : toutes variations physiologiques qui peuvent bien se suppléer en quelque mesure, mais dont les effets ne sont pas interchangeables.

Une fonction qui ne comporterait d'influences modificatrices d'adaptation que sur l'une de ses deux phases serait dans une situation d'infériorité manifeste ; c'est pourquoi *les deux phases doivent être actives au même titre*, car on ne peut concevoir que des influences souples et efficaces puissent exercer leurs effets par l'intermédiaire de phénomènes purement passifs. Mais, si les deux phases doivent être actives au même titre, il ne s'en suit pas pour cela qu'elles doivent disposer de la même puissance énergétique : celle-ci est en fonction, pour chacune d'elles, des résistances qu'elle peut rencontrer pour remplir son rôle, et, ces résistances étant différentes suivant les phases, il en résulte des différences correspondantes dans leur puissance. Les expressions de *kinésie positive* et de *kinésie négative*, que j'ai proposées pour désigner les deux activités de signe contraire, de raccourcissement et d'allongement des muscles, s'appliquent aussi exactement aux deux phases de toutes les unités fonctionnelles ; elles ne visent bien entendu que le *sens de leur action*, leur polarité, en restant tout à fait indépendantes de leur puissance.

J'ai montré, dans un article spécial (1), comment la notion des deux kinésies était en particulier seule à même de rendre compte de l'activité de la diastole, et par celle des adaptations physiologiques de la révolution cardiaque. On sait que cette activité est encore niée par la plupart des physiologistes, et que l'école de Luciani, qui la reconnaît, limite son rôle au premier déclenchement de la dilatation des cavités, auquel elle voudrait réserver le nom de diastole, en qualifiant de périsystole et de repos réel, son développement ultérieur. En réalité, outre que rien dans les caractères du jeu du myocarde ne justifie cette limitation, l'activité de la diastole ainsi réduite perdrait toute son utilité physiologique, car elle ne viendrait expliquer que l'écartement initial des parois, alors que l'élasticité des tissus et les forces passives du voisinage suffiraient à le produire : elle ne pourrait en effet jouer aucun rôle sur la durée et l'amplitude de la dilatation des cavités, qui sont seules à même cependant de répondre à certaines variations des besoins fonctionnels.

(1) L. Bard. — De l'activité de la diastole et de son rôle en pathologie cardiaque. *Archives des maladies du cœur*, 1925, p. 113-128.

II

L'activité des deux phases fonctionnelles est d'une nécessité physiologique si générale et si évidente que l'on ne peut comprendre les difficultés que l'on éprouve à la faire admettre, pour toutes les fonctions, que par la tendance naturelle et trop générale à nier les données dont le mécanisme paraît inexpliqué. Tel est assurément le cas pour les fonctions, dont la révolution cardiaque est un des exemples les plus caractéristiques, qui mettent en jeu une énergie mécanique dont les deux phases reposent, l'une sur le raccourcissement, l'autre sur l'allongement de fibres musculaires.

La première, qualifiée de contraction et susceptible de vaincre de grandes résistances, ne soulève aucune difficulté d'interprétation et apparaît active à tous : la seconde, qualifiée de relâchement, ne s'exerçant d'ordinaire à l'encontre d'aucun obstacle notable, paraît un phénomène purement passif, sans autonomie propre, représentant simplement la cessation d'action, l'inhibition de la première, C'est assurément cette conception qui est seule responsable des oppositions faites à la notion de l'activité de la diastole : ses partisans s'efforçant de décrire des muscles ou des vaisseaux dont la contraction serait susceptible de dilater les cavités, alors que leurs adversaires n'ont pas de peine à en démontrer chaque fois l'inexistence.

De pareilles prémisses n'ont servi qu'à rendre le problème insoluble, alors qu'il est très facile à résoudre, comme je l'ai montré, si l'on veut bien se décider à reconnaître que les deux phases des actes musculaires constituent elles-mêmes une fonction élémentaire qui repose sur l'alternance de deux kinésies de signe contraire (1). Il importe de préciser et de bien comprendre que, dans cette manière de voir, la kinésie en jeu à un moment donné ne dépend nullement de la longueur actuelle du muscle par rapport à sa position de repos, mais uniquement de l'*effort qu'il manifeste pour faire varier cette longueur dans un sens ou dans l'autre* ; la tendance énergétique pouvant continuer, ou changer de signe, suivant les ordres apportés par l'influx nerveux, quelle que soit la longueur présente des fibres contractiles, du moins tant qu'elle n'a pas atteint les limites extrêmes de sa course.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'équilibre dans l'immobilité n'est pas le fait de la vie, alors que la notion d'*équilibre mobile*, que représente l'alternance des phases fonctionnelles, est à la base de tous les actes physiologiques : mais on croit pouvoir faire reposer le fonctionnement de cet équilibre sur l'alternance de phénomènes d'excitation et d'actions d'arrêt, portant les uns et les autres sur la phase principale, sur la systole par exemple dans le cas de la circulation cardiaque, considérée comme le seul facteur actif de la fonction. C'est de cet ensemble de données que découle la conception physiologique classique de l'existence de centres d'excitation et de centres d'inhibition, agissant sur l'ensemble de la fonction qu'ils contrôlent, et, par voie de conséquence celle de l'antagonisme systématique des fibres vagales et des fibres sympathiques dans tout le domaine de la vie, végétative.

(1) L. Bard. — Du rôle et du mécanisme des actions d'arrêt : distinction des kinésies négatives et des inhibitions. (*Revue neurologique*, 1922, p. 121-143.)

Sur la base de l'activité des deux phases et de leurs kinésies de signe contraire, j'ai opposé à cette notion de la dualité de centres d'excitations ou d'inhibitions globales, celle de la *dualité de centres des phases*, excito-inhibiteurs réciproques, c'est-à-dire *couplés de telle sorte que chacun d'eux est excitateur de l'une des phases et modérateur de la seconde* ; ou, pour parler plus exactement, de centres générateurs des kinésies, tant positives que négatives, associant leurs actions de telle sorte que le *developpement d'une kinésie positive déterminée entraîne automatiquement le developpement de la kinésie négative correspondante*, pour assurer l'exécution de la phase en jeu.

Les considérations qui précèdent s'appliquent au même titre à tous les rythmes fonctionnels élémentaires qui exécutent les deux phases par les kinésies opposées d'un même muscle, tels que les réservoirs et tous les canaux contractiles, y compris les vaisseaux. Il semble par contre, au premier abord, qu'elle ne s'applique pas au rythme respiratoire qui dispose de raccourcissements musculaires pour ses deux phases, pour l'expiration comme pour l'inspiration : il est facile de se convaincre cependant qu'elles y trouvent aussi leur application. Le principal muscle respiratoire est en effet le *diaphragme*, qui *se raccourcit pour l'inspiration*, mais qui *s'allonge pour l'expiration* : l'inspiration, comportant le refoulement des viscères abdominaux et l'écartement des parois thoraciques, est celle des deux phases qui exige le développement de force le plus puissant, et c'est à elle que s'est appliquée la kinésie positive du muscle efficace : sa kinésie négative intervient dans l'expiration, qui n'exige qu'une énergie beaucoup plus faible, étant déjà au bénéfice de retours élastiques puissants. Bien que l'expiration dispose à l'occasion de la kinésie positive des muscles expirateurs de la paroi thoracique, il ne semble pas qu'elle y ait recours dans les respirations tout à fait normales.

Les muscles thoraciques, aussi bien ceux qui dilatent le thorax que ceux qui le rétrécissent, ne participent en effet à la respiration qu'à titre accessoire et contingent. Leur rôle ressortit surtout à l'émission de la parole, à la genèse des efforts et à la défense de l'appareil bronchique par la toux ; toutes actions auxquelles la volonté prend une grande part, et qui, se rattachant plus à la vie de relation qu'à la vie de nutrition, obéissent aux lois générales de la première plus encore qu'à celles de la seconde.

La notion des kinésies positives et des kinésies négatives, qui apporte une solution simple aux rythmes élémentaires des fonctions à base mécanique, ne peut sans doute pas être transportée *de plano* sous les mêmes termes dans les *rythmes des fonctions à base chimique* ; il est facile de se convaincre néanmoins que le problème se pose sous la même forme et qu'il est justiciable, dans ses lignes essentielles de la même solution. Là encore les rythmes fonctionnels mettent en présence des processus à double orientation, de sens diamétralement opposé, deux phases alternantes de signe contraire : formations intra-cellulaires des sécrétions et produits excrétés, processus d'assimilation et de désassimilation, réactions endothermes et exothermes, acidoses et alcaloses, etc., opposent réciproquement leurs signes de la même façon que le raccourcissement et l'allongement des fibres musculaires : détails de structure et de mécanisme intime mis à part, ils constituent des équilibres mobiles, qui relèvent des mêmes lois physiologiques générales que les équilibres mécaniques, et qui leur sont étroitement comparables.

III

Dans l'exposé qui précède, nous n'avons envisagé que l'étude analytique générale des éléments des rythmes fonctionnels, il reste à envisager le problème plus complexe du mécanisme de leur déclenchement, de leur entretien et de leur réglage, et par là même celui des rapports des appareils périphériques d'exécution avec le système nerveux et ses centres.

Les descriptions physiologiques classiques invoquent, pour expliquer la production des rythmes fonctionnels mécaniques, deux théories concurrentes, la *théorie réflexe* et la *théorie de l'automatisme*. Je ne saurais mieux faire que d'en emprunter la définition à Morat, qui, à propos du rythme respiratoire, s'exprime comme suit (1) :

« I. **Théorie réflexe**. — Ces trois principes — principe de « l'inertie nerveuse, de la transformation les excitations « et de l'effet réciproque — contiennent les éléments d'une « théorie des mouvements respiratoires. Ceux-ci seraient « entretenus par une excitation réflexe (d'ordre méca- « nique) qui se renouvelle et se règle automatiquement. « Hâtons-nous de dire que ce n'est pas la façon dont on « comprend d'ordinaire l'automatisme, et dont on le « définit. On oppose même d'habitude (à tort selon nous), « l'action réflexe à l'action automatique du système ner- « veux. Au lieu de considérer comme automatique, dans « son ensemble, le système partiel respiratoire pris dans « son entier, on localise cet automatisme dans la région « obscure des centres, qui président à la respiration.

« II **Théorie dite de l'automatisme.** — Ces centres seraient « construits de telle façon qu'ils distribuent (sans le se- « cours ni le concours des nerfs sensitifs) des excitations « périodiques aux muscles respirateurs. Telle est l'ex- « pression simplifiée de la théorie dite automatique oppo- « sée à la théorie réflexe. Elle s'appuie sur des faits « d'expérience. »

Comme il arrive dans beaucoup de controverses, le désaccord auquel ont donné lieu ces deux théories résulte, en grande partie, de la signification vague et du défaut de précision des termes employés. Il est facile de se rendre compte, à la lecture de son texte, que c'était bien là l'opinion de Morat lui-même. Il signale en effet que l'excitation réflexe se renouvelle et se règle automatiquement, et il déclare catégoriquement que c'est à tort que l'on oppose l'action réflexe à l'action automatique du système nerveux ; mais il ne va pas plus loin et il ne cherche pas à préciser plus exactement les données du problème, qui est en effet mal posé sous cette forme simpliste.

L'expression de théorie réflexe éveille l'idée d'un centre nerveux, recevant des excitations centripètes de caractère sensitif, qu'il renvoie à la périphérie sous forme d'excitations centrifuges motrices : si elle laisse à préciser la nature des excitations centripètes, les voies que suivent les unes et les autres, ainsi que le siège des centres réflecteurs, du moins elle ne prête à aucune amphibologie.

Il n'en est pas de même de la théorie opposée, que Morat prend soin d'énoncer sous le terme de théorie *dite* de l'automatisme. L'expression d'automatisme comporte deux sens très différents qu'il importe de distinguer : dans son *acception physiologique*, elle signifie simplement qu'il s'agit de mouvements qui échappent à l'action de la volonté, et elle ne saurait donc être opposée aux actions réflexes qui répondent à la même définition ; dans son *acception philosophique*, par contre, l'automatisme désigne (la faculté de se déterminer par soi-même » Littré), et c'est alors tout autre chose.

Pour éviter toute confusion, le mieux est de renoncer à parler de théorie réflexe et de théorie de l'automatisme, qui ne sauraient être opposées l'une à l'autre sans obscurité ; mais, en partant de la donnée que les rythmes fonctionnels ne sont et ne peuvent être qu'automatiques, de se demander uniquement quelle doit être la conception de l'automatisme en cause. Y a-t-il lieu d'y voir un automatisme au sens physiologique du mot, c'est-à-dire simplement involontaire et réflexe, qui mériterait le nom d'*automatisme extrinsèque* ou bien au contraire un automatisme au sens philosophique, c'est-à-dire autonome et en

(1) Morat et Doyon. — Traité de physiologie, 1900, Vol. IV, p. 139.

quelque mesure spontané, qui mériterait le nom d'*automatisme intrinsèque*.

Ainsi posé, le problème est plus facile à résoudre. Il est bien manifeste, en effet, qu'il ne saurait être question d'exclure purement et simplement l'automatisme extrinsèque, mais il me paraît tout aussi manifeste qu'il faut faire à côté de lui une place au second ; sans aller toutefois jusqu'à établir entre ces deux modalités d'automatisme une différence fondamentale et absolue, puisque : d'une part, le premier ne peut s'établir que sur la base d'une structure préétablie ; d'autre part, le second n'exclut pas la participation éventuelle de réflexes courts intrapariétaux.

Dans cette manière de voir, sous le bénéfice de ces définitions, il reste à se demander quel peut être le domaine propre de chacune de ces modalités d'automatisme. Malgré ce que l'on pourrait en penser au premier abord, la différence ne saurait être trouvée dans l'opposition des rythmes élémentaires et des rythmes de succession ; les uns et les autres peuvent relever également de l'une ou de l'autre des deux modalités. La différence me paraît être ailleurs, entre le mécanisme du *rythme initial de base*, celui que j'ai appelé plus haut le rythme princeps, et celui du *rythme effectif*, plastique et changeant, qui se modifie et se développe au cours même de l'exercice de la fonction.

Il est bien évident qu'il ne peut être question que d'*automatisme réflexe extrinsèque*, aussi bien pour les rythmes de succession que pour les rythmes internes, dès qu'ils tombent sous la dépendance des contingences, des influences extérieures et des adaptations. Toutes ces dernières exercent sans aucun doute leur action à distance, par voie réflexe : elles portent leur influence tout aussi bien sur les rythmes élémentaires que sur les rythmes de succession. Les voies centrifuges ne peuvent être que celles des nerfs qui atteignent les appareils d'exécution, mais les voies centripètes et les centres peuvent être des plus variés.

La solidarité de tous les appareils et de tous les viscères fait que les impressions sensitives, de toutes les origines, peuvent à l'occasion faire sentir leur action sur toutes les fonctions, et, de ce fait même, les centres de réflexion peuvent appartenir à tous les étages du système nerveux, non seulement du système nerveux végétatif, mais même du système nerveux cérébro spinal, comme suffirait déjà à le démontrer à lui seul le rôle perturbateur généralisé des chocs et des émotions. Il ne saurait donc y avoir ici aucune limitation régionale étroite : c'est toujours une question d'espèces, c'est affaire à déterminer, dans chaque cas particulier, la nature, le point d'origine et le champ d'action des influences en cause.

Tout autre est le problème du rythme général de base, du rythme princeps, en tant que ce dernier apparaît ou se produit en dehors de toute influence modificatrice. Nous avons vu plus haut, qu'ainsi défini, il est essentiellement d'origine périphérique et c'est ici qu'apparaît le rôle de l'*automatisme spontané intrinsèque*. Le rythme princeps est dominé par le rythme élémentaire, et il est permis d'affirmer que tous les caractères de ce dernier lui sont imposés par la *structure préétablie de l'appareil d'exécution* dans l'organe même qui en est le siège ; en donnant toutefois à ce terme de structure la compréhension la plus large, s'étendant à toutes les propriétés morphologiques ou humorales des éléments de l'organe. C'est ainsi que, dans le cas particulier du cœur, le rythme élémentaire est dominé par la propriété originelle du myocarde de répondre par des contractions rythmées à toutes les excitations, de quelque nature qu'elles soient.

Dans cette manière de voir les éléments du rythme princeps se constituent progressivement au cours du développement ; ils restent d'abord inactifs et le rythme lui-même reste latent, à la façon d'un mouvement d'horlogerie dont le ressort est tendu mais dont le balancier est immobile, jusqu'à ce que le besoin de son déclanchement se fasse sentir : c'est ainsi que le rythme cardiaque apparaît dès les premières heures de l'incubation, parce que le besoin d'une circulation existe déjà, alors que le rythme respiratoire attend pour la même raison l'entrée dans la vie aérienne. De même que le balancier de la pendule peut être mobilisé par n'importe quelle main et par n'importe quelle secousse, venu le moment du déclanchement du rythme, *ce déclanchement est réalisé par n'importe quelle excitation*. S'il peut être utile de se demander quelles sont les excitations les plus efficaces, il serait vain de rechercher quelles sont celles qui peuvent l'être, car il n'existe sur ce point aucune limitation. Si, par la suite, le rythme vient à s'arrêter par quelque accident, il peut être déclenché de nouveau suivant les mêmes lois, par les moyens les plus variés.

Il est donc vraiment permis de parler, pour le rythme princeps, d'automatisme intrinsèque spontané ; par contre, cet automatisme ne saurait lui conférer qu'une uniformité immuable, qui ne lui permettrait pas de répondre aux nécessités fonctionnelles ; *aussitôt déclenché le rythme tombe sous l'empire des influences réflexes, qui vont l'entretenir, en régler et en modeler les deux phases*, ensemble ou séparément, pour mettre et maintenir la fonction à la hauteur de tous les besoins physiologiques, aussi bien des besoins locaux que des besoins les plus lointains qu'elle peut être appelée à satisfaire.

Cette origine périphérique de l'automatisme intrinsèque initial des rythmes fonctionnels princeps est un nouveau témoignage de l'organisation fédérative, démocratique et décentralisée, du système végétatif, en regard de l'impérialisme unitaire et centralisé du système de la vie de relation ; différence sur laquelle j'ai déjà insisté à diverses reprises dans des travaux antérieurs.

IV.

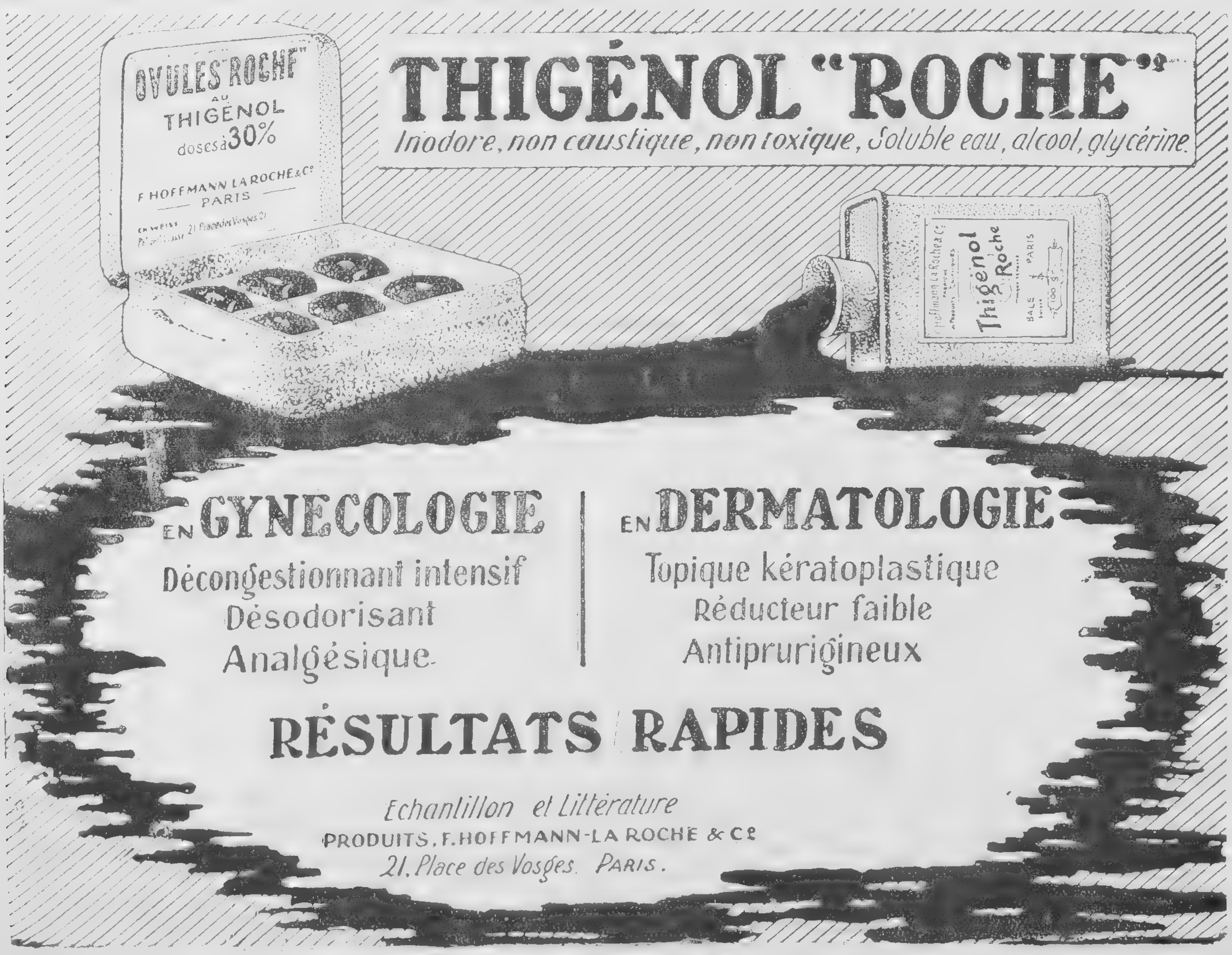
Il resterait à se demander comment des dispositions structurales peuvent être à même de créer des unités aussi déterminées et aussi précises que le sont tous les rythmes élémentaires : il va de soi qu'il ne saurait être question d'une description générale des éléments constitutifs des phases fonctionnelles eux-mêmes, car ici tout est spécifique comme les fonctions auxquelles ils appartiennent, et il va de soi que l'organisme emploie à cet effet des moyens aussi variés que le sont ces fonctions. Il semble permis par contre de déterminer, dans leurs grandes lignes, *les principes qui peuvent être communs aux mécanismes par lesquels s'établissent les rapports des deux phases entre elles*, rapports qui conditionnent le rythme lui-même et qui en constituent à proprement parler le domaine particulier.

On peut dire que *le nœud du problème réside dans les facteurs qui déterminent les deux virages de sens des processus fonctionnels élémentaires, lors du passage d'une phase à l'autre*, puisque ce sont en somme ces virages qui conditionnent le rythme, en substituant une oscillation cadencée à un processus de même sens de caractère rectiligne.

Or ce n'est là qu'un cas particulier de la loi très générale, étendant ses effets bien au delà de la physiologie, qui veut que *toute action appelle une réaction en sens contraire* : les seuils et les mécanismes varient, mais cette loi est la condition même du rétablissement de tous les équilibres, et du maintien de toutes les constantes physiologiques.

Le jeu des réflexes n'est lui-même qu'une application perfectionnée de cette loi : c'est en effet pour en assurer l'exécution que *les mêmes récepteurs périphériques sensitifs sont sensibles aux deux sens de leur excitant particulier*, et qu'ils provoquent des réflexes moteurs dont la direction, fixée par le sens d'action de cet excitant, tend à en corriger les effets et s'inverse automatiquement avec lui. *Le degré d'intensité de l'excitation*, lorsqu'il atteint le seuil de l'excitabilité des récepteurs, *commande le degré d'intensité de l'action réflexe provoquée*, dans la mesure de leur proportionnalité préétablie. *La direction du réflexe est fixée, par*


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
HYPERCHLORHYDRIE
Lab. LICARDY
38, Bd Bourdon, NEUILLY


OVULES "ROCHE"
AU
THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

contre, par le sens de la pente des variations de l'excitant : c'est ainsi, par exemple, que l'élévation de la pression provoque l'effet inverse de son abaissement, la réfrigération l'effet inverse de l'échauffement, etc. ; on comprend aisément qu'il y ait là tous les éléments nécessaires pour assurer le virage des phases aux moments voulus.

C'est dans les fonctions à effets mécaniques, dont l'exécution repose sur des muscles, que le jeu du balancement des réflexes est le plus facile à saisir et que le mécanisme du réglage des rythmes fonctionnels est le plus apparent ; il existe néanmoins au même titre dans les fonctions glandulaires, les réflexes secrétoires remplaçant alors les réflexes moteurs sous les mêmes lois.

Dans les fonctions à base humorale, dans lesquelles l'équilibre mobile porte sur les variations et le rétablissement de constantes chimiques, les *modifications réversives des substances tampons* jouent le rôle que jouent les réflexes correcteurs dans les fonctions mécaniques ou secrétoires ; elles obéissent à la même loi de retour automatique au point de départ.

Par son influence directrice sur les virages des phases, le jeu des réflexes n'exerce pas uniquement le rôle protecteur d'agent correcteur des oscillations en vue de rétablir l'équilibre ; il exerce également celui, plus essentiel encore, d'agent générateur des variations d'intensité et de durée de ces phases, dans les limites de leur zone maniable, pour répondre aux variations des besoins fonctionnels, tant par des efforts transitoires que par des adaptations durables suivant les contingences et suivant les cas. Là encore la fixation du signe des actions réflexes par le sens de la pente des variations de l'excitant, et leur intensité en rapport avec celle de l'excitant, dans certaines limites normales, suffisent à répondre à toutes les nécessités.

Si les lois générales qui président aux mécanismes des rythmes fonctionnels sont simples et peu nombreuses, chacun de ces derniers constitue néanmoins un ensemble complexe sujet à des *dérangements pathologiques*, tant d'origine lésionnelle que d'origine simplement fonctionnelle. Le moment des virages des phases est le point sensible des rythmes ; leurs synchronismes peuvent être compromis, accélérés ou retardés, par les *variations en plus ou en moins de l'excitabilité* des récepteurs, des agents d'exécution et des centres, sans parler de l'intégrité des conducteurs. Leur alternance des phases l'est encore bien davantage par ce que l'on pourrait appeler les erreurs d'aiguillage, c'est-à-dire par le trouble particulier, que j'ai signalé et étudié à plusieurs reprises, qui constitue l'*inversion paradoxale des réflexes directeurs des phases*. Ce trouble, qui porte suivant les cas sur les récepteurs ou sur les centres, consiste dans le fait que les excitations en jeu provoquent des actions réflexes de sens contraire à celui qu'elles devraient produire normalement : par exemple une pression ou une teneur chimique du contenu de l'estomac, qui devrait provoquer par son signe propre une dilatation du pylore, en provoque la contraction : il est aisé de comprendre qu'un trouble pareil des réflexes, qui leur fait bloquer une des phases et exalter les phénomènes qu'ils devraient corriger, porte au plus haut point les désordres pathologiques. C'est pourquoi *le virage des phases* est le point le plus vulnérable des rythmes fonctionnels : il constitue pour toutes les fonctions un *moment critique*, dont j'ai montré le rôle prédominant, en particulier, dans le mécanisme de production de l'emphysème pulmonaire d'origine asthmatique (1), et plus nettement encore dans celui des diverses modalités des arythmies cardiaques (2).

(1) L. BARD. — La pathogénie et les formes cliniques de l'emphysème pulmonaire chronique. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, T. III, n°2, 1928, p. 108-124.

(2) L. BARD. — Du rôle des pressions intra-cardiaques dans le mécanisme du rythme normal et des rythmes extra-systoliques et tachycardiques. *Archives des maladies du cœur*, 1925, p. 689-711.

Du rôle des pressions intra-cardiaques dans le mécanisme des rythmes bradycardiques pathologiques., *Archives des maladies du cœur*, 1926, p. 1-20.

Les variations de poids chez la femme enceinte,

Par **Paul TRILLAT** (de Lyon).

L'étude du poids chez la femme enceinte ne semble pas avoir fait l'objet de recherches systématiques de la part des accoucheurs français. Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons en effet constaté que, malgré l'importance des travaux relatifs à la nutrition chez la femme enceinte, il n'existe aucune étude se rapportant à ce point précis de la physiologie de la gestation.

Depuis plusieurs années, je me suis attaché à réunir un nombre suffisant d'observations cliniques pour avoir les éléments nécessaires à la mise au point de cette question ; les résultats ont été exposés dans la thèse récente de Pons.

La plupart des auteurs décrivent l'embonpoint dû à la gestation, mais sans donner de chiffres précis. — Hippocrate avait signalé que les bêtes deviennent, « à moins de quelque maladis, plus grasses par les mêmes aliments et boissons quand elles sont pleines. Il en est de même de la femme. »

On s'est contenté longtemps de cette affirmation du père de la Médecine et ce n'est qu'en 1862 que Gassner commence l'étude scientifique du poids pendant la grossesse. Ces travaux poursuivis par Hecker, Baum, Zangemeister et, ces derniers temps, par les auteurs américains Davis, Haumale, Kerwin, ont surtout porté sur l'augmentation en poids pendant les trois derniers mois de la gestation.

Nos recherches ont porté sur 1.400 observations dont nous n'avons pu retenir que 350, car nous avons supprimé tous les cas incomplets ou douteux.

Nous avons divisé nos observations en trois groupes correspondant à trois catégories sociales : Maison des Mères ; Hôpital de la Croix-Rousse ; clientèle privée. Les pesées de ces diverses catégories de femmes sont faites dans des conditions différentes. A la Maison des Mères, tous les quinze jours, les femmes sont pesées régulièrement ; il nous a donc été facile de faire pour elles la moyenne des gains pour chacun des mois.

A la Croix-Rousse, au contraire, les femmes ne sont pas pesées à des dates fixes, mais le jour où elles viennent à la consultation ; fort heureusement, ainsi qu'on le leur recommande, elles y viennent, en général, tous les mois, au début, puis tous les huit ou quinze jours à la fin de leur grossesse. Néanmoins, il y a eu de ce fait un certain nombre d'observations qui n'ont pas pu nous servir. D'autre part, un grand nombre de femmes ne viennent qu'une ou deux fois à la consultation, à la fin de leur grossesse ; nous n'avons pas relevé leurs observations.

Les poids provenant de la clientèle privée sont donnés par les femmes elles-mêmes, qui, sur les recommandations qui leur sont faites, se pèsent avant les repas et dans les mêmes conditions au point de vue du poids des vêtements.

Toutes ces femmes, en effet, ont été pesées habillées (après avoir cependant quitté leurs vêtements de ville). Il y a là, évidemment, une cause d'erreur qui cependant est diminuée par ce fait, qu'étant toujours pesées avec des vêtements d'à peu près même poids, les différences que nous recherchons sont peu influencées. D'ailleurs, une différence de quelques centaines de grammes est encore atténuée par ce fait que nos moyennes portent sur un assez grand nombre de cas, et elle n'a aucune importance si on la compare aux chiffres de nos résultats, ceux-ci atteignant une dizaine de kilogrammes.

Les statistiques que nous publions ne comprennent ni les grossesses gémellaires, ni les femmes malades ; ces cas feront l'objet d'une étude spéciale.

STATISTIQUE DE LA MAISON DES MÈRES

En règle générale, les femmes y sont reçues trois mois avant leur accouchement; quelques-unes cependant ont été admises au quatrième ou au cinquième mois de leur grossesse. Ce sont, pour la plupart, des primipares quelquefois très jeunes. Il est évident que les mauvaises conditions matérielles et morales où elles se trouvent avant leur arrivée à la Maison des Mères dimi-

nuent beaucoup leur poids. Au contraire, pendant leur séjour à la Maison des Mères, elles sont au repos et ont une nourriture plus saine et plus abondante ; aussi, nous avons pu constater que la première quinzaine de leur séjour, plus souvent la seconde, est marquée par une augmentation rapide du poids, atteignant, dans un cas, le chiffre de 7 kilogrammes en un mois.

Le plus souvent, cette ascension brusque ne se continue pas et les derniers mois de leur séjour ne montrent que des gains moyens.

Les chiffres suivants proviennent de l'étude de 80 observations. Le gain moyen, pendant toute la durée de la grossesse, a été, dans 67 cas, de 9 kgr. 082.

Le gain maximum observé (21 kgr. 400) concerne une primipare qui pesait 60 kilogrammes avant sa grossesse et 81 kgr. 400 à la fin du neuvième mois.

Une seule femme a perdu du poids. Il s'agit d'une primipare qui pesait 59 kilogrammes avant sa grossesse et pesait 1 kgr. 800 de moins au moment de son accouchement. Aucune maladie n'est signalée sur son observation, et elle accoucha normalement d'un garçon de 3 kgr. 700.

Le tableau suivant montre les moyennes que nous avons obtenues pour chacun des mois.

Nous faisons figurer à côté le nombre des cas qui nous onservi à obtenir ces moyennes ; les deux colonnes suivantes contiennent les poids maxima et minima observés pendant le même mois.

Nous ferons remarquer que ces maxima ou minima sont l'exception, les maxima étant dus à ce que certaines femmes, ainsi que nous l'avons déjà dit, arrivent très amaigries à la Maison des Mères et engraissent rapidement dès le premier mois de leur séjour.

Statistique de la Maison des Mères
(Femmes abandonnées)

Age de la grossesse	Gain moyen par mois Kgr.	Nombre des cas	Maximum observé Kgr.	Minimum observé Kgr.
Fin du 4e à la fin du 5e mois.	1.800	1	0	0
Fin du 5e à la fin du 6e mois.	1.200	8	3	0
Fin du 6e à la fin du 7e mois.	1.400	28	3.100 —	1.400
Fin du 7e à la fin du 8e mois.	1.740	67	7	0
Fin du 8e à la fin du 9e mois.	1.400	73	3.600 —	0.900
Gain moyen pendant la grossesse	9.082	67	21.400 —	1.800

STATISTIQUE DE LA CONSULTATION DES FEMMES ENCEINTES DE LA CROIX-ROUSSE

C'est dans le service de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse que nous avons puisé le plus grand nombre de nos observations. Ce service a organisé une consultation gratuite de femmes enceintes, qui a lieu le mercredi et le vendredi, à 10 heures du matin.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, c'est lors de ces consultations que nos pesées ont été faites.

Situé dans le centre usinier de l'industrie lyonnaise de la soie, ce service reçoit, surtout des ouvrières qui, pour des raisons pécuniaires principalement, viennent accoucher à la Maternité, Toutes ces femmes sont mariées, cependant, les primipares dominent dans nos observations, car, le plus souvent, les multipares, disposant de moins de temps, à cause de leur famille, ne viennent à la consultation qu'au terme de leur grossesse, afin de se faire inscrire pour leur accouchement.

La plupart de ces femmes travaillent à l'usine ou à l'atelier familial pendant presque toute leur grossesse, et sont obligées, par surcroît, de faire le travail de leur intérieur.

En somme, ce sont des ouvrières pour qui la grossesse n'est pas un malheur et qui jouissent chez elles d'une alimentation suffisante.

Dans cette statistique, la recherche du gain total pendant la grossesse nous a donné comme moyenne de 157 cas le chiffre de 9 kgr. 410.

Le plus grand gain (20 kgr. 8) concerne une secondipare de trente-deux ans, qui pesait 53 kilogrammes avant sa grossesse et pesait 73 kgr. 800 à la fin du neuvième mois. Une dystocie légère des épaules est signalée lors de l'accouchement, son enfant, un garçon, pesant 4 kgr. 150.

Deux femmes ont perdu respectivement 1 kgr. 200 et 1 kgr. 100 pendant leur grossesse, sans que ces femmes aientjamais été malades.

Statistique de la consultation des femmes enceintes
de la Croix-Rousse.
(Ouvrières.)

	Gain moyen par mois Kgr.	Nombre des cas	Maximum observé Kgr.	Minimum observé Kgr.
Fin du 3e à la fin du 4e mois.	2.400	4		
Fin du 4e à la fin du 5e mois.	1.740	8	2	1.600
Fin du 5e à la fin du 6e mois.	1.655	23	2.200	0.800
Fin du 6e à la fin du 7e mois.	2	54	4	0
Fin du 7e à la fin du 8e mois.	1.500	118	3.800	— 1.100
Fin du 8e à la fin du 9e mois.	1.225	165	3.600	— 0.500
Gain moyen pendant la grossesse	9.410	157	20.800	— 1.200

STATISTIQUE DE LA CLIENTÈLE PRIVÉE

La différence de vie, une alimentation saine et mieux choisie et surtout le fait que de telles femmes prennent un soin beaucoup plus grand de leur santé et se reposent pendant une bonne partie de leur grossesse, semblaient devoir, de prime abord, influer sur leur poids. Nos résultats confirment ces prévisions.

Cette statistique ne porte que sur un petit nombre de cas, car il est difficile d'obtenir, dans une clientèle privée, un nombre suffisant de pesées pendant le cours d'une grossesse, pour qu'une observation puisse être utilisée.

Par contre, nous avons pu réunir quelques observations où des pesées ont été faites dès les premiers mois de la grossesse, chose impossible à l'hôpital.

La moyenne de gain pendant la grossesse a été de 11 kgr. 680 (28 cas).

Le plus grand gain concerne une primipare qui pesait 60 kilogrammes a udébut de sa grossesse, et 80 kilogrammes au moment de son accouchement. Le gain minimum (8 kgr. 100) est celui d'une primipare qui pesait 54 kilogrammes au début de sa grossesse.

Comme pour nos autres statistiques, nous publions le tableau qui indique quel a été le gain pour chacun des mois. On voit qu'il existe deux maxima très nets : l'un du deuxième au troisième mois, l'autre du sixième au septième mois de la grossesse.

Le premier maximum est facilement expliqué par ce fait qu'une femme, qui a perdu du poids au début de sa grossesse, a bien le droit de revenir très vite à son poids habituel,lorsque les troubles digestifs du début ont disparu. En effet, en nous servant ,dans nos calculs, du poids habituel avant la grossesse, nous avons constaté que le gain total,à la fin du troisième mois, n'est que de 660 grammes (16 cas), et qu'à la fin du deuxième mois, il existe une perte de poids de 1 kgr. 700 (8 cas).

Statistique de la clientèle privée.
(Bourgeoisie aisée.)

	Gain moyen par mois Kgr.	Nombre des cas	Maximum observé Kgr.	Minimum observé Kgr.
A la fin du 1er mois........	1	1		
Fin du 1er à la fin du 2e mois	0.700	8	2	—3.200
Fin du 2e à le fin du 3e mois.	2.360	16	4.800	—1.400
Fin du 3e à la fin du 4e mois.	1.540	18	2.800	—0.500
Fin du 4e à la fin du 5e mois.	1.720	38	3.400	0.700
Fin du 5e à la fin du 6e mois.	1.700	34	3.500	0.700
Fin du 6e à la fin du 7e mois.	2.380	45	4.150	—0.500
Fin du 7e à la fin du 8e mois.	1.800	53	3.200	0.800
Fin du 8e à la fin du 9e mois.	1.880	30	3	—0.900
Gain moyen pendant la grossesse	11.680	28	20	8.100

COURBE MOYENNE DU POIDS PENDANT LA GROSSESSE

Les moyennes de nos statistiques étant un peu différentes

les unes des autres, nous avons cru utile de construire une courbe moyenne de l'augmentation du poids pendant la grossesse.

Cette courbe a été construite de la façon suivante : en abscisses, nous avons porté les mois de la grossesse, et en ordonnées, les chiffres du poids aux divers mois. Le zéro des poids correspond au poids de la femme au début de la grossesse.

Le début de la courbe tracé en pointillés correspond aux moyennes de la statistique de la clientèle privée, qui seule présente des moyennes au début de la grossesse. A partir du quatrième mois, la courbe est tracée en plein et les points qui ont servi à la construire ont été calculés en nous servant des moyennes fournies par chacune de nos statistiques.

Enfin, les chiffres placés le long de la courbe indiquent quel est, au mois correspondant, le gain total depuis le début de la grossesse.

Nous faisons remarquer que cette courbe ne tient pas compte

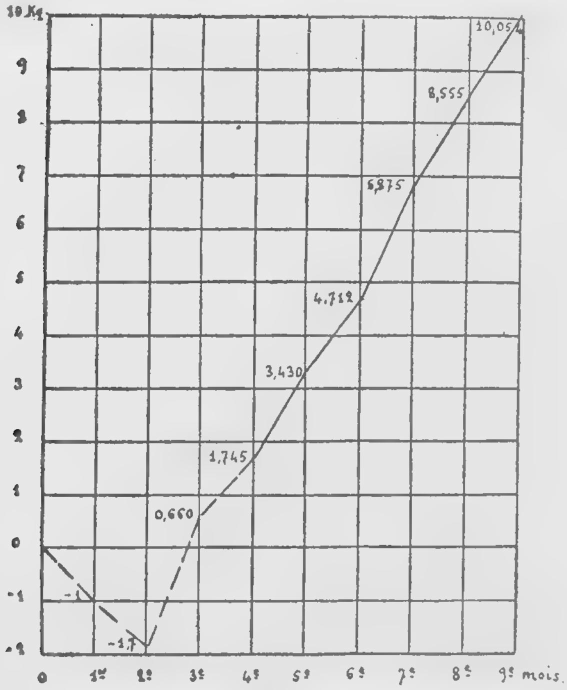


FIG. 9. — Courbe des variations de poids pendant les neuf mois de la gestation.

du poids initial de la femme, mais seulement des différences de poids.

Nous n'avons pas pu faire figurer en même temps les courbes correspondant à chacune de nos statistiques, car ces courbes se chevaucheraient et nuiraient à la clarté du dessin.

FACTEURS DE L'AUGMENTATION DU POIDS

1° *Influence de l'alimentation, du repos et de la position sociale.* — Nos statistiques comprenant des femmes de conditions bien différentes, au point de vue de l'alimentation et du repos, il nous est facile de montrer, par la comparaison des résultats que nous avons obtenus, quelle est l'influence des facteurs alimentation et repos sur l'augmentation du poids pendant la grossesse.

Nos moyennes de gain total, qui sont les suivantes :

Maison des Mères........................	9 kgr. 082
Consultation de la Croix-Rousse..........	9 kgr. 410
Clientèle privée........................	11 kgr. 680

montrent immédiatement que les femmes qui prennent le plus de poids pendant leur grossesse sont celles de la bourgeoisie aisée, c'est-à-dire celles qui sont au repos pendant leur grossesse et qui jouissent de la meilleure alimentation.

La comparaison de ces chiffres montre l'influence énorme des facteurs alimentation et repos. En effet, les femmes de la bourgeoisie aisée accusent un gain de 2 kgr. 270 de plus que les ouvrières, et 2 kgr. 600 de plus que les femmes de Gerland, c'est-à-dire le cinquième environ du gain fait pendant la grossesse.

Les différences entre ces diverses moyennes, qui portent sur un assez grand nombre de cas, sont suffisantes pour que l'on ne puisse attribuer au hasard des séries un rôle aussi important.

Il semble donc que nous ayons le droit de conclure :

Le repos et une bonne alimentation sont des facteurs importants de l'augmentation du poids pendant la grossesse ;

2° *La position sociale exerce une influence très nette sur cette augmentation de poids.*

Influence de la parité. — Cette recherche a porté sur l'ensemble de nos observations que nous avons, dans ce but, divisées en trois catégories : les primipares, les secondipares et les tertipares, enfin les multipares.

Nos résultats ont été les suivants :

Gain moyen des primipares.............	9 kgr. 400, 172 cas
Gain moyen des secondipares et des tertipares	9 kgr. 784, 59 ca
Gain moyen des multipares...........	10 kgr. 410, 21 cas

Nos 172 primipares se répartissent de la façon suivante :

2 primipares ont perdu respectivement 1 kgr. 800 et 1 kgr. 200. 100 primipares ont pris moins de 10 kilogrammes, avec une moyenne de gain de 6 kgr. 884.

Enfin, les 70 autres primipares ont fait un gainde plus des 10 kilogrammes, leur moyenne de gain étant de 13 kgr. 305.

Parmi les 59 secondipares, une femme a perdu 1 kgr. 1 ; 34 ont pris moins de 10 kilogrammes, leur gain moyen étant de 7 kgr. 540 ; les 24 autres femmes ont fait un gian de plus de 10 kilogrammes, avec une moyenne de 13 kgr. 380.

Enfin, sur nos 21 multipares, 11 ont pris moins de 10 kilogrammes, avec une moyenne de gain de 7 kgr. 150 ; les autres ayant un gain moyen de 13 kgr. 990.

Ces chiffres croissant constamment avec la parité, il semble bien que cette dernière exerce une influence sur le poids de la femme enceinte. Mais, *si les différences entre ces chiffres sont suffisantes pour que nous puissions dire qu'une femme fait probablement, pendant sa grossesse, un gain d'autant plus grand qu'elle a eu plus d'enfants, nous ne pouvons cependant en faire une loi, et il se pourrait que d'autres séries de cas donnent un résultat contraire.*

3° *Rapports entre la prise de poids et le poids habituel.* — Nous avons vu que les auteurs admettent généralement que l'augmentation du poids pendant la grossesse est proportionnelle au poids habituel de la femme. Nous avons essayé de rechercher cette influence successivement chez les primipares et chez les multipares, en les groupant en séries, de 40 à 50 kilogrammes, de 50 à 60 kilogrammes, etc.

Les résultats que nous avons obtenus n'ont pour nous aucune signification ; aussi, nous ne les publierons pas. Non seulement les différences entre les diverses moyennes sont faibles, mais il n'y a entre elles aucune progression. Nous signalerons simplement que ce sont les primipares de 40 à 50 kilogrammes et les multipares de 50 à 60 kilogrammes qui ont les plus fortes moyennes de gain pendant la grossesse.

4° *Le poids dans les grossesses gémellaires et dans les cas de gros enfants.* — Nous avons eu l'occasion d'observer le poids dans quatre cas de grossesse gémellaire.

La moyenne d'augmentation du poids pendant la grossesse a été de 11 kgr. 800. L'augmentation pour chacun des mois ne présente rien de particulier ; nous n'avons trouvé que des chiffres moyens.

Influence du poids de la mère sur celui de l'enfant à la naissance. — De nombreux auteurs ont étudié, en France, l'influence de l'alimentation et du repos de la femme enceinte sur le poids de l'enfant à la naissance. Les travaux de M. le prof. Pinard et les thèses de plusieurs de ses élèves ont montré que le repos pendant la gestation assure un poids plus élevé aux nouveau-nés, en grande partie parce qu'il prévient les accouchements prématurés, mais aussi parce qu'il favorise l'emmagasinement des réserves nutritives par la mère. D'après eux, l'alimentation joue également un rôle important.

M. Pinard a formulé à ce sujet la loi suivante : « Meilleures

ont été les conditions hygiéniques, économiques et morales qui ont accompagné la gestation, et plus élevé sera le poids des enfants, toutes autres choses étant égales d'ailleurs. »

Cette loi est un des fondements de la puériculture, et, comme telle, elle s'est imposée à la sollicitude du législateur. De nombreuses dispositions ont été prises, en France, puis à l'étranger, pour assurer le repos et l'assistance aux femmes enceintes (Vignes).

Ces faits sont donc très bien connus ; mais nous croyons que l'on n'a pas recherché s'il existe une relation entre poids du nouveau-né et le gain fait par la mère pendant la grossesse. Il nous a paru intéressant d'envisager la question sous ce nouveau jour.

Dans cette statistique, nous n'avons pas tenu compte des grossesses gémellaires, ni des enfants nés avant terme.

Notre tableau statistique donne, pour chacune de ces catégories, la moyenne du poids des enfants et le nombre des cas qui ont servi à la calculer.

Nous ferons remarquer que la différence de poids de ces enfants est énorme, suivant que leurs mères ont maigri ou ont engraissé de plus de 10 kilogrammes pendant leur grossesse. Cette différence atteint, en effet, 447 grammes chez les primipares et 304 grammes chez les secondipares, ce qui représente à peu près le huitième ou le dixième du poids d'un enfant à terme. Notre petit nombre de cas de multipares ne nous permet pas d'en tirer des conclusions.

En somme, nous pouvons dire qu'en règle générale :

1° *Les femmes qui maigrissent pendant leur grossesse ont les plus petits enfants* ;

2° *Le poids de l'enfant croît proportionnellement au gain réalisé par sa mère pendant la grossesse* ;

3° *Cette influence du poids de la mère sur le poids de l'enfant est importante, chez les primipares surtout.*

Statistique du poids de l'enfant d'après le gain réalisé par la mère pendant la grossesse.

	Gain réalisé pendant la grossesse	Poids moyen des enfants	Nombre des cas
Primipares	de 0 à 6 kgr.	2.948 gr.	28
	de 6 à 10 kgr.	3.131 gr.	52
	plus de 10 kgr.	3.395 gr.	45
Secondipares et tertipares..	de 0 à 6 kgr.	3.185 gr.	9
	de 6 à 10 kgr.	3.380 gr.	24
	plus de 10 kgr.	3.489 gr.	22
Multipares	de 0 à 6 kgr.	3.138 gr.	5
	de 6 à 10 kgr.	3.628 gr.	9
	plus de 10 kgr.	5.620 gr.	6

Le poids dans les cas pathologiques

Cette question très importante donne à la pesée de la femme enceinte toute sa valeur clinique.

Nous n'avons pu réunir à ce sujet que quelques observations, et cette étude demande de nouvelles recherches.

Nous avons à noter le poids dans les cas que nous avons rencontrés le plus fréquemment, c'est-à-dire dans l'albuminurie de la grossesse et dans la grossesse compliquée de tuberculose. A propos de chacune de ces maladies, nous résumerons les travaux montrant la valeur clinique de la pesée chez la femme enceinte.

I. *Le poids dans l'albuminurie de la grossesse.* — Dans nos observations de femmes albuminuriques, l'examen des poids que nous possédons nous a montré que l'augmentation du poids, depuis le début de la grossesse jusqu'au moment de l'apparition de l'albumine, a toujours été très faible ou même négative, et ces femmes, soumises à un régime parfois rigoureux, ont toujours vu leur poids diminuer ou tout au moins ne pas faire son ascension normale.

L'augmentation moyenne du poids pendant toute la grossesse a été de 2 kgr. 750 seulement dans les 7 cas étudiés. La plus forte augmentation observée a été de 8 kgr. 7. La plus grande perte (3 kgr. 8) concerne une primipare qui pesait 71 kilogrammes avant sa grossesse, et 67 kgr. 200 à la fin du neuvième mois. L'albumine a été constatée chez elle au huitième mois, au moment de sa première visite ; elle pesait alors 69 kilogrammes. Cette albuminurie a cédé au régime et n'existait plus le jour de l'accouchement.

Nous signalerons aussi que ces albuminuriques ont eu des enfants ne pesant que 2 kgr. 770 en moyenne .

II. *Le poids dans le cas de tuberculose compliquant la grossesse.* — La moyenne du gain fait pendant la grossesse a été, pour l'ensemble de quatre cas, de 4 kgr. 600. Aucun fait important n'est à signaler dans le gain de chacun des mois, sinon qu'il est en général très faible. Le poids moyen des enfants a été, dans ces quatre cas, de 3 kgr. 165.

Valeur clinique de la pesée systématique de la femme enceinte

L'étude du poids chez la femme enceinte n'a pas seulement pour nous un intérêt général en tant qu'étude de la physiologie de la grossesse.

Nous pensons que la pesée de la femme enceinte, faite systématiquement tous les quinze jours, par exemple, *peut faciliter le travail du clinicien* et lui fournir de précieux renseignements sur l'état général de la femme qu'il va examiner. Connaissant l'allure normale de la courbe du poids chez la femme enceinte, son attention sera attirée par une variation brusque de cette courbe et il sera conduit à en chercher la cause.

D'après les auteurs étrangers, ainsi que nous l'avons déjà dit *l'étude du poids de la femme enceinte est aussi importante que l'analyse des urines et la recherche de la tension artérielle.* Elle fournit au clinicien de précieuses indications sur l'importance d'un régime et le moment où il doit être institué.

Origine de l'augmentation de poids pendant la grossesse

Une partie de cette augmentation est due au fœtus et à ses annexes et à l'hypertrophie de l'utérus. On peut admettre les poids moyens suivants : enfant, 3 kgr. 250 ; placenta, 5 à 600 grammes ; liquide amniotique, 500 grammes ; soit 4 kgr. 250 à 4 kgr. 350 pour le poids total de l'œuf. Il faut ajouter le poids de l'utérus gravide à terme, soit environ 5 kilogrammes.

On peut donc dire que l'augmentation due au fœtus et à ses annexes est de 5 kgr. 300 environ.

Nos chiffres nous ont montré que le gain de poids total est de 10 kilogrammes en moyenne ; nous *pouvons estimer à 5 kilogrammes environ le gain maternel proprement dit.*

Comment expliquer cette augmentation en poids ? Accroissement de la masse sanguine, rétention hydrique, surcharge graisseuse ? La question mériterait une étude approfondie.

Nous croyons, pour notre part, que l'augmentation de la masse sanguine est un facteur important et que l'on peut expliquer ainsi pourquoi les accouchées supportent des exonérations sanguines de 1.000 à 1.200 grammes et même plus sans aucun phénomène de syncope ou de malaise.

La surcharge adipeuse est un autre facteur d'accroissement en poids ; elle disparaît dans les mois qui suivent l'accouchement, surtout dans les cas d'allaitement prolongé.

Toutes ces recherches demandent à être poursuivies; elles sont à la base d'une étude de bio-dynamie gravidique d'un haut intérêt scientifique et pratique.

Bibliographie

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements, Paris, 1909.

Baum. — Diss. München, 1887. Zit. v. Wincèels Handbuch.

Bedu. — Contribution à l'étude de certaines variations du poids et de la longueur du fœtus avant terme (jusqu'au début du 9e mois). Thèse de Paris, 1912.

Benda. — Der Goéichtssturz am Ende der Gravidität. *Zentralbl. f. Geb. u. Gyn.*, 23 avril 1921, p. 560.

Berkowitch. — De l'obésité d'origine génitale chez la femme. Thèse de Paris, 1907-1908.

Davis C.H. — Weightin prognancy, its value as a routine tect. (*Amer. Journal of Obstretica and Gxn.*, année 1923. vol. IV.

BIBLIOGRAPHIE

Monsieur de Voltaire, sa famille et ses amis, par Mme Henriette CELARIÉ. Un volume in-16, de la Collection Ivoire (14,5 × 19,5), avec 8 planches hors texte (Librairie Armand Colin, 103, Boul. Saint-Michel, Paris (Ve), broché : 30 fr.

Voici un livre savoureux et dont Voltaire lui-même eût apprécié la bonne humeur et le délicat enjouement. Madame Henriette Celarié, qui, déjà a fait revivre Madame de Sévigné de façon si charmante, nous fait pénétrer ici dans l'intimité du Roi Voltaire et nous livre les secrets de la séduction qu'il exerça sur ceux mêmes qui ne l'avaient jamais vu.

Comme elle le dit elle-même : « à travers sa correspondance et ses mémoires, c'est lui qu'il faut écouter ». Nous l'écoutons dans ce livre, plus vivant que jamais, avec ses petitesses, ses manies, ses défauts, mais aussi son esprit pétillant et son incontestable grandeur. Autour de lui, nous voyons vivre tous ceux qu'il aima et protégea au cours de sa longue vie, depuis l'espiègle Pimpette, son premier amour, jusqu'à la Marquise du Châtelet, « la moitié de lui-même », sans oublier la petite Corneille qu'il dota ; Belle et Bonne, sa filleule, qu'il maria ; sa nièce, l'encombrante Madame Denis, pour qui il dépensa des trésors d'indulgence : et la foule des ingrats qu'il obligea sans compter.

La plume alerte de Madame Henriette Celarié nous ressuscite en même temps les lieux divers où Voltaire promena son existence errante : Paris, les châteaux dont il fut l'hôte recherché, le Petit Paradis de Cirey, les Délices, Ferney enfin.

Ce livre, écrit par une femme de goût qui possède l'art d'agencer harmonieusement les matières glanées au cours de patientes recherches, nous aidera à mieux comprendre une grande figure, trop souvent faussée par les passions et les injustices.

Huit planches hors texte, dont quelques-unes sont à peu près inconnues, constituent des documents curieux et achèvent de donner au livre une physionomie originale.

Les Argots. Caractères. Evolution. Influence (avec un index), par Albert DAUZAT. Un vol. (12 × 19), broché : 8 fr. Bibliothèque des Chercheurs et des Curieux. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris (Ve). R. C. Seine 76.035.

Dans le présent volume, M. Albert Duzat, bien connu par ses ouvrages de vulgarisation linguistique, a résumé, pour le grand public et pour les chercheurs, ce que nous savons de positif sur les argots : car il y a en France divers argots, dont l'auteur retrace brièvement la genèse. Il montre ensuite comment le vocabulaire argotique s'est formé et renouvelé, sans aucun mystère mais par l'extension de certains procédés normaux ; comment sont nées et sont développées les deformations ; comment s'effectuent et s'accélèrent les changements de sens en raison des facteurs psychologiques et sociaux.

Livre instructif et amusant où l'on trouvera l'histoire de bien des mots curieux. Il complète la série des noms de personnes, des noms de lieux et des patois, du même auteur. Un index de 1500 mots environ termine l'ouvrage.

Collection Shakespeare. Cette précieuse collection publiée par la Société des Belles-Lettres, sous la direction de A. Koszul, vient de s'enrichir de deux volumes : La Tragédie d'Othelio, traduction de Jules Derocquigny. — La vie de Henri V, traduction de Marcel Sallé, chaque volume : 12 fr. Les Belles-Lettres, 95, Boulevard Rapail Paris.



n° 5, pp. 575-507.) — The nourishment of the prognent coman. (*Amer. Journ. of. Obst. and Gyn.* 1919, p. 29.

DEFLANDRE (Mlle). — La fonction adipogénienne du foie dans la série animale. Thèse de la Fac. des sciences de Paris, 1903

GASSNER. — *Monatsschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrankheiten*, 1862, t. XIX, p. 1.

HANNAH C. R. — Weight in pregnancy. *Texas State Journ. med.*, août 1923, t. XIX, n° 4, p. 224.

HANNAH C. R. — Weight in pregnancy eigth observations and statistics. *Amer. Journal of Obst. and Gyn.*, vol. IX, n° 6, juin 1925.

HEIL. — *Arch. f. Gynök.*, 1896, t. LI, p. 18.

HIRSCH. — *Monats. fur Gynök*, octobre 1924, p. 262.

KEMPER. — Die Kopergewichtsverhältnisse während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Arch. f. Gynaek.*, Berlin 1923-1924, et. CXXI, pp. 268-305.

KERWIN MID. — Weight estimates during pregnancy. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, année 1926, vol. XI, n° 4.

KNIPPING. — Stoffwechselfragen und innere Sekretions in und nach der Schwangerschaft. *Arch. f. Gynaek.*, Berlin, 9122-1923, t. CXVI, pp. 520-524.

KRUGER. — Beitr. z. Gob. u. Gyn., 1907, t. XIII, p. 257.

LORENZEN H. — Ueber das Kopergewicht Schwangerer, und den Einfluss der bevorstehenden Geburt auf dasselbe. *Zeitschr. f. Geburt und Gyn.*, 1921, t. LXXXIV, p. 426.

MINEUR. — Contribution à l'étude de la rétention chlorurée chez la femme enceinte. Thèse de Paris, 1920.

MOMM. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1920, p. 233.

MORAT et DOYON. — Traité de physiologie.

MOURIQUAND. — Article obésité. Traité de pathologie médicale, Collection Sergent, t. XXIII, p. 475 et suiv.

NEBEL. — Bestcht ein Gewichtssturz an Ende der Schwangerschaft ? *Med. Klin.*, 1922, t. XVIII, p. 339.

PEREZ et PICO. — La fonction rénale pendant la grossesse. *In* C.R Société de Biologie, 1923, p. 397.

PONS. — Le poids chez la femme enceinte. Th. Lyon. 1926.

PINARD. — Dictionn. de physiologie de Richet. Article Gestation.

SOMBRET. — Documents sur les éléments constitutifs de l'œuf de deux à six mois. Thèse de Paris, 1919.

VIGNES. — Physiologie obstétricale. Paris, 1923, pp. 151 à 172.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, p. 52. Paris. Baillière, 1894.

WIELOCH J. — *Zentralbl. f. Gynæk.*, avril 1924, t. XLVIII, pp. 897-944.

ZANGEMEISTER. — Ueber das Köpergewicht Schwangerer, nebst Bemerkungen über den Hydrops Gravidarum. *Zeischr. f. Geb. u. Gyn.*, 1916, t. LXXVIII, p. 325.

Der Hydrops Gravidarum sein Verlauf und Seine Beziehungen zur Nephropathie und Eklampsis. *Zeitschr. f. Ceb. u. Gyn.*, 1919, t. LXXX p. 491-558.

VARIETES

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

L'amour de la Calotte et la Lune de miel de l'Interne.

Attrait de la vie hospitalière. — Ma promotion. — Un accueil réfrigérant et un collègue mal commode. — La Salpêtrière. Escrime et footing. — Monomanes du suicide. — Les Enfants-Malades. — La gale méconnue.

« Vive la Calotte ! » « A bas la Calotte ! » — Rassurez-vous, lecteurs; ces deux exclamations contradictoires ne sont pas des excitations à la guerre religieuse, qui dégénère toujours en guerre civile. Je suis aussi tolérant que pacifiste et la coiffure dont il s'agit, est celle qui, de mon temps, symbolisait le respectable corps des Internes des hôpitaux. Or un jeune Interne vient de me dire que la mode en était passée et que certains Internes se croiraient ridicules s'ils s'en coiffaient pour suivre la visite. Hélas ! je l'ai tant désirée et tant aimée, quand je la portais, chère calotte de ma jeunesse hospitalière : elle était le plus souvent en velours noir, d'autres la préféraient en drap ou en soie. Mais tous mes collègues ou à peu près la portaient, sauf les jours de migraine ou dans les journées d'été trop chaudes. Du moins était-on certain de la trouver dans leur tablier, plus ou moins graisseuse et parsemée de brins de coton hydrophile, avec le stéthoscope, le marteau à percuter les réflexes, un ruban métrique et parfois une pipe ou un paquet de cigarettes. Quand s'ouvrit l'ère de l'asepsie, la calotte fut remplacée dans les services de chirurgie par le serre-tête de toile lavable et stérilisable complément de la blouse de toile, certainement préférable, aux vieux vestons qu'on affectait dans mes primes années au service hospitalier.

C'est peut-être un enfantillage de ma part, ce regret de la coiffure symbolique. La mode s'établit de renoncer à toute coiffure, même dans la rue, en toute saison ; les chauves finiront par s'y habituer au grand dam des chapeliers. Mais je souhaiterais que la calotte fût du moins conservée *Honoris causâ*, comme le Bâton de Maréchal, qui ne se porte plus guère, et celui de chef d'orchestre, généralement remplacé par un archet dans l'exercice professionnel.

Pour moi, je ne puis me rappeler sans un frémissement joyeux rétrospectif la satisfaction avec laquelle je me suis calotté pour la première fois, avant d'entrer dans *mon* service : ce signe de l'autorité indiquait que le jeune homme qui couvrait ainsi son chef, était réellement le Chef en l'absence du médecin-chef de service. Avoir le droit de rester couvert seul dans les salles, alors que tous les assistants sont têtes nues par respect pour la maladie et la science, être dans son service « comme chez soi », telle a dû être l'origine du droit de porter calotte depuis que l'Internat a été institué.

Qu'on ait renoncé par mesure d'asepsie à notre vieille calotte, si souvent sale, graisseuse ou poussiéreuse, parce que rarement brossée, redoutable nid de microbes, c'était bien. Mais pourquoi ne pas conserver même dans les services de médecine le serre-tête de toile chaque jour stérilisé des chirurgiens ?

Si, malgré mes 28 ans, j'ai éprouvé une joie d'enfant à exhiber l'emblême de l'Internat, c'est que je m'étais fait une très haute idée du rôle de l'Interne, pivot de la vie hospitalière : je ne voulais en abandonner aucune prérogative, étant décidé à en remplir strictement toutes les obligations. Je crois pouvoir me vanter d'avoir été un Interne modèle, un convaincu, n'ayant jamais manqué à monter toutes mes gardes, même dans les petits hôpitaux où le tour de garde revenait tous les quatre ou cinq jours, à faire toujours et consciencieusement la contre-visite, même dans les hôpitaux excentriques, quand il fallait, en ces temps d'omnibus tardigrades, faire un long trajet pour y rentrer à la fin de l'après-midi ; je ne crois pas m'être fait appeler plusieurs fois, ni attendre par les malades ou blessés qui réclament à toute heure de nuit « l'Interne de garde. »

J'ajoute que je n'y avais pas beaucoup de mérite, étant avide de tous les spectacles, de toutes les émotions, de tous les enseignements pratiques que procure la vie hospitalière à ceux qui la vivent réellement dans toute sa plénitude : je ne me suis jamais ennuyé une heure à l'hôpital, j'y ai goûté comme Interne les plus saines satisfactions de ma jeunesse et comme chef de service, plus tard, des consolations aux déboires et aux ennuis de la clientèle.

Au concours de 1880, je n'avais pu obtenir qu'une place de provisoire, n'ayant pas assez approfondi les muscles du voile du palais. Pendant l'année 1881, j'ai appris pourtant beaucoup de choses. J'ai eu d'abord un service.

(1) Voir le n° du 17 novembre.

provisoire lui-même, mais très actif, où sous la direction du plus jeune des médecins du Bureau Central, dans des baraquements de Cochin, Cayla et moi, nous avons ausculté un nombre considérable de tuberculeux et pratiqué énormément d'autopsies, qui nous livraient des trouvailles anatomo-pathologiques. J'ai fait déjà allusion à cette période dans mes Souvenirs (1). — Puis j'ai remplacé mon ami Charrin à la Maternité, dans le service d'Hervieux (Maladies puerpérales). Là je n'avais pour commensal que Berthaut, aimable méridional qui m'entretenait surtout des faits et gestes de son oncle, un général qui fut ministre de la guerre ; mais je pus m'initier à l'obstétrique, à laquelle j'avais dû naguère une humiliation dont j'ai fais plus haut l'aveu (2). — Ensuite j'ai fait un remplacement à Lariboisière dans le service de François Siredey, qui comprenait une salle d'accouchements. (Il n'y avait encore ni accoucheurs ni services spécialisés). Ce séjour trop bref, sous la direction d'un clinicien si perspicace et d'un maître aussi bon que spirituel, me donna le désir d'y revenir et j'eus cette satisfaction deux ans plus tard.

Puis vint le concours et cette fois je triomphai, sans éclat d'ailleurs, nommé 25e sur une promotion de 53 Internes. Le premier, Duflocq, est mort prématurément, quand nous étions tous deux chefs de service à Tenon, et le dernier, Gerasime Phocas, a eu une belle carrière chirurgicale, ayant professé successivement à la Faculté de Lille, puis à Athènes, sa patrie, où il est encore. La moitié au moins de mes collègues de promotion a quitté ce monde. Plusieurs d'entre eux ont conquis la notoriété.

Parmi les médecins Marfan, Léon Perrin, Thoinot, Gilles de la Tourette, ont été professeurs ou agrégés ; Dalché de la Rive, Queyrat, Morel-Lavallée et moi, simples médecins des hôpitaux,

Parmi les chirurgiens, qui sont devenus d'éminents professeurs, j'ai compté deux amis, excellents autant que dissemblables ; un seul me reste : Hartmann, possédé par la passion exclusive de la chirurgie, tantôt éclatant en démonstrations ardentes, tantôt se retranchant derrière le sourire silencieux et narquois du « Bas-de-Cuir » de Fenimore Cooper ; — Auguste Broca, tel que son élève Lenormant l'a peint exactement à la Société de Chirurgie, polyphile, passionné de musique, aimant et détestant sans mesure, polémiste redoutable, se complaisant à draper son solide bon sens sous le clinquant des paradoxes, collaborateur précieux par son sens critique, mais despotique à ses heures. — Beurnier a été chirurgien des hôpitaux. — On n'a pas oublié la carrière bruyante, tour à tour chirurgicale et médicale, de Doyen à Reims, puis à Paris. — Doyen, cerveau en ébullition, inventeur de pinces commodes, puis d'une mycolysine à tout faire, inoculateur de l'érysipèle aux cancéreux, mains habiles, tempérament explosif et poigne redoutable : je l'ai vu dans un banquet étrangler aux trois quarts un photographe, qui avait eu la maladresse de projeter dans son assiette des parcelles de magnésium.

Eugène Revilliod est retourné à Genève. D'autres se sont acquis un renom dans leurs spécialités : Victor Frémont, le premier qui ait réalisé l'isolement de l'estomac chez le chien et mis à la disposition de la thérapeutique un suc gastrique pur (gastérine) ; — R. Durand-Fardel et Jardet, à Vichy ; — Malibran, à Menton, puis à Cauterets. Poupinel s'est fait connaître par l'invention d'un stérilisateur, et Caron de la Carrière, par l'utile création du Voyage annuel aux Eaux minérales (V. E. M).

(1) N° du 14 juillet.
(2) N° du 28 juillet.

Un d'entre nous, Henri Feulard, dermatologiste déjà en vue, bibliophile érudit, fut, avec sa fille, victime de cet incendie du Bazar de la Charité, qui a mis tant de familles en deuil. Son nom a été donné à juste titre à la Bibliothèque de l'Hôpital St-Louis, dont il était le conservateur. Sa mémoire y est conservée aussi grâce à une effigie en bronze offerte par souscription. Feulard était pour moi un ami très cher et sa fin tragique m'avait inspiré pour la plaquette commémorative publiée alors (1899) quelques strophes, dont deux me reviennent en mémoire :

> Tu savais que toujours l'invincible espérance
> De trouver le remède à l'humaine souffrance
> Est le meilleur soutien de nos travaux,
> Que le vrai médecin est celui qui console
> Et que dans bien des cas une douce parole
> Donne un répit à d'incurables maux.
> . . . .
> Les hommes garderont un souvenir fidèle
> A celui qui vécut en serviteur modèle
> De la Science et de l'Humanité,
> Et le Juge céleste a recueilli les âmes
> Du père et de la fille, abîmés dans les flammes
> En confessant ton nom, ô Charité !

***

Cette fin d'année 1881, qui me vit interne titulaire, fut marquée pour moi par deux incidents de nature à peindre certains caractères d'hommes peu sociables.

Ce fut un dimanche matin de décembre que je passai l'épreuve orale ; presque tous les candidats avaient défilé devant le jury et il n'y avait plus guère de places à donner.

« Nerf phrénique, asthme » me valurent « le point » et je ne crois pas avoir eu dans ma carrière une émotion plus agréable, même le jour où je fus nommé, huit ans plus tard, médecin des hôpitaux.

La température extérieure ne correspondait pourtant pas à la chaleur de mes sentiments, car il tombait de la neige à gros flocons et bientôt tout Paris était couvert d'un blanc linceul. L'usage, consacré et peu équitable, de retenir ses places pour les années suivantes aussitôt qu'on était assuré d'être nommé, avait pour résultat de ne laisser à la disposition des candidats nommés dans les dernières séances que les places les moins recherchées. Je n'avais donc pas un jour à perdre pour partir en chasse et, malgré l'intempérie, je m'aventurai vers les hauteurs de Tenon, où l'on me dit que l'un des chefs de service, professeur réputé et savant bactériologue, passait toujours l'après-midi du dimanche dans son laboratoire. J'étais d'ailleurs aiguillé vers Tenon, ayant reçu avis d'aller y faire un remplacement jusqu'à la fin du mois dans le service du chirurgien Delens.

La neige ayant interrompu le service du petit omnibus vieux style (gare Montparnasse-Ménilmontant), seul moyen de communication à la disposition du public à cette époque, je pataugeai une heure dans la neige et j'arrivai là-haut, transi, essouflé, bottines et jambes mouillées.

Ayant frappé discrètement à la porte du laboratoire du professeur S. et ne recevant pas de réponse, j'ouvre l'huis. Un jeune homme s'élance et d'une voix brutale me demande ce que je veux. « Je cherche une place d'interne ! », fis-je timidement. Alors j'aperçois un dos et le derrière d'une tête, penchée sur un microscope. Une voix d'homme impatienté, qui ne daigne pas même se détourner un instant, crie à la cantonade : « Je n'en ai pas ! Fermez donc la porte ». Sur quoi, l'interne G., avec un regard furieux et sans mot dire me reconduit, ne m'of-



Agence à PARIS, 14, rue de Bretagne.

frant même pas de m'asseoir et de me sécher devant le poêle.

Cet accueil fait à un jeune collègue était plus réfrigérant encore que l'air extérieur et je m'en fus déconcerté vers la salle de garde, où j'annonçai aux internes présents que je venais y finir l'année.

« Soyez le bienvenu », me dit l'un d'eux, « mais vous n'aurez pas de chambre : le collègue que vous remplacez, Ch., a un caractère si difficile qu'il n'a pu s'entendre même avec le paisible chef qu'est Delens ; celui-ci ne demande que l'exactitude et Ch. n'a jamais voulu arriver à l'heure. Delens a fini par exiger son remplacement. Mais Ch., qui s'occupe de chimie, a dans sa chambre des appareils auxquels il ne veut pas qu'on touche. Il est parti, emportant sa clef et déclarant qu'il ne céderait pas sa chambre avant le 1er janvier au Provisoire désigné pour le remplacer ».

Ce deuxième échantillon de mauvais caractère ne me faisait pas voir en rose ce remplacement de quelques jours ; mais, fort de mon droit, je fis venir un serrurier et ouvrir la porte de la chambre. J'entassai dans un coin la verrerie du grincheux et m'en retournai au Quartier Latin pour revenir le lendemain matin prendre mon service avant 9 heures. M. Delens me reçut avec bienveillance. C'était un chirurgien peu entreprenant ; pendant les trois semaines que je passai près de lui, je ne lui vis pas faire une vraie opération, ni même prendre un bistouri ; il ne se servait que de ciseaux et de sonde cannelée pour débrider des abcès, prescrivait les pansements et les pulvérisations uniquement avec de l'alcool camphré. Il ne tarda pas à se spécialiser en ophtalmologie.

M. Ch., qui était un braillard sans consistance, jeta feu et flammes en mon absence, et déménagea ses biens meubles sans s'adresser à moi. Mais il était rancunier. Il trouva moyen, plusieurs années après, de me brouiller avec un de mes maîtres par des ragots de portière et mourut peu après.

Quant à G., je ne lui adressai pas une parole. C'était un étrange compagnon de table : il avait des démêlés avec presque tous ses collègues ; un jour il s'assit en plaçant ostensiblement un revolver à côté de son couvert, et disant : « A bon entendeur salut ! » Au cours d'une discussion il saisit l'arme ; le collègue menacé s'élance au dehors, sort en courant de l'hôpital, et fait plusieurs fois le tour du square qui se trouve entre l'hôpital et la mairie du XXe arrondissement, poursuivi par G., revolver au poing. Les collègues suivent à la même allure et finissent par calmer le furieux, qui peut-être au fond était un fumiste. Ce phénomène mal commode, d'ailleurs très instruit et chercheur, aurait pu avoir une carrière brillante ; il fut chargé, je crois, d'une mission pastorienne en Australie, mais revint finir comme praticien de petite ville, victime probablement de son détestable caractère.

***

Le premier semestre de ma première année d'internat se passa à la Salpêtrière dans le service d'épileptiques aliénées, dont le chef était Legrand du Saulle, plus légiste qu'aliéniste ; son service était rapidement fait et il me laissa toute liberté pour profiter de l'enseignement de Charcot, alors à l'apogée de sa gloire. J'ai raconté dans le *Progrès Médical*, en 1922, à l'occasion du cinquantenaire du journal, cette période fort agréable. Qu'il me soit permis d'en rappeler quelques traits caractéristiques.

J'étais si content d'être à la Salpêtrière que j'offris d'assumer le premier jour de garde, proposition acceptée d'enthousiasme par mes collègues, qui s'enfuirent à grands pas vers leurs devoirs mondains ou leurs plaisirs du 1er janvier.

Mais quel début ! La salle de garde semblait un champ de bataille abandonné : la veille au soir les collègues avaient rendu les honneurs suprêmes à l'année expirante en des agapes mouvementées. Les assiettes n'auraient pu servir que de castagnettes à Carmen et les rares chaises qui avaient conservé un dossier étaient amputées d'un ou plusieurs pieds. La cuisinière attachée au service des internes s'était enivrée avec les fonds de bouteilles et, inutilisable, ronflait à l'infirmerie. Fuyant la salle à manger glaciale avec ses carreaux cassés, M. l'interne de garde dut prendre ses repas « Au Pied de Mouton », restaurant sis en face de l'hospice et fort estimé des cochers du voisinage.

Pendant les heures intermédiaires, il eut tout le loisir d'explorer les coins et recoins de « ce grand emporium des misères humaines » (Charcot) et put constater que dans les salles de Reposantes le médicament le plus désiré, malgré la laïcisation, était l'huile de Palma Christi, si bien que plus d'une vieille dame en implorait une double dose pour ses étrennes. Il finit sa journée dans le petit logement carrelé, vétuste et sentant le moisi, où tant de générations d'Internes avaient tour à tour caressé d'ambitieux projets d'avenir ou médité d'extravagantes fumisteries.

Le lendemain, tout l'équipage médical était sur le pont de l'immense nauf hospitalière.

Mon chef direct était un bon géant, — quelque peu acromégalique, aurait dit quatre ans plus tard le doyen de notre salle de garde, qui en 1885 « a trouvé le nom et la chose », si bien qu' « à juste titre les deux termes d'acromégalie et de maladie de Pierre Marie sont devenus synonymes » (Souques).

Son nom n'était qu'en partie descriptif : Legrand du Saulle. Ce géant n'avait rien de pleureur. Au physique, il était souriant et narquois ; au moral, excellent pour son entourage, généreux pour ses élèves, dont il utilisait parfois la collaboration dans les nombreux volumes d'études médico-légales qu'il entassait, ainsi que Pélion sur Ossa, en vue d'escalader l'Olympe académique. Mais le diabète l'emporta avant qu'il pût y atteindre. Fort académisable d'ailleurs, esprit cultivé, écrivain correct, il était fier d'avoir en sa jeunesse silhouetté d'une plume alerte mainte clinique de Trousseau. Son péché mignon était une certaine vanité naïve. Il traitait fort habilement les épileptiques par les bromures, qu'il appelait volontiers la « muselière » de l'épilepsie, sans paraître se souvenir que Locock en était l'inventeur.

Anecdotier intarissable, il était abondant en souvenirs de la Commune, pendant laquelle il n'avait pas quitté son poste de médecin du Dépôt de la préfecture de police. Une de ces anecdotes le montrait sous son triple aspect : brave homme, emphatique et goguenard. Requis au nom du préfet insurrectionnel Raoul Rigault par le directeur improvisé du Dépôt, il répondit d'abord : « Je n'ai d'ordre à recevoir que du préfet de police, qui est à Versailles ; apportez-moi un ordre de lui, j'obéirai ». — « Prenez garde », riposte le fonctionnaire communard, « nous pouvons vous faire fusiller ! » — « Peu m'importe ! ». Mais son interlocuteur change de ton : « Docteur, au nom de l'humanité... » Alors Legrand du Saulle, de sa voix tonitruante et nasale : « Si c'est au nom de l'humanité, je marche ! »

J'assistai à toutes les cliniques de Charcot.

Comment faire revivre le Grand Homme avec des mots, quand dans un tableau célèbre le peintre Brouillet l'a montré au milieu de son état-major sans arriver à rendre l'impression fascinatrice qu'il exerçait sur son entourage ?

Ce profil de médaille au nez impérieux, ce front d'une si belle courbe, aux larges tempes, mis en valeur par les longs cheveux lissés, rejetés en arrière ; sous les sourcils bien fournis, ces yeux clairs, dont le regard froid tantôt semblait perdu dans le rêve et tantôt jaillissait perçant comme pour scruter les plus secrètes pensées de son interlocuteur; cette bouche aux commissures ironiquement relevées, aux lèvres minces, dont l'inférieure s'abaissait un peu dédaigneusement du côté droit, ce menton volontaire, — qui pouvait oublier ces traits où on pouvait lire la méditation scientifique tenace, l'énergie dominatrice et l'enthousiasme artistique ?

La tête, à la fois puissante et fine, détournait l'attention du buste trapu et des jambes un peu grêles, sur lesquelles trottinait au long des salles ou dans les cours de l'hospice le Maître, entraînant ou arrêtant brusquement le flot des auditeurs empressés.

La Salpêtrière était vraiment bien son empire. Ses collègues ne pouvaient être des rivaux. Luys, médecin de l'infirmerie, après des travaux non sans valeur sur l'anatomie de l'encéphale, était moins heureux dans ses révélations sur les étrangetés de l'hystérie et cherchait sans succès à convaincre que les médicaments peuvent agir «à distance» sur des sujets prédisposés. Les aliénistes étaient le « père » Moreau (de Tours), un ancêtre ; A. Voisin, clinicien consciencieux et modeste; Charpentier, médecin adjoint chargé de la consultation, qui dut la vie à l'habitude de porter un plastron de chemise assez extraordinairement empesé pour avoir fait dévier la balle tirée sur lui par un persécuté.

A la Chaire était attaché un chef de clinique, Gilbert Ballet, qui avait terminé son internat chez Charcot par une thèse remarquable sur le faisceau sensitif ; il avait aussi été interne de Legrand du Saulle et a dû peut-être à cette pointe primitive dans le milieu des aliénistes son orientation finale vers l'enseignement de la psychiatrie.

Le chef de Laboratoire était Paul Richer, physionomie si originale d'artiste et de médecin combinés, chez qui l'artiste a fini par l'emporter. Son crayon, d'une élégance qui rappelle Ingres et Puvis de Chavannes, devait fournir l'admirable série d'illustrations aux leçons de son maître sur l'Hystérie, la Médecine dans l'Art, créer l'*Iconographie de la Salpêtrière*, lui valoir, après Mathias Duval, la chaire d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, où pour la première fois (et peut-être cela ne se retrouvera-t-il plus), le professeur possédait avec une égale maîtrise l'anatomie, la physiologie, le dessin et le modelage.

Qui pouvait, même lui, prévoir alors la riche collection de portraits, médailles, bustes et statuettes de célébrités médicales, ses collègues à l'Académie de médecine ? Auteur de belles statues : *Tres in una*, celle de Vulpian et de ces remarquables volumes sur le *Nu dans l'Art*, membre de l'Académie des Beaux-Arts, il aurait le droit de s'enorgueillir, si sa simplicité et sa modestie n'égalaient son rare talent.

Un préparateur était chargé spécialement des autopsies, Charles Féré, dit le Grand Ferré, parce que sa haute stature, sa carrure imposante, éveillaient le souvenir de ce paysan patriote qui, pendant la guerre de Cent Ans, *occit moult Anglois* à coups de maillet ou de fléau.

Ce grand diable (j'entends celui de la Salpêtrière) cachait sous sa rudesse phlegmatique une raillerie narquoise et les assistants ne s'ennuyaient pas quand il découvrait chez Morgagni quelque erreur de diagnostic faite par un des chefs de service, — même le sien.

Auteur d'une excellente anatomie médicale des centres nerveux, il montrait aussi son flair clinique le jour où, croisant mon chef, le voyant marcher lourdement et l'entendant parler avec une langue pâteuse et des lèvres sèches, il lui dit à brûle-pourpoint : « Monsieur Legrand, cherchez donc le sucre dans vos urines. » Et celui-ci de riposter en riant : « J'ai trop peur d'en trouver ; cela m'obligerait à m'en priver et je l'adore ». Le fait est que je n'ai jamais vu aucun conférencier piler autant de morceaux de sucre dans un verre d'eau.

Contrastant avec ce tambour-major de Féré, le cadet de l'entourage du professeur était l'Ancien de notre salle de garde, Pierre Marie, qui réunissait les matériaux de sa thèse sur les tremblements, en attendant de courir sa carrière de dépisteur de maladies nouvelles, l'acromégalie, la spondylose rhizomélique, la dactylite hypertrophiante pneumique, digne épigone de Duchenne (de Boulogne) et de Charcot. Il ne nous apparaissait alors qu'un délicieux collègue, l'œil vif et fureteur, gai, discrètement malicieux, escrimeur très entraîné, comme l'ont appris aux dépens de leurs espaces intercostaux ceux d'entre nous qui échangeaient avec lui des coups de fleuret. Je n'étais pas plus ménagé, bien que je pûsse me prévaloir d'une vieille camaraderie depuis l'époque où, jouissant des privilèges de l'externat au lycée Louis-le Grand, j'importais pour mes condisciples internes du cervelas clandestin et des *Lanternes* d'Henri Rochefort interdites par la police impériale, supplément de nourriture corporelle et spirituelle dont ledit Pierre Marie était particulièrement friand.

Amusant spectacle — qui fut un jour, s'il m'en souvient bien, honoré de la présence de Madame et Mademoiselle Charcot et du futur Commandant du « Pourquoi pas ?» — en face de Marie, ramassé sur lui-même, bien gardé et gouailleur, battant des appels du pied sur la planche, se fendait furieusement de toute la longueur de bras et de jambes immenses, Revilliod (Eugène), citoyen de Genève, féru d'exercices violents, bien qu'il suât si fort que nous l'avions baptisé « la pluie qui marche. » Cet aimable collègue, laborieux et instruit, faisait partie de la belle lignée d'Internes que la Suisse romande a fournie aux hopitaux de Paris, pour nous les reprendre comme les Reverdin, les Martin, les Mayor, ou nous les laisser définitivement à notre grand profit, comme les Déjérine, les Œttinger et J. Darier.

Je n'étais pas une fine lame, mais j'avais les jambes presque aussi longues que celles de mon camarade de promotion Revilliod et des glandes sudoripares plus lentes à s'émouvoir. Aussi réussis-je à le faire quinaud dans un match de vitesse « au pas », de la Salpêtrière aux Buttes-Chaumont, chronométré par des collègues qui suivaient les marcheurs « dans un sapin », véhicule préhistorique dont les générations actuelles n'ont pu qu'entendre parler. Aux frais du vaincu de ce circuit pédestre toute la salle de garde banqueta à l'Enseigne de l'illustre navigateur La Pérouse, qu'on peut voir encore amarré quai des Grands-Augustins, mais qui jouissait alors, au Quartier Latin, d'une gloire plus rayonnante. Quels joyeux compagnons, si peu préoccupés de leurs futures destinées, que Gustave Rivet, réservé, élégant et subtil, qui devait succomber avant la fin de son internat à la diphtérie —. Thoinot, appelé à succéder dans la chaire de médecine légale à son maître Paul Brouardel et dont l'ambition prochaine se bornait à traduire

Byrom-Bramwell, — et Poupinel, qui devait, plus tard, interne de Terrier, devenir successivement le père d'une étuve modèle et le maire modèle d'une commune où il est châtelain.

***

Je fus présenté par Legrand du Saulle à son ami Falret, qui dirigeait, avec Cottard comme adjoint, la maison de santé de Vanves j'y fus invité à dîner un soir qui me réserva une certaine surprise. J'ignorais qu'il était d'usage dans quelques maisons de santé de recevoir à la table du médecin directeur certains pensionnaires en voie de guérison pour les remettre peu à peu en contact avec la société dont ils avaient été isolés pendant plus ou moins longtemps ; on les désignait alors uniquement par leurs prénoms pour laisser les autres invités ignorer à quelles familles ils appartenaient. Je n'avais pas remarqué que mon voisin, auquel j'avais été présenté, était ainsi seulement un Adolphe, mais j'avais été vite conquis par son affabilité, son esprit et sa connaissance du Tout Paris mondain. Au milieu du repas nous étions en parfaite connaissance et la conversation tomba sur une pauvre actrice du Théâtre français, qui s'était suicidée par amour en se tirant un coup de revolver ; c'était un des évènements récents du monde des théâtres, où j'avais beaucoup de relations. Pendant que je discutais le côté psychologique de ce drame hors scène — la pauvre fille s'était tuée dans sa salle de bains, je crois, — mon interlocuteur fit seulement cette réflexion : « Voilà un mode de suicide auquel je n'aurai jamais recours ; c'est trop dégoûtant. Moi je n'ai encore essayé que la strangulation dans les diverses tentatives que j'ai faites. » Cette déclaration imprévue me révéla le côté pathologique de mon aimable voisin et me laissa quelque peu interdit, mais il continua la conversation sur un autre sujet comme si ses paroles ne devaient faire naître aucun étonnement. Après le café on se sépara en se congratulant d'avoir eu le plaisir de faire connaissance et le Dr Cottard, me prenant à part, me dit : « Vous paraissiez bien vous entendre avec M. Adolphe, c'est un homme charmant, mais il était trop gai ce soir. Je vais aller prévenir son infirmier de le surveiller particulièrement cette nuit : c'est souvent après une de ces soirées où il se met en frais de conversation qu'il fait une des tentatives de suicide dont il est coutumier. »

Comme je racontais le lendemain à mon chef cet incident, il s'esclaffa de son gros rire et me dit : « On n'est pas à la noce avec ces monomanes du suicide, quand on est chargé de veiller sur eux. » Heureux comme il était toujours de raconter quelque anecdote, estimant d'ailleurs avec raison que les anecdotes transmises par leurs anciens contribuent beaucoup à la formation professionnelle des futurs médecins, Legrand du Saulle me fit le récit d'un voyage fertile en épisodes émouvants, qu'il avait accompli au début de sa carrière ; il avait été chargé par son chef Esquirol d'accompagner un fils de famille riche, qui avait déjà fait une tentative de suicide et qu'on voulait distraire de ses idées mélancoliques par la vue de pays nouveaux.

Ce mélancolique était d'ailleurs un charmant compagnon et dépensait sans compter, le voyage était donc agréable à certains égards, mais la responsabilité pour le médecin surveillant était lourde. Son chef l'avait bien muni d'un certificat en bonne forme constatant l'état mental du malade, afin de permettre au médecin de trouver en cas d'accident aide et assistance auprès des autorités ou bien pour le mettre à couvert de quelque accusation de meurtre. En outre un domestique vigoureux infirmier professionnel, suivait le malade comme son ombre. Néanmoins un jour vint où ce tiers fut écarté. On était à Pise et au sommet de la fameuse Tour Penchée. Depuis plusieurs semaines que le voyage était commencé, l'humeur du mélancolique était devenue excellente, si bien que ses compagnons n'étaient plus autant en défiance. L'infirmier n'avait pas fait l'ascension et le cicerone seul était avec Legrand et son patient.

Celui-ci s'écrie du ton le plus enjoué « Qu'il serait donc bon de fumer un cigare ici par ce beau temps et devant ce splendide paysage ! Mais j'ai oublié mon porte-cigares. » Puis, se tournant vers le cicerone en lui tendant quelques pièces de monnaie. « Vous seriez bien gentil d'aller nous chercher quelques bons cigares ! » L'italien sans défiance redescend, mais à peine avait-on cessé d'entendre le bruit de ses pas dans l'escalier que Legrand voit son malade se pencher brusquement au-dessus de la balustrade avec une sorte de rictus de satisfaction. Legrand le prend au collet, le malade se dégage rapidement de son paletot ; Legrand le saisit à plein bras, en criant à l'aide. Mon chef à 50 ans était encore une sorte de colosse, à 30 il devait posséder une vigueur peu commune; il réussit à immobiliser son fou, qui rugissait de colère et cherchait non plus à se dégager, mais à l'entraîner avec lui. La lutte aurait peut être tourné au désavantage du médecin, si le cicerone, ayant entendu les cris, n'était remonté précipitamment prêter main forte. Cet épisode mit fin au voyage. « Vous pouvez admettre, disait Legrand, en terminant son récit par son grand rire, que je n'avais pas un poil de sec ! »

J'ai gardé un souvenir ému d'un voyage que je fis en Bretagne pendant mon internat à la Salpêtrière pour diriger le transfert à l'asile de Belle-Isle-Bégard dans les Côtes-du-Nord d'un train de femmes aliénées chroniques. Ces pauvres malades étaient encadrées d'un certain nombre d'infirmières et de surveillantes, dans un wagon de troisième classe réservé, et ce voyage de toute une nuit était pour le personnel comme pour celles qui n'étaient pas démentes une distraction. J'avais une place dans la voiture la plus proche et à chaque arrêt je descendais inspecter la troupe confiée à mes soins. Les cris et les chants, les exclamations bizarres qui s'échappaient de cette voiture attiraient naturellement l'attention des autres voyageurs qui s'attroupaient sur le quai et questionnaient. A part quelques attaques de nerfs, la nuit se passa sans incident. A Lannion des voitures attendaient et toute la troupe s'y empila non sans peine. Enfin à l'asile le directeur me donna récépissé de mes pauvres colis vivants et délirants ; le personnel d'infirmières et surveillantes avait droit à 24 h. de repos et je fus invité à déjeuner par l'aumônier, qui me vanta les qualités d'un vieux cidre en bouteilles cachetées dont s'agrémentait une table copieusement servie. Un vieil officier de la marine retraité était aussi convié. Ces braves gens étaient si aimables et me regalèrent si bien qu'après le déjeuner des vertiges gênants et une terrible colique m'obligèrent à la retraite dans une chambre d'hôtel où je dormis assez longtemps. A mon réveil une véritable tempête régnait sur la côte voisine, et le vieux marin vint me proposer d'aller voir l'aspect de la mer sur les roches pittoresques de Perros-Guirec. Malgré des raffales de pluie et de vent, au bruit des vagues furieuses, nous avons pendant plusieurs heures assisté à un magnifique spectacle, qui ne me permît pas de regretter la fatigue et le rhume dont je le payai.

***

Le second semestre de 1882, je fus interne à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de Jules Simon, réputé surtout pour son habileté en thérapeutique ; il savait varier ses formules et faisait chaque «mé-credi» (il prononçait ainsi) une conférence où se pressaient les étudiants et médecins étrangers, que nous appelions «rastaquouères» ; la plupart recueillaient pieusement les formules compliquées du maître, sans se préoccuper guère de l'examen des enfants et des indications du traitement.

Je publiai bon nombre de conférences de mon chef, qui me témoignait beaucoup de bienveillance et m'entretenait chaque matin des difficultés de la clientèle, en faisant les cent pas de long en large dans la cour, le cigare à la bouche ; — il considérait cette habitude de fumer à jeun comme un très bon moyen de prévenir la constipation. Il avait été long à prendre pied dans sa clientèle riche, soit qu'il n'eût pas trouvé à ses débuts de protecteur pour l'y introduire, soit que ses manières un peu frustes lui eussent nui ; je me souviens de l'avoir entendu raviver avec amertume les déboires de ses débuts, alors qu'il n'était encore appelé qu'à soigner les domestiques de grande maison « par l'escalier de service », voyant certains de ses camarades d'internat entrer chez les patrons «par le grand escalier». Depuis longtemps d'ailleurs, il avait de riches clients ; car il était à peu d'années de sa retraite, mais il souffrait encore d'apprendre que dans des circonstances critiques on lui préférait tel professeur de la Faculté ou tel académicien.

Parmi mes souvenirs de cette salle de garde deux assez piquants me reviennent. Un de nos collègues, qui venait de passer plusieurs mois à l'hôpital St-Louis et faisait volontiers étalage de ses connaissances en dermatologie, se plaignait amèrement d'un eczéma prurigineux et accusait la nourriture de la salle de garde d'être trop « échauffante » : trop de charcuterie, pas assez de légumes. Celui d'entre nous qui remplissait les fonctions d'économe, chargé par conséquent du choix des menus, était assez vexé des récriminations de son eczémateux collègue, lorsqu'un beau jour, ayant examiné avec soin l'eczéma rebelle, il s'écria : «Mais, mon vieux, c'est la gale que tu as ! Ton eczéma est une dermite parasitaire : voilà des sillons très nets, et toi, qui as été interne à St-Louis, tu ne t'en es pas aperçu ? » Hilarité générale et confusion du galeux sans le savoir, qui en effet passa par la frotte et fut bientôt guéri.

J'avais été moi-même dans les premiers jours de mon arrivée victime d'une erreur du même genre, mais plus excusable, car je n'avais pas encore passé par le grand hôpital dermatologique, et je n'avais rencontré au cours de mes études que des cas de gale au début et très simples. Etant de garde, j'avais été appelé à voir un enfant qu'on apportait à l'hôpital dans un état qui me parut aussi extraordinaire que lamentable, le corps couvert des lésions des plus complexes, et je m'empressai de signer son admission d'urgence dans une salle déjà encombrée. J'étais à table, occupé à décrire à mes collègues ce cas, que je considérais comme d'un diagnostic impossible, quand une des religieuses vint et s'écria sur un ton de reproche : « Vraiment ! M. l'Interne, vous auriez bien pu remettre à demain l'admission de cet enfant, son cas pouvait bien attendre un jour de plus, c'est un galeux, qui va donner beaucoup de mal aujourd'hui aux filles de salle et occuper un brancard dans ma salle encombrée. Le chef (c'était le «père Labric», doyen respecté des chefs de service, qui passait pour ne pas être indulgent aux « gaffes» de l'interne de garde) va être furieux et se plaindra au directeur ! » Hilarité de mes collègues en voyant mon air d'humiliation et indignation de l'Interne de Labric qui me dit : « Tu sais, mon vieux ! Le chef va te faire appeler demain et tu recevras un « poil ! » En attendant tu vas payer une « manifestation ». Econome, une bouteille de Kummel aux frais du collègue pour le cas rare qu'il a découvert ! » On appelait «manifester », offrir un extra à ses collègues, quand on avait remporté quelque succès flatteur, ou commis quelque bourde de grandeur exceptionnelle.

Ce semestre me permit d'apprendre à faire les trachéotomies convenablement. Il n'y avait pas de moniteur, les anciens dressaient les nouveau venus. Quand tous étaient novices, la vieille religieuse qui dirigeait le pavillon des diphtériques était le meilleur des moniteurs. On ne pratiquait pas le tubage, proposé jadis par Bouchut et oublié. Plus tard seulement l'intubation d'Odwyer nous vint d'Amérique. — Outre les trachéotomies contre le croup, j'en fis une qui me réservait une surprise : un enfant fut apporté cyanosé et suffocant ; il avait été recueilli dans la rue et était incapable de donner aucune explication, mais le tirage était au maximum. A peine la trachée ouverte et le dilatateur en place, une violente secousse de toux projeta au milieu de spume sanglante un fragmen de tube de verre, qui, après enquête, fut caractérisé comme ayant contenu des bonbons granulés vendus par un épicier du voisinage. L'enfant l'ayant mis dans sa bouche en entier pour en aspirer le contenu, le contenant avait suivi et s'était engagé à travers la glotte, en se brisant. Le soulagement fut rapide ; malheureusement des fragments de verre et des granules roses avaient été entraînés dans des bronches fines, ainsi que l'autopsie le montra consécutivement à une broncho-pneumonie.

Mon passage à l'hôpital des Enfants développa chez moi un goût très vif pour la pédiatrie, qui me ramena plus tard rue de Sèvres comme l'un des chefs de clinique de Grancher et orienta vers cette spécialité une partie de ma carrière.

Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1928.

Rupture du ménisque interne. — MM. *Welti* et *Arviset*. M. *Mouchet*, rapporteur. — Il s'agit d'un malade atteint d'une rupture méniscale avec blocage irréductible du genou que les auteurs ont été obligés d'opérer d'urgence. Le ménisque était fissuré en « anse de seau » coincée dans l'échancrure intercondylienne. Guérison.

Maladie de Little traitée par l'opération de Fürster. — M. *Yatchitch* (de Belgrade). — M. *Sorrel*, rapporteur. Section des 3e et 5e racines lombaires et 1re et 2e racines sacrées. Résultats excellents ; disparition immédiate de la contracture, qui persiste encore deux ans après.

Cette observation est intéressante, car les opérations de Fürster sont rares. M. Cunéo, en 1912 préconisait plutôt l'opération de Van Gehuchten (radiculotomie). A l'heure actuelle, ces interventions ont été remplacées par l'opération de Stöffel qui consiste à sectionner quelques filets des nerfs moteurs des muscles contracturés, et par des interventions sur le sympathique. L'opération de Royle, ou ramisection a été étudiée en France par M. Leriche. On la réalise à la région lombaire ou à la région cervicale. Mais à l'heure actuelle, on revient aux opérations purement orthopédiques, combinées ou non à l'opération de Stoffel.

M. *De Martel* dit que l'opération de Förster est une excellente opération.

M. *Mathieu* a exécuté récemment quelques opérations de Stöffel. C'est une opération très simple qui donne des améliorations considérables. Mais ce n'est là qu'une partie des opérations orthopédiques qu'il faut faire chez ces malades.

Occlusions intestinales par diverticule de Meckel. — M. *Bloch*. Rapport de M. *Cunéo*. — Ce sont deux observations où l'occlusion était réalisée par une mésentérite rétractile autour d'un diverticule. L'auteur a fait sur les deux cas une anastomose entre l'intestin dilaté et le bout distal du diverticule de Meckel. Les deux malades ont guéri.

M. *Lecène* croit que cette technique laisse subsister un organe qui est très souvent pathologique.

M. *de Martel* est du même avis.

M. *Ombrédanne* préfère réséquer le diverticule.

Cancer de la langue. — M. *Roux-Berger* conclut la discussion du cancer. La biopsie, a dit M. Moure, est peut-être grave; or, à la fondation Curie, on a fait plus de 800 biopsies sur des cancers de la langue sans accidents. M. Roux-Berger, de plus, est partisan de la radiumpuncture de la langue avant le traitement ganglionnaire, malgré l'augmentation de volume des ganglions qu'on voit souvent après la radiumpuncture. Enfin faut-il faire une cure ganglionnaire uni- ou bilatérale ? Ceci a été très discuté; mais si la règle théorique communément admise est le curage bilatéral, il semble que la plupart des chirurgiens ne le font pas. L'auteur est d'avis que l'opération bilatérale n'est indiquée que dans les cancers ayant atteint la pente pharyngée ou la ligne médiane.

M. *Sébileau* est partisan de plus en plus de l'adénectomie unilatérale ; car la bilatéralité aggrave l'opération et celle-ci n'est jamais anatomiquement complète.

M. *Cunéo* considère qu'une faute extrêmement grave consiste à traiter les ganglions avant la lésion locale.

M. *Lenormant* est partisan de la biopsie, mais large sur les petites lésions.

Séance du 21 novembre 1928.

Fracture du cotyle. — M. *Mocquot*. — Il s'agit d'un garçon de 17 ans qui tomba d'une hauteur de huit mètres environ. La tête fémorale était complètement engagée dans le bassin et coiffée de deux fragments osseux. Sous anesthésie générale, on tente la réduction. Des tractions en différentes directions arrivent à réduire la fracture, mais le déplacement se reproduisait, sauf en flexion, abduction et rotation interne ; on fit un plâtre dans cette position. La tête reprend sa position anormale. On refait la même réduction quelques jours plus tard ; et on pose un plâtre nouveau, tout en pratiquant une traction par un fil de bronze passé dans le grand trochanter. Ceci ne fut pas encore suffisant et une ankylose de la hanche se constitua progressivement. A l'heure actuelle, il existe quelques petits mouvements avec gros craquements, et il semble que la tête s'est encore engagée davantage dans la cavité pelvienne.

M. *Basset* insiste sur le fait qu'il n'y a pas d'irradiation en dehors du cotyle, comme il y en a d'habitude.

M. *Lanz* dit que M. Putti a déjà passé deux fois une broche antéro-postérieure dans le grand trochanter.

M. *Brin* (d'Angers) dans un cas analogue, a simplement appliqué une extension continue ; et le malade marche assez bien.

Opération de Stöffel. — M. *Mauclaire* a pratiqué deux fois cette opération dans la maladie de Little. La première fois, il a fait l'opération type, la neurectomie partielle tronculaire sur le sciatique poplité interne. Sur le deuxième malade, il a pratiqué la section totale du nerf obturateur à sa sortie du trou obturateur. D'ailleurs, il faut toujours compléter par des interventions orthopédiques.

Traumatismes craniens. — MM. *Fontaine* et *Girardin* (de Strasbourg). Rapport de M. *Lecène*. — La première observation a trait à un blessé ayant un enfoncement du frontal et du massif facial. Progressivement, le malade entre dans le coma. 20 heures après l'accident, il y a une hémiplégie droite. Intervention à gauche ; dure-mère très tendue qu'ils incisent, sans rien trouver. Fermeture. Aucune amélioration ; le septième jour ascension à 41° et mort. A l'autopsie, contusions superficielles cérébrales diffuses ; dans la protubérance, hématome surtout important à gauche, sous l'aqueduc de Sylvius.

Le deuxième malade présente à la suite d'un traumatisme, un écoulement sanglant par l'oreille droite, et un enfoncement du frontal gauche. Liquide céphalo-rachidien sanglant. Le huitième jour, on craint l'évolution d'une méningite à cause de la température. A la ponction lombaire, liquide trouble xanthochromique. Pas de microbes et cultures stériles. Peu à peu, guérison rapide. Il s'agit donc d'une réaction méningée aseptique.

Cloisonnement transversal du vagin. — M. *Guillemin*. — M. *Lecène*, rapporteur. — Dans le premier cas, il s'agit d'un hématocolpos survenu chez une femme jeune de 20 ans. Débridement de l'hymen ; ponction au bistouri qui permet l'évacuation d'un litre de sang. Guérison. La deuxième malade était inquiète de ne pas avoir d'enfant ; il y avait une cloison vaginale perforée. Section et dilatation aux bougies. Guérison. La troisième observation concerne une malade analogue chez qui la résection du diaphragme permit une grossesse ultérieure.

Apicolyse. — M. *Lauwers* (de Courtrai). — M. *Proust*, rapporteur. — L'auteur apporte deux cas d'apicolyse réalisés dans la tuberculose pulmonaire. Il a pratiqué une résection très étendue de la première côte, par une incision parallèle et sus-jacente à la clavicule, réséqué ou non, le nerf phrénique, sectionne le scalène antérieur et extirpe la plus grande longueur de la côte. Il faut, bien entendu, sectionner l'appareil suspenseur de la plèvre, mais sans faire de compression extra-pleurale.

Gangrène pulmonaire. — M. *Baumgartner* apporte deux cas de gangrène pulmonaire massive avec un foyer de nécrose net qu'il a guéris par pneumotomie.

Une malade, à la suite d'une appendicite à froid, entre à l'hôpital pour gangrène pulmonaire, un mois après. On essaya un pneumothorax sans résultat. Température à grandes oscillations, diarrhée, évacuation de 500 grammes par jour de pus fétide. La radio montré des adhérences de la partie moyenne du poumon. Premier temps : brèche thoracique avec résection des 4e et 5e côtes sur dix centimètres de long. Deuxième temps, incision de la plèvre. Suture du poumon à la paroi. Troisième temps, cinq jours après : pneumotomie au thermo-cautère. Incision le troisième jour : épanchement pleural, thoracotomie à la base du poumon. Deux mois après une hématurie et une petite rétention pleurale. Il existait alors une petite broncho-cutanée qui se ferma toute seule.

La deuxième observation a trait à un homme qui à la suite d'une fracture de côtes présente une gangrène pulmonaire. Même intervention en trois temps.

Le moment de l'opération est très difficile à préciser, car il faut intervenir ni trop tôt, ni trop tard, quand la lésion est bien localisée et avant la dissémination.

Seule la pneumothomie est logique ; malheureusement, elle est toujours grave. M. Baumgartner insiste sur l'emploi de plusieurs temps et sur la position assise qui évite l'inondation des bronches du côté sain.

M. *Grégoire* insiste sur le danger de la pneumotomie. Un malade est mort quinze jours après l'opération d'une hémorragie secondaire. Une autre est morte six jours après l'opération aussi d'une hémorragie secondaire.

M. *Roux-Berger* dit qu'il est toujours embarrassé pour savoir, avant l'intervention, quelle est la lésion anatomique ; une fois il a trouvé du pus à quelques centimètres de la corticalité ; une autre fois, avec le même aspect radiologique, il a trouvé un tissu pulmonaire très dur sans pus et malgré le drainage, le malade est mort.

M. R.-B. est d'avis que l'opération en plusieurs temps permet de diminuer la vulnérabilité des tissus.

M. *Sébileau* insiste sur la difficulté du diagnostic anatomique. A la suite d'une sinusite maxillaire, une jeune femme fût prise d'un point de côté brutal. Pendant trois semaines

environ, il fut impossible de savoir l'état anatomique. La malade n'a pas été opérée et M. S. ignore son état actuel.

Courbure congénitale des os. — M. *Mathieu* présente à la Société un malade, qui a présenté une fracture spontanée avec pseurdarthrose.

G. MÉNÉGAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre 1928.

A propos du traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — MM. *E. Lesné, Robert Clément* et *S. Simon* rapportent leurs résultats sur le traitement du rachitisme par les stérols irradiés et comparent cette action à celle de l'actinothérapie et de l'huile de foie de morue au point de vue clinique et expérimental.

Les stérols irradiés à dose infime empêchent le développement du rachitisme expérimental. Des nourrissons atteints de rachitisme évolutif sont guéris en un mois environ comme le montrent des radiographies du carpe, avec les doses quotidiennes de 1 à 4 milligr. d'ergostérol correspondant au moins à 100 unités physiologiques. L'efficacité de la médication dépend de facteurs multiples : âge de l'enfant, milieu dans lequel il vit, régime auquel il est soumis, ancienneté du rachitisme. Mais pas plus que les autres médications, les stérols n'améliorent les lésions osseuses du rachitisme fixé.

Les substances irradiées perdent leur activité en trois mois environ, aussi la date de l'irradiation doit elle être inscrite sur l'enveloppe du produit ainsi que le dosage en unités physiologique.

L'actinothérapie a d'autres avantages : elle est eutrophique, combat l'hypotomie musculaire, améliore l'anémie et stimule l'appétit.

Quant à l'huile de foie de morue, à la condition qu'elle soit de bonne qualité, à côté de sa teneur en facteur D. qui peut atteindre jusqu'à 90 unités physiologiques au cent. cube, elle est riche en facteurs de croissance, en graisses assimilables et en autres produits utiles à la nutrition.

Il n'est donc pas de médication unique convenant à tous les rachitiques et les différents traitements ont leurs indications.

M. *Flandin* signale que l'ergostérine irradiée agit surtout sur le rachitisme tandis que la cholestérine irradiée à un pouvoir direct sur la croissance et une action antitoxique. Il y aurait donc intérêt à employer un mélange d'ergostérine et de cholestérine.

Déformations osseuses du type particulier. — MM. *Babonneix* et *Lonjumeau* présentent une jeune femme de trente ans chez laquelle, à la suite de fractures presque spontanées des cuisses, sont survenues de singulières déformations osseuses, portant sur les membres inférieurs, tassés, raccourcis, et dont le raccourcissement contraste avec l'aspect normal des membres supérieurs ; les jambes sont convexes en avant et un peu en dedans. La colonne vertébrale est également tassée, le thorax globuleux, le crâne aplati dans le sens antéro-postérieur. La santé générale est excellente, et les troubles fonctionnels réduits au minimum. Les auteurs discutent la nature de ces déformations, pour se demander avec réserves, conformément à l'avis de M. Sicard, et bien qu'il n'y ait ni troubles auditifs, ni sclérotiques bleues, s'il ne s'agirait pas d'une affection apparentée à la maladie de Lobstein. En tout cas, les radiographies montrent un enroulement singulier des péronés autour des tibias.

Forme cachectique terminale de l'hypertension artérielle. — M. *C. Lian* rappelle qu'en 1924 avec le Dr Finot, dans la première édition de leur ouvrage sur l'hypertension artérielle, il a montré qu'aux trois modes évolutifs terminaux bien connus l'hémorragie cérébrale, l'insuffisance cardiaque, l'inffisance rénale, il y avait lieu d'en ajouter un quatrième, la cachexie.

Il est heureux de voir ses remarques cliniques confirmées et développées par son collègue et ami le Dr Dumas (de Lyon).

Toutefois il ne se range pas à l'opinion pathogénique de M. Dumas pour qui la diminution de la pression artérielle cause la cachexie. C. Lian conserve son interprétation de 1924. Il pense qu'un trouble profond de la nutrition provoque l'affaiblissement graduel des malades et enfin la cachexie. La diminution progressive de la pression artérielle est une des manifestations de l'affaiblissement global de l'organisme.

Quoi qu'il en soit de cette discussion pathogénique, les faits cliniques qui l'ont motivée méritent d'être mis en relief. Comme Lian et Finot l'ont montré en 1924, comme Dumas vient de le confirmer, l'hypertension artérielle peut aboutir à la cachexie sans que n'interviennent ni l'âge avancé, ni l'insuffisance cardiaque, ni l'insuffisance rénale, ni l'artério-sclérose. La cachexie est donc un des modes évolutifs terminaux de l'hypertension artérielle.

Ectasie aortique siégeant dans l'oreillette droite. — M. *Lœderich* présente le cœur d'un malade ayant présenté les signes d'une insuffisance cardiaque irréductible avec double souffle de la base et souffle systolique mitral. A l'autopsie il n'existait aucune lésion apparente de l'aorte et de la mitrale, mais dans l'oreillette droite une ectasie aortique au niveau du sinus de Valsalva postérieur.

Un cas de paralysie complète dans les deux sens des mouvements de latéralité des yeux. — MM. *Dupuy-Dutemps, Laignel-Lavastine et Henri Desaille* présentent une jeune femme qui fut atteinte d'une paralysie du moteur oculaire externe gauche, puis d'une paralysie faciale périphérique gauche. Enfin se constitua une paralysie de fonction d'une pureté schématique ; les mouvements de latéralité des yeux vers la droite ou vers la gauche sont absolument impossibles. Au contraire les mouvements de convergence et les mouvements de verticalité sont normaux. Les mouvements automatico réflexes horizontaux semblent supprimés. Les auteurs pensent à une lésion protubérantielle bilatérale, ayant débuté à gauche et envahissant les deux bandelettes longitudinales postérieures. Le pronostic est sévère en raison de la progression rapide de cette lésion inflammatoire ou néoplasique.

Hémorragie méningée au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. MM. *Plazy et Marçon* (de Toulon).

A propos d'un cas de cholestéatome de la base du cerveau à symptomatologie de tumeur ponto-cérébelleuse. — MM. *Langeron et Le Grand* (de Lille).

Etude d'un cas de néphrose lipoïdique. — MM. *Marcel Labbé, Nepveux et Gilbert Dreyfus.*

Sur un cas de spondylose rhizomélique. — M. *Gaston Laurès* (de Toulon) rapporte un cas de spondylose rhizomélique évoluant depuis plus de 30 ans et tendant à l'ankylose totale du squelette.

Il discute le diagnostic différentiel clinique et la difficulté d'assigner à ce cas une étiologie nette.

Les radiographies en série lui ont permis, par contre, de préciser qu'il s'agit d'une ligamentite pure de lésions osseuses antécédentes.

Stade préleucémique de la leucémie lymphoïde. — MM. *Aubertin et Poumailloux* rapportent l'observation d'un malade qui pendant plusieurs mois présenta le syndrome de la lymphodermie aleucémique avec leucocytose à 14.000 et formule leucocytaire normale ; la biopsie montra qu'il s'agissait de lymphométhose typique. Quelques mois après, le malade rentra dans le service avec les ganglions plus volumineux et une rate augmentée de volume. Cette fois-ci, il avait 70.000 leucocytes et une formule typique de leucémie lymphoïde chronique à lymphocytes. Cet exemple montre que la « leucémie lymphoïde » passe par un stade aleucémique pur, exceptionnellement observée, dans lequel la maladie a tous caractères hématologiques et anatomiques de la lymphomatose aleucémique.

René GIROUX.

GLANURES

Apologie pour la science. — Les Editions Doin publient une nouvelle collection : la *Collection des Apologies*, dont le premier volume vient de paraître. C'est une **Apologie de la Biologie**, dont le professeur Charles Richet a su faire la plus captivante, en même temps que la plus instructive initiation aux sciences biologiques.

En manière de préface à la collection, M. Charles Richet a formulé l'apologie de la science en général, en quelques pages que les lecteurs nous sauront gré d'avoir reproduites :

« Il peut paraître tout d'abord inutile qu'on fasse l'apologie de la science, tant la prépondérance de la science dans toutes les choses humaines est éclatante.

Mais non ! ce n'est pas inutile, car même ceux qui la vantent et qui l'honorent ajoutent à leur respect et à leur admiration certaines réserves qui me paraissent injustifiées.

Nous vivons, pauvre êtres humains, au milieu de mondes que nous connaissons à peine. En outre, nous avons autour de nous des ennemis acharnés. Je ne parle pas de l'ennemi humain. Celui-là est quelquefois bien cruel et bien stupide, et l'humanité est assez inepte pour s'entremordre et pour nourrir des haines nationales dites saintes. Je ne parle pas non plus des ennemis qui sont en nous : nos passions, nos vices, nos alcoolismes, nos erreurs obstinées. Hélas ! la pauvre science ne peut guère agir ni contre les guerres, ni contre les vices.

Il y a d'autres ennemis. Ceux-là sont innombrables : les météores, les incendies, les inondations, les maladies ; Les maladies surtout ! Eh bien ! un raisonnement simple fera comprendre, même à un enfant, que pour combattre efficacement ces multiples et redoutables fléaux, il faut d'abord les connaître. On ne peut lutter contre un adversaire masqué. Or la science ôte le masque, ou du moins s'efforce de l'ôter.

Le science fait beaucoup plus encore ; elle permet à l'homme, si chétif, si misérable dans l'immense Nature, d'être le maître de la matière ; par exemple de forcer les cours d'eau à nous donner l'électricité et la lumière. Elle permet surtout de diminuer le plus grand obstacle à l'expansion humaine, à savoir la distance. Grâce au télégraphe, au téléphone, aux ondes hertziennes, quel que soit l'espace qui les sépare, les hommes peuvent converser entre eux,

On franchit l'Atlantique en moins de quarante-huit heures, grâce aux avions.

La science réalise le moindre effort. Quel bienfait incomparable ! L'effort, c'est le travail, la peine, la douleur. Par la science, l'effort est diminué. D'immenses usines sont dirigées automatiquement par un ingénieur qui dans son cabinet actionne des manettes et obtient ainsi tout seul, par simple attouchement, des mouvements qui nécessiteraient des centaines d'ouvriers.

Mais la science va bien plus loin. Nous sommes entourés d'ombre et cette ambiance ténébreuse au sein de laquelle nous nous débattons a quelque chose d'effarant. C'est une vraie douleur intellectuelle que de ne pas comprendre. Alors par un retour, c'est une grande joie intellectuelle que de pénétrer des mystères qui flottent autour de nous. Quelle joie, par exemple, de pouvoir parler de la discontinuité de la matière, de saisir la nature de l'atome, un électron positif autour duquel des électrons négatifs décrivent leurs orbites. Quelle orgueilleuse satisfaction à pouvoir montrer ces atomes ; des millions de milliards dans un milligramme d'hydrogène, et de pouvoir parler de la vitesse avec laquelle se déplacent ces petits corps planétaires autour du proton central.

Nous sommes bien petits au sein du Cosmos immense ; mais nous nous sentons aussi agrandis dans notre intelligence quand nous percevons par le télescope ces *univers îles*, ces pâles nébuleuses dont chacune est une voie lactée à des milliers d'années-lumière de distance et quand nous pénétrons la composition chimique de ces astres prodigieux.

La diminution de l'effort, la conquête de la matière, la connaissance de la vérité incluse dans les choses, voilà ce que nous a donné la science. Elle a donc rendu les hommes plus heureux, quoi qu'en disent les pessimistes.

Ayons alors le courage de proclamer cette banalité, que l'avenir de l'humanité dépend des progrès de la science. Tant pis pour les sociétés qui n'auront pas compris leur grand devoir ; protéger la science, c'est-à-dire les savants, leur donner les moyens de travail nécessaires, car chaque vérité nouvelle entraîne aussitôt une amélioration dans la destinée de l'homme, une diminution de ses misères. Certes, par la science, nous ne serons pas des Dieux, mais il y aura moins d'efforts, moins de souffrances, moins de larmes.

La Science est la reine du monde. Surtout ! oh oui, surtout ! elle contient dans son sein fécond des découvertes grandioses que nous ne soupçonnons pas. En 1870, on n'avait pressenti ni le téléphone, ni la T. S. F., ni la radio-activité, ni la puissance formidable des microbes, ni l'aviation. Alors pourquoi ne pas espérer que, dans soixante ans, le génie humain aura réalisé des conquêtes aussi importantes ? Nous ne pouvons pas dire lesquelles assurément, car le caractère merveilleux de la science, c'est qu'elle nous apporte l'*imprévu*. Elle nous ouvre des horizons que nos regards aveuglés par la routine ne pouvaient deviner.

Et elle marche très vite, cette science, en progression géométrique. D'Hésiode à Léonard de Vinci, 3.000 ans — de Léonard de Vinci à Franklin, 300 ans — de Franklin à Pasteur, 100 ans — de Pasteur à aujourd'hui, 60 ans.

Pourtant l'humanité est bien jeune encore, de sorte que nous lui accordons quelques milliers d'années (ou de siècles) pour qu'elle continue sa course, nous pouvons concevoir au progrès de la science une courbe qui atteindra des hauteurs prodigieuses. A moins qu'on ne suppose, ce qui est énormément

absurde, que nous avons fait à peu près toutes les découvertes qui étaient à faire et qu'il n'y a plus que d'insignifiants détails à ajouter aux traités classiques d'aujourd'hui.

A vrai dire, quelle que soit la haute opinion qu'on se fasse de la science, on sera toujours bien au-dessous de l'admiration qu'il convient de lui accorder et des espérances vastes qu'on peut fonder sur elle. »

Pour les Petits. Le Professeur Charles Richet vient également de publier une nouvelle édition de ces délicieuses fables qu'il avait intitulées : **Pour les Petits.** Cette nouvelle édition (Peyronnet, éditeur) a été illustrée par Marius Chambon et augmentée d'une douzaine de fables inédites dont voici la dernière :

LES LARMES DU CROCODILE

Sur le sable brûlant d'une africaine plage
Un Crocodile emplissait le rivage
De ses plaintifs gémissements
Et même on voyait, par moments,
Tomber en longs ruisseaux des larmes authentiques
Jaillissant de son œil vitreux.
A distance, perché sur ses jambes étiques,
Un Héron lui dit : « Malheureux !
« Je comprends ta douleur, j'ai vu ton sombre crime :
« Près du fleuve chéri dont j'explorais les bords,
« Deux enfants innocents dont l'un fut ta victime....
« Tes larmes vont peut-être adoucir ton remords. »
« Oui, je pleure en effet, répond le bon apôtre,
« Ils étaient deux enfants, je n'ai pu manger l'autre. »

Le style médical. — M. Charles Chassé vient d'écrire sous le titre « Style et physiologie » un original et intéressant volume (1) dont nous détachons ce passage relatif au style médical.

« Les médecins, dit M. Charles Chassé, pensent bien plus avec leur cerveau qu'avec leur cœur. Leur bonté même, lorsqu'elle existe, est une bonté raisonnée et qui se surveille. Ils ne peuvent pas être des impulsifs sans être de mauvais médecins ; ils ont besoin de qualités plus techniques et plus intellectuelles que les militaires. Sous la Révolution, on a pu voir surgir de grands capitaines qui étaient à peine majeurs ; je ne crois pas qu'on ait connu de grands médecins à cet âge (1). D'ailleurs la profession de médecin n'est pas une carrière où l'on pénètre avec autant d'aisance ; et l'on a même pu lui reprocher d'avoir assez mal traité les génies qui avaient voulu y monter trop vite en grade.

Les mots techniques de l'armée le sont à peine, surtout maintenant que le service militaire est obligatoire pour tous. Les mots techniques de la médecine sont encore mystérieux pour beaucoup d'entre nous et les médecins qui sont restés les fils des sorciers de jadis ne tiennent pas beaucoup à nous en révéler le sens.

Je ne troublerai pas les médecins dans leur quiétude ; tout au moins, je ne les troublerai que là où ils ressortissent à la juridiction des profanes : d'abord quand ils transportent leur vocabulaire technique dans des domaines que le public considère, à tort ou à raison, comme échappant à leur puissance et aussi quand, dans leurs livres spéciaux, ils consentent à parler la langue de chaque jour.

Dans leurs ouvrages spéciaux, les médecins, quelle que soit leur admiration pour les noms mystérieux des maladies, éprouvent en effet le besoin de se former une image visuelle d'un mal aussi bien qu'une image intellectuelle ; et pour que cette image visuelle devienne pour eux comme une sorte de moyen mnémotechnique, ils s'efforcent de la rendre aussi vivante et, pourrait-on dire, aussi vulgaire que possible. Souvent, en parcourant un livre de médecine, on ressent une étrange impression en voyant sur une même page des mots à la mine bonne enfant et faubourienne coudoyer des termes austères venus directement du grec. Victor Hugo, s'il avait réfléchi à ce mariage de l'argot et de la science, n'aurait pas manqué d'évoquer, en une fresque grandiose, des Hellènes aristocratiques se polluant dans des bouges, à moins qu'il n'eut songé à l'heure future de la Réconciliation où le prolétariat et la ploutocratie s'enlaceront en une fraternelle étreinte. Les Drs Gilbert et Thoinot écrivent en effet, dans leur *nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*:

« Sous le nom d'orteil en marteau, orteil en zigzag, orteil en griffe, orteil en cou de cygne, on décrit une déviation perma-

(1) Albin Michel, éditeur, 22 rue Huyghens, Paris.

(1) Bichat avait vingt-neuf ans quand parut le *Traité des Membranes* et trente ans lors qu'il publia l'*Anatomie générale*. (M. G.)

nente d'un orteil caractérisée par l'extension de la première phalange sur le métatarsien avec flexion de la phalangine sur la phalange. »

C'est tout simplement du « style artiste » assez voisin de celui de Huysmans qui savait si bien mélanger les termes précieux de la mystique aux expressions en plus violemment poissardes.

Certains médecins, cependant qui sont de fins lettrés, épris de formes classiques, ne permettent pas à leurs termes techniques de se galvauder en aussi peu respectable compagnie ; ils surveillent le rythme de leurs phrases, ils les font aussi belles, aussi cadencées que possible et, sans doute, le Dr Grancher avait, dans l'oreille, le souvenir précis de cette phrase de Bossuet sur la mort subite d'Henriette d'Agleterre : « Le matin elle fleurissait ; avec quelles grâces vous le savez , le soir, nous la vîmes séchée » lorsqu'il écrivait à propos des papules de la rougeole :

« Vivement fleurie pendant vingt-quatre heures, à chaque place qu'elle envahit, l'éruption qui s'efface au toucher, même à ce moment de la floraison maxima, pâlit d'abord, puis disparaît peu à peu en cinq ou six jours, par dégradation successive de teinte bleu terne à brun cuivré. L'exanthème est fini ».

Il arrive même parfois que les termes techniques disparaissent pendant des paragraphes entiers , et l'on parvient à des oasis de littérature pure où les lettrés les plus délicats pourraient s'attarder. Voyez comment Trousseau décrit les prodromes d'une quinte de coqueluche chez l'enfant : « Quelques minutes avant que la crise arrive, sa gaieté fait place à de la tristesse.... *il médite sa crise, il la sent venir* ». Il est vrai que, quelques lignes plus loin, le style technique reprend ses droits et Trousseau déclare que l'enfant, d'abord, « essaye de *faire avorter* la quinte », ce qui, soit dit en passant, est une curieuse transposition du vocabulaire gynécologique dans le domaine de la médecine générale.

Il est des médecins qui se livrent à des transpositions plus hardies encore ; et je songe surtout aux médecins aliénistes qui considèrent que rien de ce qui est humain ne saurait leur être étranger ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les Fous. Les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent, par le Dr Maurice de Fleury, in-16 : 12 frs. (Hachette.)

Eléments de Biologie générale, par E. Rabaud, 2e éd., in-8 : 45 frs. (Alcan.)

L'accoucheur moderne. Précis d'obstétrique, par M. Metzger, in-12, 620 p. : rel. toile, 60 frs. (Alcan.)

Le cardiogramme de décubitus latéral gauche en clinique, par V. Pachon et R. Fabre, in-8, 88 p. : 20 frs. (Doin).

Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales, par Testut et Jacob, 5e éd. 2 vol., 400 frs. (Doin.)

La pratique de l'art des accouchements. 4e éd. Tome V et dernier, in-8 : 110 frs. (Vigot.)

Notion d'anatomie bucco-dentaire dans ses rapports avec la pathologie à l'usage des chirurgiens et des laryngologistes, par Ch. Ruppe, in 8, 20 p. : 12 frs. (Vigot.)

Les aliments et la vie. Nouvelles théories alimentaires, par R. Lecoq, 2e éd., in-8, 260 p. : 35 fig. 18 frs. (Vigot.)

Recherches expérimentales sur les vitamines B contenues dans les levures, dans leurs extraits, et dans leurs milieux de cultures, par R. Lecoq, in-8, 68 p. : 15 frs. (Vigot.)

La tachyphagie. par M. Leiva Daza, in-8 : 40 p. : 8 frs. (Vigot.)

Tous les ouvrages annoncés dans le **PROGRÈS MÉDICAL** sont en vente à la

Librairie Médicale N. MALOINE

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, PARIS

France : Envoi franco au-dessus de 25 fr.
Etranger : port 15 %.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

NDÉ EN 1873. — N° 50 LE NUMÉRO : 50 Centimes 8 DÉCEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance Publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Epreuve orale théorique de prothèse. — Séance du 26 novembre. Question donnée : Traitement prothétique des fractures complètes de la branche horizontale du maxillaire inférieur, les deux fragments portant des dents. — MM. Lattès 17, Dechaume 18, Cabrol 12, Vilenski 18.

Consultation écrite. — Séance du 28 novembre. — MM. Lattès 29, Dechaume 29, Cabrol 22 et Vilenski 30. A la suite de ce concours MM. Vilenski et Lattès sont nommés stomatologistes des hôpitaux.

Concours de l'internat en médecine. — Oral (suite). — Séance du 26 novembre. — Questions : Signes et diagnostic de la paralysie infantile.(Maladie de Heine-Médin) ; — Causes signes et diagnostic de l'hémothorax traumatique. MM. Darnis 15, Ribadeau Dumas 23, Meyer 22; Piollet 23, Fort 21, Hutin 12, Macé de Lépinay 22, Grand 28, Béchet 16, Gasné 27.

Séance du 28 novembre. — Questions : Signes et évolution des endocardites rhumatismales ; — Signes et diagnostic de l'ostéoarthrite tuberculeuse de la hanche. — MM. Coen (Albert) 17, Tavennec 16, Lévy-Klotz 21, Reyt 20, Désormaux 16, Lacoste 24, Cain 14, Boudin 22, Catalette 14, Barrier 16.

Séance du 30 novembre. — Questions : Signes et diagnostic de l'érysipèle de la face ; — Symptômes et complication du cancer iléo-pelvien. — MM. Sergent 16, Salomon 19, Lapeyre 9, Naulleau 25, Loutsch 19, Mariau 15, Haik (M.) 26, Melle Le Diouron 23, MM. Olivier 15, Leuret 17, Ellenberger 13, Bons 14,

Concours du prix de l'internat en médecine. — *a*) Section de médecine ; Composition du Jury : MM. les Drs Binet, Laederich, Milian Pruvost et Courtois-Suffit. 12 candidats. — MM. Besançon, Bourgeois, David, Mlle Hébert, MM. Kaplan, Layani, Lenormand, Lichtwitz, Maximin, Michaux, Mollaret et Thurel. — *b*) Section de chirurgie et d'accouchements. — Composition du Jury : MM. les Drs Mauclaire, Sauvé, Bollack, Bréchot et Rudaux. — 4 candidats : MM. Armingeat, Dessaint, Lapeyre Leydet.

Actes de la Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.* — 26 novembre. — M. Chostakoff. Etude de la fracture de Bennet. — M. Bouchereau. Etude de la pathologie des kystes dentifères. — M. Macasdar. Etude sur la paralysie faciale.

27 novembre. — M. Roland. Les cures d'intoxication alcoolique. — M. Petit. Les colibacilluries. — M. Tizaine. De la procidence du cordon ombilical. — M. Coudrain. Fracture de Monteggia. — M. Guérin. Contribution à la défense de la profession médicale.

28 novembre. — M. Aman-Jean. La région thoraco-lombaire. — Schiever. Les extraits leucocytaires dans le traitement des maladies infectieuses.

Thèses vétérinaires. — M. Vimoux. Etude sur les graisses et les hydrates de carbone.

29 novembre. — (Thèses vétérinaires). — M. Grégoire. Etude de la fonction rénale chez le chien.

6 décembre. — M. Le Becq. Note sur la maladie de Dupuytren. — M. Biet. Traitement de la dysenterie amibienne.

Ecoles de médecine. — Amiens. — M. le Dr André Mercier est institué pour une période de neuf ans chef des travaux de chimie.

Grenoble. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1928-29, des enseignements et emplois ci-après désignés : MM. Salva, professeur (cours de clinique ophtalmologique) ; Sigaud, professeur (cours d'anatomie) : Béthoux, suppléant (cours d'histologie) ; Romeyer, pharmacien de 1re classe (travaux pratiques de chimie) ; Perrin, licencié ès sciences, docteur en médecine (travaux pratiques d'histologie et physiologie et d'anatomie pathologique).

— Limoges. — M. de Léobardy, professeur suppléant, est nommé professeur de pathologie médicale et médecine expérimentale.

— Reims. — M. le Dr Quinquaud, préparateur au Collège de France, est nommé, à compter du 1er novembre 1928, professeur de physiologie.)

— Rouen. — M. Caillet, préparateur de physiologie au Collège de France, est chargé, pour l'année scolaire, du cours de physiologie et de l'emploi de chef de travaux de physiologie.

— Tours. — M. le Dr Roy est délégué, à dater du 1er novembre 1928 jusqu'à l'issue du concours qui doit avoir lieu le 25 janvier 1929, dans les fonctions de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales.

M. Thierry, ancien directeur, est nommé directeur honoraire.

Concours d'internat en médecine des asiles publics de la Seine. — Un concours pour six places d'interne en médecine titulaire des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police et de l'hôpital Henri-Rousselle, s'ouvrira à Paris, le lundi 11 mars 1929.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau), pièce 227, tous les jours de 10 à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf les dimanches.

Congrès international de femmes médecins. — L'Association internationale des femmes médecins, qui groupe les représentantes de 23 nations, va tenir son prochain congrès quinquennal à Paris les 11, 12 et 13 avril 1929.

A cette occasion, l'Association française des femmes médecins adresse un pressant appel à toutes les femmes docteurs pourvues du diplôme d'Etat français, et aux étudiantes en médecine pouvant justifier de douze inscriptions, et les sollicite de coopérer à la lourde tâche qui lui incombe.

Les Françaises tiendront à honneur que le Congrès de Paris laisse une impression favorable dans l'esprit de leurs collègues étrangères.

L'Association rappelle que son but est de créer un lien de solidarité entre ses membres leur permettant de se connaître et d'étudier en commun les questions d'intérêt général qui sont du domaine de leur activité.

Pour adhérer à l'Association française des femmes-médecins, adresser les cotisations à la Trésorière Mme le docteur Réquin, 154, avenue Emile-Zola (compte de chèques postaux 11.70-06 Paris.) Le montant de la cotisation est de 25 fr. pour les do-

teurs en médecine (membres adhérents), et de 5 fr. pour les étudiants en médecine (membres auxiliaires.)

Une soirée médicale. — Une conférence, un film, des auditions d'art, tel était le programme où étaient conviés, le 28 novembre, à la Salle des Ingénieurs civils, les médecins de Paris.

Ceux qui y assistèrent n'eurent point à le regretter. Dans sa conférence, le Dr VEIL, assistant du Dr GALLAVARDIN à l'Hôtel-Dieu fit un exposé fort goûté du mode d'action des médicaments cardiaques et insista sur la nécessité, dans certains cas bien définis, de substituer aux médicaments majeurs, tels que la digitale et l'oubaïne, les médicaments mineurs, l'huile camphrée et surtout son succédané, la coramine, non moins efficace et beaucoup plus maniable.

Le film qui fit suite à cette intéressante et instructive conférence, montra comment, de l'expérimentation *in anima vili* d'un corps nouveau, peuvent être déduites et précisées ses applications en thérapeutique cardiaque.

La partie artistique dissipa ce que le début du programme pouvait avoir d'un peu austère pour une fin de journée.

M. Maurice Donneau, de la Comédie-Française, déclama avec tout l'art de son impeccable diction des poèmes du professeur Richet, de Leconte de l'Isle, etc. Mademoiselle Bachelu, charmante de grâce juvénile, nous ravit par le jeu souple et délié de son archet magique. Mademoiselle Bayle et M. Brebans furent très applaudis dans leurs numéros de chant.

Félicitons donc les organisateurs de cette soirée, les laboratoires Ciba de Lyon, qui surent si bien réunir l'utile et l'agréable dans une atmosphère où la science le disputait à l'art.

Quatrième Congrès des dermatologiste et syphiligraphes de langue française. — Le quatrième Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française aura lieu à l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, les 25, 26 et 17 juillet 1929.

Président : M. SABOURAUD (Paris) ; vice-présidents : M. MILIAN (Paris) ; professeur NICOLAS (Lyon) ; professeur EHLERS (Copenhague) ; secrétaire général : M. CLÉMENT SIMON (Paris) ; secrétaire général adjoint : M. PIGNOT (Paris) ; trésorier : M. RABUT (Paris.)

Rapports : 1° Les érythèmes (polymorphes) : MM. LORTAT-JACOB (Paris) et RAMEL (Lausanne) ; — 2° Les prurigos : Professeur FAVRE (Paris) et M. CIVATTE (Paris) ; 3° La malariathérapie dans les complications nerveuses de la syphilis : MM. P. CHEVALIER (Paris) et DUJARDIN (Bruxelles.)

N. B. — Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports. La cotisation est de 200 francs, toutefois pour les membres de l'Association des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, la cotisation est réduite à 150 francs. Un banquet aura lieu dont la cotisation est fixée à 80 francs.

Prière d'adresser les adhésions et les cotisations au Trésorier, M. le docteur RABUT, 57, rue de l'Université, à Paris (VIIe.) Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire général : M. le docteur CLÉMENT SIMON, 104, avenue Malakoff, Paris (XVIe.)

Dîner de l'U. M. F. I. A. en l'honneur du Brésil et de la médecine brésilienne. — A l'occasion de la venue en France d'une mission importante de médecins brésiliens pour visiter les Universités de France, et de leur séjour à Paris, l'U. M. F. I. A. offrira cette année un grand dîner en l'honneur de la médecine brésilienne et de ses représentants à Paris.

Ce dîner sera présidé par son Excellence de SOUZAS DANTAS, ambassadeur du Brésil.

Ce banquet aura lieu le *mardi* 18 *décembre* à 7 heures 45 précises, Palais d'Orsay (Quai d'Orsay). Un numéro artistique de danse et un bal avec jazz suivront immédiatement le dîner. Le buffet sera gracieusement offert par l'U. M. F. I. A. Il est rappelé que les dames, jeunes gens, jeune filles qui n'auront pu assister au dîner seront invités à prendre part à la soirée dansante (à 10 heures 30).

Clinique médicale Saint-Antoine. — Durant l'absence du Prof. BEZANÇON, parti en mission au Caire, les leçons continueront à avoir lieu comme précédemment le vendredi à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique. Elles seront faites par le Dr M.-P. WEIL, médecin des Hôpitaux, chef du laboratoire de la clinique médicale de Saint-Antoine.

Les leçons porteront sur les sujets suivants : le 7 décembre : le Coma diabétique (étude clinique, physio-pathologique et thérapeutique) ; le 14 décembre : la Maladie de Basedow (étude clinique, physio-pathologique et thérapeutique) ; le 21 décembre : les Arthrites chroniques de la hanche (étude clinique, diagnostique et thérapeutique.)

Dordogne. — Le Comité d'hygiène sociale de l'arrondissement de Bergerac, en accord avec le Préfet du département, nous avise que le concours organisé pour la nomination d'un médecin chargé à la fois du dispensaire antituberculeux, des consultations antivénériennes et prénatales dans la ville de Bergerac, qui avait dû être retardé, aura lieu définitivement fin décembre courant.

Le traitement et les conditions de nomination sont conformes au règlement intérieur des dispensaires (statut type).

Les dossiers devront être adressés le plus rapidement possible au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris-VIe.

Département des Ardennes. — *Concours pour la nomination de trois medecins inspecteurs d'hygiène.* — Un concours sur titres pour trois emplois d'inspecteur adjoint des services d'hygiène du département des Ardennes, est ouvert à Mézières, jusqu'au 31 janvier 1929.

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs, en médecine.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 31 janvier 1929.

Le traitement annuel de début attaché à ces fonctions est de 27.000 fr. soumis aux retenues prévues par le règlement de la Caisse départementale de retraites, auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires (résidence, charges de famille) touchées par les fonctionnaires du département.

Les frais de séjour et de déplacement seront réglés sur justifications suivant le tarif prévu pour le groupe deux des agents départementaux.

Publicité strictement médicale.



Hôpitaux de Strasbourg. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Daull. Aron, Henriet, Zorn, Hubster, Tueffert, Cornu, Picquet, Horber, Woringer.

Internes provisoires : MM. Duhamel, Meyer. Lévy (Gaston) et Bonhecker.

Les questions sorties au concours de l'internat ont été :

Anatomie : « Rapports de la surrénale droite. » — Physiologie : « Ventilation pulmonaire. » — Pathologie interne : « Infarctus pulmonaire. » — Pathologie externe : « Perforations appendiculaires au cours de l'appendicite. »

Nécrologie. — M. le Dr Edmond TERRIS, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, décédé accidentellement.— M. le Dr Théodore GONTHIER, de Moutiers (Savoie), décédé à l'âge de 76 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Causeries sur l'Art de bien gérer sa santé, par le Dr Paul FAREZ. Préface de M. Fernand LAUDET, (Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris- Un volume in-8° de 364 pages. Prix : 16 francs).

Le Dr Paul Farez, dont on connaît les brillantes chroniques et les charmantes causeries vient de faire paraître à l'Expansion scientifique française un livre vivant, alerte, moderne, plein d'esprit et de bon sens, d'observation fine et de bons conseils aussi, qui aura le plus grand succès.

Leroy-Beaulieu avait publié « l'Art de bien gérer sa fortune ». Voici l'Art de bien gérer sa santé. Votre santé n'est-elle pas un autre capital, tout aussi précieux que votre fortune, sinon davantage. Celle-ci se maintient, s'accroît, se reconstitue bien plus aisément que celle-là. Or, pour gérer l'une, vous recourez à un couseiller financier ; pour gérer l'autre, que n'avez-vous aussi un « Conseiller sanitaire ? ».

Soignées à temps, la plupart des maladies sont curables; presque toutes sont évitables. Le praticien d'aujourd'hui tend à devenir, surtout un médecin pour bien portants. Il s'applique à exercer autour de lui une influence morale. à éclairer ses semblables, à vulgariser l'hygiène, à enseigner la prophylaxie. Il vous apprend à conserver votre santé, à éloigner la maladie. Ecoutez votre médecin de famille, confident discret, ami tutélaire : oui, la santé est le premier de tous les biens, celui sans lequel tous les autres sont dépourvus de charme ; et puis elle n'est pas un droit mais une récompense : il faut la mériter.

Présentées en une brillante préface par M. Fernand Laudet, membre de l'Institut, ces quarantes « Causeries » sont réparties sous les rubriques suivantes : 1° la santé. — 2° Les maladies. — 3° Les petites misères. — 4° Les attitudes mentales. — 5° Les émotions et les tendances. — 6° Le manger et le boire. Ecrites dans un style familier, clair, accessible à tous, elles s'adressent non seulement au médecin mais aussi au grand public, lequel a besoin non pas tant d'être « instruit » des choses médicales qu' « éduqué », c'est-à-dire entraîné à comprendre ce que, dans l'intérêt de sa santé, il doit faire ou ne pas faire, rechercher ou éviter. En cela, principalement, consiste l'Art de bien gérer sa santé, au moral comme au physique.

Préventive telle s'affirmera la médecine de l'avenir ; qu'elle le devienne donc, dès maintenant. Ce volume en enseignera la pratique assidue non pas morose et rébarbative, mais agréable, euphorique. Loin de les réprouver, elle recommande les diverses joies de l'existence, jusqu'à la volupté de faire bonne chère.

Il y a de quoi séduire et encourager et, comme le dit Fernand Laudet c'est un livre courageux et plein d'espérance.

Les chromosomes artisans de l'hérédité et du sexe, par Jean ROSTAND. Un volume in-16, broché : 12 fr. Librairie Hachette.

Cependant qu'à l'étranger il existe déjà toute une littérature. et qui s'accroît chaque jour, sur la question passionnante des Chromosomes, on peut dire qu'elle reste en France à peu près ignorée du grand nombre. Le livre de Jean Rostand vient donc à son heure pour renseigner les esprits curieux sur ces mystérieux habitants de nos cellules qui sont les véritables artisans de notre personnalité physique et morale et dont le nom, demain, fera certainement partie du vocabulaire de chacun,

TRAVAUX ORIGINAUX

Aperçu historique et réflexions sur le développement et le progrès de la Puériculture en France[1]

Par G. VARIOT.
Président fondateur de la Goutte de lait de Belleville.
Médecin honoraire de l'Hospice des Enfants-Assistés.

L'hygiène du premier âge. que nous nommons aujourd'hui la Puériculture (2), a été négligée par les médecins aussi bien que par le public. jusqu'à la fin du siècle dernier. Herbert Spencer, dans son ouvrage sur l'Education, s'élevait avec raison contre l'ignorance des jeunes filles et des mères en Angleterre. pour élever et soigner les petits enfants. tandis que la zootechnie, l'art de nourrir et de perfectionner les races d'animaux domestiques. était très cultivée. Il en était de même à cette époque dans notre pays, car jusqu'en 1880 les connaissances en hygiène infantile n'étaient guère plus avancées qu'à la fin du XVIIIe siècle. Pour s'en convaincre il suffit de consulter le livre de Désessartz datant de 1760. sur l'*Education corporelle des enfants en bas-âge* et le Traité des maladies des enfants de Rosen qui contiennent les méthodes alors en usage pour alimenter et soigner les nourrissons.

J.-J. Rousseau dans son livre fameux de l'*Emile* imprimé en 1762 n'a fait que reproduire. sur ce sujet, les idées et les préceptes qui avaient cours parmi les médecins de son temps. ainsi que les opinions exprimées par Buffon dans le chapitre de l'*Enfance de l'homme* de son Histoire naturelle. Rousseau. comme on le sait, n'avait aucune expérience personnelle. il n'avait vu élever aucun enfant sous ses yeux, puisqu'il avait abandonné les siens aux Enfants-Trouvés.

Il a cependant eu des accents éloquents pour rappeler les mères à leur devoir, en leur recommandant l'allaitement au sein, alors très délaissé. malgré les exhortations des médecins. et en montrant les inconvénients des nourrices mercenaires auxquelles on recourait trop souvent.

On connaissait très bien la supériorité du lait de femme sur celui des animaux, pour nourrir les bébés et les dangers de l'allaitement artificiel. Dans une dissertation sur l'*Education physique* des enfants. couronnée en 1760 par l'Académie de Haarlem. le célèbre anatomiste hollandais Camper, après avoir bien surveillé l'allaitement de ses propres enfants. cite déjà les divers laits dont on se servait alors : vache, ânesse ou chèvre. Jusqu'à ces derniers temps, l'Académie de médecine de Paris recommandait indifféremment ces trois laits dans ses instructions sur l'allaitement artificiel.

Le babeurre n'était pas encore à la mode comme aujourd'hui. mais il était déjà en usage. On se servait du biberon avec une tétine de vache et même d'un biberon à tube métallique pour empêcher les nourrissons d'absorber de l'air en tétant

Camper signalait les risques de maladie contagieuse lorsque l'enfant était confié à une nourrice malsaine. On proscrivait les maillots trop serrés pour les nouveau-nés.

Les inconvénients des pouponnières n'avaient pas échappé à Désessartz, et Buffon avait bien montré les dangers d'accumuler les petits enfants dans des salles communes où ils périssaient en grand nombre. On voit donc que les progrès de l'hygiène infantile avaient été à peu près nuls de 1760 à 1880.

En 1882, lorsque j'étais chef de Clinique de Parrot à l'hospice des Enfants-Assistés, le biberon était considéré comme un instrument meurtrier. surtout pendant les chaleurs de l'été, mais nous ignorions encore les causes des diarrhées qui emportaient habituellement les nourrissons.

En 1877. l'illustre Clémenceau, alors conseiller municipal. tenta un effort pour lutter contre cette haute mortalité infantile : il fit émettre un vœu pour que l'on mît en expérience l'allaitement artificiel des enfants, en s'entourant de toutes les données scientifiques. Pour cette expérience, la Ville de Paris mettait à la disposition de l'Assistance Publique, soit un terrain convenable, soit une subvention suffisante, soit l'un et l'autre à la fois. La résistance à ce projet vint de l'Académie de Médecine, qui déclara. par l'organe de Devilliers, « que l'essai d'un établissement pour l'allaitement artificiel des enfants de Paris produirait les effets les plus meurtriers. Bien plus, dans la discussion. Devergie s'écria : « que de telles expériences seraient non seulement dangereuses mais immorales ».

Tel était l'état d'esprit du corps médical : on se refusait même à étudier le problème de l'allaitement artificiel que l'on regardait comme insoluble.

Quelques années plus tard. Parrot crut réaliser un progrès, en faisant installer dans les jardins de l'hospice des Enfants-Assistés, une nourricerie d'ânesses pour les hérédo-syphilitiques et les athrepsiques : en mettant les enfants directement au pis de l'ânesse. on avait la certitude d'éviter la contamination des nourrices au sein. Mais cette méthode d'allaitement compliquée et dispendieuse ne donna que de médiocres résultats et l'on y renonça bien vite, dès que le lait de vache stérilisé eût fait ses preuves dans la pratique.

Durant toute cette période, à défaut du lait de la mère, l'allaitement au sein par une nourrice était considéré, comme la seule ressource pour sauvegarder la vie des nouveau-nés et il était conseillé par tous les médecins et les accoucheurs. On ne doit donc pas être surpris que la mortalité infantile fût très élevée ; elle atteignait jusqu'à 50 % pour les enfants assistés placés chez des éleveuses, dans les agences départementales et on ne parvint à la réduire qu'en recrutant des nourrices au sein dans les campagnes. Cependant en 1874 le docteur Théophile Roussel. membre de l'Assemblée nationale. avait fait adopter la première loi de protection de l'enfance ; elle rendait obligatoire le contrôle des bébés placés en nourrice loin de leurs parents ; mais cette loi si sage, interdisant aux mères de se placer comme nourrices sur lieu, avant que leur propre enfant ne fût âgé de sept mois. ne fut jamais bien appliquée et n'eut que peu de succès. puisqu'en 1886. la mortalité infantile, pour toute la France. atteignait encore plus de 16 %.

Dans les années suivantes. on voit la mortalité infantile baisser avec rapidité : en 1904, à Paris, elle était déjà tombée à 11 % ; ce gain de vies dans le premier âge a été entièrement dû à l'application des célèbres découvertes de Pasteur sur la fermentation des liquides : vin. bière et lait. Toutes ces notions scientifiques nouvelles, après avoir été fortement combattues. avaient fini par triompher. On reconnut enfin que les diarrhées estivales. si meurtrières. étaient déterminées par des altérations profondes du lait qui servait à l'alimentation des enfants et que ces altérations étaient dues à la pullulation des microbes saprophytes et pathogènes, à de véritables fermentations devenant suractives pendant les chaleurs, et transformant le lait en un véritable bouillon de culture. Pasteur a eu l'immense mérite d'avoir démontré que l'on parvient à stériliser le lait en le chauffant, qu'on peut ainsi le conserver sans altération, sans qu'il devienne nuisible au nourrisson. Sans doute la pasteurisation à 75° n'assure qu'une conservation temporaire du lait. encore utilisée par l'industrie laitière. mais il suffit de le de le porter à l'ébullition à 100° pour détruire les ferments qui peuvent le polluer.

Cette découverte fondamentale ouvre une ère nouvelle dans l'alimentation infantile. elle constitue une révolution bienfaisante dans l'élevage artificiel.

(1) Leçon de réouverture du cours de Puériculture à la Goutte de lait de Belleville, le 8 novembre 1928.

(2) Le terme de *Puériculture* a été créé par un médecin praticien, M. Caron.

Le lait de vache sera manié désormais avec sécurité et nous allons pouvoir le distribuer sans crainte aux nourrissons. L'importance de ce progrès résultant de la doctrine pastorienne, dans l'hygiène du premier âge, doit être comparée à l'introduction de l'antisepsie en chirurgie par Lister, qui s'appuyait sur la même base.

L'ébullition à 100° dans un récipient ordinaire, était suffisante à la rigueur pour obtenir la stérilisation ; mais Soxhlet fit un pas en avant, en fabriquant de petits appareils stérilisateurs dans lesquels les flacons de lait destinés aux nourrissons, obturés avec des bouchons de caoutchouc, étaient chauffés au bain marie à 100° pendant trois quarts d'heure. Ces appareils, très pratiques furent imités par Budin et par d'autres et leur emploi se généralisa très vite. On commença d'installer des laboratoires spéciaux pour préparer les diverses rations de lait qui convenaient aux enfants, suivant leur âge, et le *milk-laboratory* de Morgan Rotch à Boston, doit être cité comme l'un des premiers. Dans l'assistance M. Morquio, directeur des services de puériculture dans la République de l'Uruguay, doit savoir mieux que moi quels ont été les progrès de l'allaitement artificiel dans l'Amérique du Nord et du Sud.

Mais la grande industrie laitière ne tarda pas, elle aussi, à appliquer les découvertes de Pasteur, dans des usines bien organisées. On stérilisa les flacons de lait à 108° dans de vastes autoclaves et, par cette méthode, on obtint un produit qui non seulement se conservait sans altérations, mais qui était très bien utilisé par les enfants à cause des modifications de la caséine résultant de la surchauffe. L'emploi de ces laits industriels dans l'allaitement artificiel vint confirmer les résultats fournis par la stérilisation à 100°. Peu après on perfectionna dans les usines la fabrication des laits condensés et particulièrement du lait condensé sucré qui nous donne aujourd'hui de si beaux succès pour élever artificiellement les nourrissons.

Le moment était donc arrivé de faire bénéficier largement les enfants du premier âge, de ces conquêtes de la science et de ces progrès de l'industrie, d'organiser de vastes distributions de lait stérilisé, pour remplacer les mixtures plus ou moins malsaines dont on chargeait les biberons.

A Budin revient l'honneur d'avoir créé, au mois de mai 1892, la première consultation spéciale pour les nourrissons, comme annexe de la Maternité qu'il dirigeait à l'hôpital de la Charité à Paris. Il se proposait surtout comme but de stimuler et d'encourager l'allaitement au sein, dont la supériorité était si évidente ; mais néanmoins pour compléter la ration au sein, lorsque la nourrice était insuffisante, il commença de distribuer de petits paniers de lait stérilisé du type Soxhlet. Il n'acceptait qu'un petit nombre d'enfants élevés entièrement au biberon (seulement 6 %) dans sa consultation recrutée parmi les nouvelles accouchées de son service. Les résultats de l'allaitement artificiel étaient encore bien incertains et il craignait peut-être qu'une mortalité élevée fît mettre en doute la valeur de la nouvelle méthode de contrôle des nourrissons qu'il proposait. Les bébés devaient être rapportés chaque semaine, et les mères recevaient du médecin les conseils dont elles avaient besoin.

Budin dressait des statistiques rigoureuses de la mortalité dans sa consultation ; elle ne dépassait pas 6 °/₀ des enfants de 0 à 1 an qu'il surveillait, mais cette mortalité ne pouvait pas être comparée à la mortalité infantile générale, puisque l'immense majorité des enfants qu'il admettait étaient élevés au sein ; la proportion des nourrissons qui recevaient le biberon au dehors était bien plus forte.

Ce célèbre accoucheur eut l'ingénieuse idée d'appliquer systématiquement la balance pour suivre l'accroissement pondéral de chaque enfant. Toutes les semaines le poids était enregistré sur des fiches spéciales et on commença de dresser des courbes, sur lesquelles on pouvait lire, d'un coup d'œil, si l'accroissement en poids était continu, régulier ou non.

On ne s'occupait pas encore de la taille, cet autre facteur de la croissance, non moins important que le poids. Je dois rappeler que Budin avait eu des précurseurs dans cette voie.

Un observateur perspicace, Nathalis Guillot, dès 1852, avait déjà bien vu le parti que l'on pouvait tirer de la balance pour contrôler la croissance des nourrissons. Il affirme que « parmi les moyens d'appréciation de l'état de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nourrice, des *pertes ou de l'accroissement du nourrisson*, aucun n'est plus exact que l'emploi de la balance ». Déjà il pesait les tétées des nourrices. Mais le médecin de l'hôpital Necker n'eut pas d'imitateurs immédiats.

En 1890, M. Herrgott, professeur à la Maternité de Nancy, avait fondé une œuvre qui avait comme but essentiel l'encouragement de l'allaitement maternel ; les femmes qui avaient accouché dans sa maternité, revenaient un mois après leur sortie et chaque mois suivant, on pesait leur enfant, on comparait son poids avec celui qu'il avait quatre semaines avant, et l'on donnait une gratification variable suivant l'augmentation obtenue et la manière dont le nourrisson était soigné.

Ce n'était là qu'une ébauche du contrôle de la croissance par la balance. Budin rapprocha toutes les semaines les pesées qui n'étaient que mensuelles à Nancy et organisa une *Consultation de nourrissons* plus complète et plus régulière.

Au mois de juillet 1892 fut ouvert le dispensaire de Belleville pour enfants malades, c'est-à-dire deux mois seulement après la nouvelle consultation de la Charité. Cet établissement, dans lequel nous sommes réunis aujourd'hui, avait été fondé, à mon instigation, par *donations volontaires*, il émanait donc de l'initiative privée et était administré par une société de bienfaisance qui n'a pas cessé de fonctionner activement depuis 1892 : il a été reconnu d'utilité publique en 1911.

Dans ce faubourg de Belleville, nos consultations furent tout de suite très suivies et, dès les premières semaines, on nous apporta un grand nombre de nourrissons élevés au biberon avec du lait de mauvaise qualité que l'on vendait à bas prix, sous les portes cochères. La plupart de ces enfants étaient atteints de diarrhée estivale plus ou moins grave et le choléra infantile faisait de grands ravages parmi eux. Pour parer à ce danger, je pensai que le moyen le plus efficace serait de distribuer, à prix réduit (à cinq sous le litre dans ce temps), du lait stérilisé de bonne qualité, pour guérir les troubles gastro-intestinaux et pour en prévenir le retour. L'accord avait commencé de se faire sur la valeur du lait stérilisé dans l'alimentation infantile et je n'hésitai pas à recourir au lait stérilisé industriellement de la marque *Gallia* qui avait été surchauffé à l'autoclave à 108° dans des flacons d'un demi-litre, bouchés hermétiquement au liège paraffiné.

Nous fumes très satisfaits de ce premier essai, non seulement les diarrhées étaient supprimées, mais nous parvenions encore à restaurer des enfants atrophiques dont l'accroissement avait été retardé. Pendant les trois mois d'été, 16.000 litres de lait *Gallia* furent répartis entre plus de 150 nourrissons au biberon ou à l'allaitement mixte.

Cette expérience heureuse a été l'origine de la Goutte de lait de Belleville dans le dispensaire nouvellement fondé, elle y devint bientôt un service prédominant, à cause du grand nombre d'enfants du premier âge qui nous étaient apportés et dont nous surveillions la croissance. Depuis 1920 nous avons entièrement spécialisé notre activité dans cette direction. La polyclinique des enfants plus âgés a été supprimée.

On voit donc que le milieu dans lequel a fonctionné, dès le début, notre grande distribution de lait était bien différent de la première consultation de la Charité, dans laquelle les nourrissons au sein étaient en majorité.

Nous étions obligés d'accepter, bon gré malgré, un grand nombre d'enfants au biberon qui avaient d'ailleurs

plus à attendre de nos soins que ceux élevés au sein. Au lieu de manier le lait stérilisé dans des appareils type Soxhlet, comme on le faisait à la maternité de la Charité, il nous avait paru plus simple et moins dispendieux d'utiliser un produit de l'industrie laitière, le lait *Gallia* surchauffé, infraudable et infermentescible, préparé dans une usine à Neufchâtel-en-Bray en Normandie. Cette différence dans les deux espèces de lait stérilisé employé mérite l'attention.

En 1894, mon ami regretté le Dr Léon Dufour (de Fécamp) organisa la première consultation de nourrissons en province, en dehors des maternités et des dispensaires : il y adjoignit une distribution de lait stérilisé à prix réduit.

Son œuvre était alimentée par la charité privée comme le dispensaire de Belleville, et il lui donna le nom gracieux et symbolique de *Goutte de lait* ; j'ai adopté moi même cette dénomination, qui est devenue générique, pour désigner notre grande distribution de lait fondée à Paris deux ans auparavant. Tels furent les deux prototypes d'institutions nées dans des milieux différents, mais poursuivant un but analogue : la Consultation de nourrissons, dans laquelle les enfants au sein étaient prédominants, et la Goutte de lait, où l'allaitement artificiel tenait la plus grande place.

Ces institutions nouvelles ne tardèrent pas à être imitées à Paris et dans toute la France, elles se multiplièrent rapidement et se propagèrent aussi à l'étranger.

La Goutte de lait est devenue la *gota de leche* dans les pays de langue espagnole, le *milk dépot* en Angleterre, etc...

En 1905 ces institutions étaient déjà très répandues dans le monde entier et, avec mes amis Léon Dufour et Brunon (de Rouen), nous prîmes l'initiative d'organiser, à Paris, le 1er *Congrès international de la Goutte de lait*, auquel le Dr Roux voulut bien donner l'hospitalité à l'Institut Pasteur. Des centaines de pédiatres, d'hygiénistes et de philantropes répondirent à notre appel. Ce Congrès, le premier à s'occuper spécialement de la protection des nourrissons et de l'alimentation infantile, a été suivi de plusieurs autres, à Bruxelles en 1907, à Madrid, etc.

Le dernier Congrès international réuni à Paris en 1928 et qui embrasse maintenant la protection de l'enfance, à tous les âges, est donc la suite éloignée du 1er Congrès international des Gouttes de lait datant de 1905.

Le progrès de la puériculture s'était beaucoup accéléré après la fondation des Consultations de nourrissons et des Gouttes de lait, et, depuis cette époque, les méthodes du contrôle hygiénique de la première enfance et les problèmes concernant l'alimentation artificielle sont restés à l'ordre du jour. Dès la fin du siècle dernier, les Pouvoirs publics, les municipalités et les grandes administrations favorisèrent l'extension des consultations de nourrissons aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Les Gouttes de lait, émanant plutôt de l'initiative privée, fondées et entretenues par des sociétés de bienfaisance, se multiplièrent également.

Depuis la grande guerre, les sociétés de la Croix-Rouge Française ont utilisé très heureusement le zèle et le dévouement de leurs infirmières pour faire fonctionner des institutions de ce genre, non seulement en France mais dans nos colonies. Madame la maréchale Lyautey a eu le mérite d'acclimater la Goutte de lait au Maroc, à Casablanca, à Rabat, à Fez. Déjà antérieurement des Gouttes de lait fonctionnaient à Alger, à Tunis, à Madagascar, à l'instigation du général Galliéni. Nous avons fourni à M. Merlin quand il était Gouverneur du Tonkin, des renseignements pour installer des institutions semblables, dans lesquelles on recourt au lait condensé importé d'Europe, pour alimenter les nourrissons.

Dès le début du fonctionnement de la consultation de la Charité, Budin, comme je l'ai indiqué, se servait de la balance pour contrôler la croissance : il chercha aussi à tirer parti de ses premières observations pour fixer la ration quantitative du lait, suivant le poids des enfants. On n'avait alors que de vagues données sur les variations de la quantité de lait, en rapport avec le développement de l'organisme. D'accord avec Maurel, il admit que, pour subvenir aux besoins nutritifs d'un nourrisson, on devait lui fournir une quantité de lait égale au dixième de son poids : d'où la formule simpliste de cent grammes par kilo, commode à retenir et propagée dans les maternités, parmi les étudiants et les sages-femmes.

Mais en maniant la balance on n'avait mesuré que l'un des facteurs de la croissance, le poids, qui est instable, on ne recourait pas encore à la toise pour enregistrer l'autre facteur, la taille qui, seule, peut nous renseigner exactement sur le degré réel du développement de l'enfant. De là l'erreur dans laquelle on est tombé pour déterminer la ration lactée quantitative. Le poids est un indice variable sous des influences très diverses et en particulier avec l'abondance du pannicule adipeux souscutané : il ne peut donc servir de base fixe pour calculer la ration. Il est évident en effet qu'en appliquant la méthode pondérale on est conduit à donner une ration forte à un nourrisson gras et une ration faible à un bébé maigre, ce qui est contraire aux données physiologiques vulgaires.

Cependant la ration de un dixième du poids de lait, relativement au poids total de l'enfant, fut attribuée en 24 heures, même au nouveau-né, alors qu'il doit recevoir *un sixième* de son poids de lait, pour être suffisamment nourri. La phobie de la suralimentation fit réduire la ration d'une manière excessive : « souvent la peur d'un mal nous conduit dans un pire ». Beaucoup de bébés furent ainsi condamnés à jeuner sévèrement ; ils furent hypoalimentés au lieu d'être suralimentés.

C'est par centaines que, soit à la Goutte de lait de Belleville, soit à l'Institut de Puériculture, j'ai observé des enfants mal réglés au sein ou au biberon, souffrant de la faim et fortement retardés dans leur accroissement. En augmentant leur ration, en la calculant d'après la taille, je parvenais à supprimer les vomissements dus à l'hypoalimentation, à restaurer les bébés plus ou moins vite. Pour rectifier les erreurs commises dans les Maternités, je me suis servi du *pédiomètre* que j'avais fait construire, et qui nous permettait d'enregistrer simultanément le poids et la taille des nourrissons. La dissociation de la croissance pondérale et staturale, avec prédominance de la taille sur le poids, doit faire admettre, en général, que l'enfant est insuffisamment nourri. Après de longues observations poursuivies avec M. Lassablière, je me suis décidé à substituer les indications de la toise à celles de la balance pour calculer la ration de lait.

Nous avons établi d'abord, qu'à partir du premier mois, un enfant bien alimenté au sein et s'accroissant de 25 à 30 gr. par jour, consommait 14 gr. de lait par centimètre de sa taille. Si l'on pèse toutes les tétées absorbées en 24 heures, on obtient un poids total de lait en grammes, qui divisé par le nombre de centimètres de la taille donne le chiffre 14. Dans la pratique il suffira donc de multiplier le nombre exprimant la taille en centimètres par le coefficient 14, pour calculer la ration quotidienne. Soit un nourrisson de quatre mois ayant 60 cm. de taille ; en multipliant 60 par 14, on obtiendra 840 gr. qui représentent la ration de lait en 24 heures. Cette méthode moins simpliste que celle s'appuyant sur le poids de l'enfant, est certainement plus exacte, puisque la taille est proportionnelle à la surface de la peau, c'est-à-dire à la radiation calorique, d'après laquelle on doit régler l'alimentation. Ces réflexions suffiront, je l'espère, à démontrer la supériorité de la toise sur la balance pour apprécier le développement réel de l'organisme en même temps que les besoins nutritifs. On se contente encore trop souvent, dans les consultations de nourrissons de peser les enfants comme des volailles !

La pédiométrie méthodique, telle que nous la pratiquons à la Goutte de lait de Belleville, en enregistrant à la fois le poids et la taille, nous a donné des résultats intéressants, non seulement pour fixer la ration quanti-

tative, mais aussi pour étudier la ration *qualitative*, dans ses rapports avec l'accroissement pondéral et statural. Par des essais multiples continués pendant des années, nous avons pu juger, par comparaison, la valeur alibile des produits divers mis à notre disposition par l'industrie laitière. D'abord celle des laits surchauffés à 108° nullement dévitaminés et très bien adaptés à la capacité digestive des nourrissons : nous nous en sommes assuré avec plus de un million de litres de lait distribués en 15 ans, à plus de dix mille enfants. Plus tard, nous avons expérimenté avec succès les *laits condensés sucrés*, infraudables et infermentescibles, d'un maniement si commode dans nos grandes distributions populaires. Je ne crains pas d'affirmer que l'emploi de ces laits, hermétiquement scellés dans des boîtes métalliques, dont la conservation est parfaite, constitue l'un des plus grands progrès réalisés dans l'alimentation infantile : mais je n'ai en vue que les laits condensés sucrés, évaporés à 60°, et non les laits condensés non sucrés, surchauffés à 120°, et qui deviennent scorbutigènes à la longue. Nous avons pu constater aussi les avantages et les inconvénients des laits surchauffés et homogénéisés à la machine de Gaullin, qui semblent partiellement dévitaminés ; ils ne doivent être utilisés que pendant trois ou quatre mois, si l'on veut éviter des accidents scorbutiques. Mon collaborateur, M. Lavialle, et moi, avons fait fabriquer des laits homogénéisés et saccharosés à 10 %, avec lesquels nous réussissons à restaurer assez vite les nourrissons débiles et atrophiques.

Plus récemment, nous avons expérimenté des laits desséchés, en poudre, dont la fabrication nous a semblé meilleure que dans les premiers temps, et nous avons reconnu que ces laits se conservent sans altérations, présentent des propriétés anti-émétiques qui peuvent être utiles chez certains nourrissons, dont l'estomac est intolérant pour nos autres laits. Nous avons donc à notre disposition une véritable *gamme* de laits de vache modifiés par l'industrie.

Si l'un de ces laits ne semble pas adapté aux fonctions gastro-intestinales, on arrive habituellement, en tâtonnant, en faisant des *mutations lactées*, à trouver un autre lait qui sera mieux utilisé. En attendant que nous soyons mieux renseignés sur la pathogénie complexe des troubles digestifs dans le premier âge, les résultats fournis par cette méthode empirique sont loin d'être négligeables. Le maniement des laits industriels est vraiment plus simple et plus pratique que celui de l'antique babeurre.

Mais les frontières de l'hygiène infantile avec la médecine du premier âge sont mal délimitées, et la Goutte de lait est un champ d'observation précieux pour suivre les modalités de la croissance aussi bien normale qu'anormale : c'est ainsi que nous sommes parvenus à mieux distinguer que dans le passé les diverses formes de l'atrophie infantile, de l'hypotrophie et du rachitisme. Je me contenterai de rappeler ici les recherches radiologiques que j'ai poursuivies sur l'ossification des phalanges et des métacarpiens : elles m'ont conduit à cette notion physiologique nouvelle, que les nourrissons ont « l'âge de leur taille » et non « l'âge de leur poids ». Le développement de la taille est en rapport, on le sait, avec l'accroissement du système osseux.

Je ne puis entrer dans l'exposé de mes travaux techniques consignés dans mon livre sur la *Croissance du nourrisson*, je me bornerai à signaler mes recherches sur l'hypoalimentation et sur les vomissements dus à cette cause et la modification que j'ai réalisée en inscrivant sur le verre des biberons les rations de lait graduées suivant l'âge du bébé et que les mères ignorent généralement.

Nous avons révisé les tables de croissance des nourrissons dressées par Quetelet qui étaient partiellement inexactes.

Enfin, j'ai étudié et expérimenté longuement les divers aliments qui doivent être ajoutés au lait pour le sevrage ; j'ai montré les dangers de la panade à l'eau, déterminant fréquemment le rachitisme, les inconvénients des farines de conserve et surtout des farines au cacao, les avantages des farines fraîches de céréales, pour préparer les bouillies au lait, et de la purée de pommes de terre dans le lait, etc.

La Goutte de lait est donc une mine inépuisable de documents pour faire progresser la puériculture, mais à condition de modifier le fonctionnement de la consultation initiale des nourrissons, dans laquelle l'inspection n'était qu'hebdomadaire. Bien des enfants débiles, atrophiques ou souffrant de troubles divers doivent être suivis de plus près, examinés tous les deux jours ou même tous les jours. La consultation de la Goutte de lait prend ainsi un caractère médical ; on ne se contente plus d'y admettre les enfants au sein ou au biberon à peu près normaux, mais on y soigne aussi ceux présentant des troubles gastro-intestinaux, des retards d'accroissement si communs au cours de l'allaitement artificiel. Telles sont les transformations dans le contrôle des nourrissons qu'une longue expérience nous a suggérées.

Mais, me plaçant à un autre point de vue, j'ai hâte de vous exposer les heureuses conséquences de la création des Gouttes de lait et des Consultations de nourrissons pour l'enseignement et la vulgarisation de la Puériculture.

Dès leur début, ces institutions sont devenues de véritables écoles des mères. Le médecin est un guide autorisé pour conseiller les mères inexpérimentées qui donnent le sein, aussi bien que celles obligées de recourir au biberon, alors qu'elles ignorent les premiers principes de l'allaitement artificiel. Dès 1903, je commençai de faire des conférences publiques de puériculture sous les auspices de la Ligue contre la mortalité infantile, mais en 1905 M. Ambroise Rendu proposa au Conseil municipal de me confier l'organisation de l'enseignement populaire de la puériculture, à Paris. C'était la réalisation de l'un des vœux formulés par le premier Congrès international des Gouttes de lait, réclamant la vulgarisation de la puériculture par tous les moyens à notre disposition. J'organisai donc dans les salles des fêtes des mairies et dans les préaux d'écoles, de grandes réunions pour les mères et les jeunes filles ; elles étaient attirées par un petit programme musical exécuté par mon ami regretté, M. Emile Chizat. Plusieurs centaines d'auditrices se pressaient à ces conférences présidées par le conseiller municipal de chaque quartier. Je parvenais ainsi à vulgariser les notions essentielles de la puériculture ; on distribuait aux mères, pour fixer leurs souvenirs, des brochures contenant les règles de l'allaitement au sein et au biberon. Ces instructions avaient été élaborées en commun par Budin et par moi et tirées à 300.000 exemplaires, pour être offertes dans les mairies, aux personnes qui allaient faire une déclaration de naissance : ces brochures révisées par moi sont encore en usage dans notre Goutte de lait et j'engage les auditrices du cours à les lire et à les relire.

Après cet accueil si favorable fait par les femmes du peuple à l'enseignement de l'hygiène infantile, je n'hésitai pas à proposer, en 1908, au conseil municipal, d'organiser un véritable Institut de Puériculture, dans le service de l'hospice des Enfants-Assistés dont j'avais alors la direction. Dans ce nouvel Institut seraient donnés des cours gratuits et publics pour les institutrices, les infirmières et aussi pour les dames et jeunes filles de la société. J'avais déjà commencé dans les salles de l'hospice un enseignement plus technique de l'art d'élever les nourrissons, mais les étudiants et les médecins y étaient seuls admis. Il fallait donc ouvrir pour la première fois au public les services des Enfants-Assistés. Mon projet fut agréé par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, des crédits furent votés pour l'installation et le fonctionnement de l'Institut de Puériculture qui fut inauguré solennellement par M. Henri Galli, président du Conseil général, en présence du Dr Roux, de M. Armand Gautier, de Lucas-Championnière etc... en 1911.

Dès l'ouverture des cours, les auditrices vinrent y

assister en grand nombre, mais malgré ce succès, M. Mesureur, alors directeur de l'Assistance publique, au lieu de me seconder dans mes efforts, m'obligea, pour un motif juridique, d'interrompre mon enseignement : triste exemple de l'anarchie administrative qui s'oppose trop souvent en France à l'essor du progrès. Cependant le Conseil municipal exigea la réouverture de mes cours, et l'on décida, en même temps, la création de plusieurs autres Instituts de puériculture dans les maternités. N'était-ce pas le meilleur hommage que l'on pouvait rendre à mon initiative, que de multiplier les centres d'enseignement dont j'avais eu la première idée ?

Vers cette époque, en 1913, l'Université demanda et obtint la création de plusieurs chaires nouvelles dans les Facultés de médecine, pour y enseigner la puériculture aux étudiants en médecine. La Ville de Paris eût accepté volontiers la transformation en chaire officielle de l'Institut qui fonctionnait déjà si utilement à l'hospice des Enfants-Assistés, sous ma direction. Mais comme je n'appartenais pas au cadre de l'agrégation, la Faculté de médecine de Paris se retrancha derrière la hiérarchie universitaire pour refuser d'agréer la candidature d'un médecin des hôpitaux, dont la compétence en puériculture était peu contestable. Vainement l'Association des étudiants en médecine, prenant en considération les services que j'avais déjà rendus par mon enseignement libre, intervint directement auprès du Ministre de l'instruction publique, M. Barthou, pour réclamer ma titularisatien comme professeur officiel ; elle ne réussit pas à vaincre l'opposition de la Faculté. Je n'en reste pas moins reconnaissant à la jeunesse médicale de la sympathie et de l'estime qu'elle m'a témoignées dans ces circonstances et j'en garde précieusement le souvenir.

Depuis lors, plusieurs centres d'enseignement de la puériculture ont été créés en dehors des hôpitaux.

En 1919, huit ans après l'ouverture du premier Institut de puériculture de l'hospice des Enfants-Assistés, qui n'avait pas cessé de fonctionner, même durant la guerre, la Croix-Rouge américaine fit un don de 300.000 dollars pour la fondation d'un nouveau centre d'enseignement, auquel on donna le nom d' « Ecole Franco-Américaine de puériculture » et qui fut rattachée à la Faculté de médecine de Paris. On compléta par une souscription publique, à laquelle j'ai participé, les fonds nécessaires à l'installation de cet établissement. On décida d'y enseigner, comme je l'avais fait antérieurement, les principes essentiels de l'hygiène infantile aux infirmières, aux dames et aux jeunes filles qui voulaient devenir aptes à remplir les fonctions de *dames visiteuses* pour surveiller l'élevage des nourrissons. Je ne pouvais que me féliciter en quittant l'Institut de l'hospice des Enfants-Assistés, atteint par la limite d'âge, de voir naître une Institution nouvelle reproduisant dans ses grandes lignes, le prototype que j'avais créé, avec l'aide de la Ville de Paris, dix ans auparavant.

Depuis la grande guerre surtout, la puériculture, qui avait été si longtemps négligée, s'est développée rapidement et l'on doit souhaiter que son enseignement se propage de plus en plus dans toutes les classes de la société, puisqu'il représente la méthode la plus efficrce de défendre la vie des enfants du premier âge. On ne peut donc qu'approuver sans réserve l'inscription de la puériculture dans les programmes des lycées et des collèges de jeunes filles. Il était peut-être un peu prématuré d'étendre cet enseignement spécial aux petites filles de 10 à 12 ans dans les écoles primaires. Personne ne disconviendra que les jeunes filles plus âgées comprendront mieux la portée de l'art d'élever les nourrissons.

Depuis 1920, j'ai transporté à la Goutte de lait de Belleville les cours de puériculture que je faisais à l'Institut des Enfants-Assistés ; j'y ai été invité par le Comité des Dames assistantes et visiteuses, dont le dévouement est inépuisable, et qui ont bien voulu me suivre dans ce faubourg où leur bienfaisance trouve de quoi s'exercer ; elles sont restées pour moi des collaboratrices auxquelles je suis heureux de rendre un hommage public aujourd'hui en la personne de Mademoiselle Pellisier, Présidente du Comité.

J'ai pensé que, pour compléter la vulgarisation de l'hygiène infantile, on pouvait remplacer les conférences populaires, faites autrefois dans les Mairies, en recourant aux grands organes de publicité tels que le *Matin* ou l'*Ami du Peuple*, pour répandre largement les principes de l'hygiène infantile. A cet égard la puissance de la Presse est immense. N'a-t-on pas dit de Saint Paul que, s'il revenait au monde, il eût été journaliste pour propager sa doctrine ?

Les auditrices d'un cours sont en nombre limité, mais les articles d'un journal peuvent toucher des milliers de lectrices.

Je signale aussi une causerie radio-téléphonique à la Tour Eiffel qui est reproduite dans la brochure que nous distribuons, sous le titre : *Conseils aux mères pour élever leurs nourrissons*.

Dans ce grand hall, décoré par le célèbre peintre d'enfants, Jean Geoffroy, mon ami regretté, on voit que l'art, lui aussi, est un puissant moyen de propager la puériculture. Le grand et beau triptyque de la Goutte de lait de Belleville appartenant à la Ville de Paris, et que vous pouvez admirer, a été vu par des milliers de personnes, reproduit par la gravure, la carte postale ; il est célèbre dans le monde entier. Chacun des trois panneaux représente fidèlement l'une des opérations de la Goutte de lait française : 1° la consultation ; 2° la distribution de lait ; 3° la pesée des nourrissons.

L'an dernier, un peintre reconnaissant, M. Beaupuy, a exposé à la Société des artistes de Paris, une toile représentant « la pédiométrie à la Goutte de lait de Belleville », c'est-à-dire la mensuration d'un bébé avec la toise ; nous n'avons que la photographie de ce tableau qui a été acheté pour partir au pays des dollars.

Dans cette rapide esquisse du développement de la puériculture, il me reste à indiquer sommairement quelques Institutions intéressantes qui ont contribué à ses progrès. Le premier *restaurant gratuit* pour les nourrices indigentes a été ouvert près de nous, rue Ramponneau par M. et Mme Henri Coulet. Toute mère qui se présentait avec un bébé au sein, avait droit à un repas gratuit. L'Œuvre des Cantines maternelles a imité et continué l'œuvre de Mme Coulet.

Qui ne connaît l'institution des mutualités maternelles fondée par M. Félix Poussineau et qui assure un repos aux mères avant et après l'accouchement, pour qu'elles puissent allaiter leur enfant.

Je dois rappeler que l'industrie nourricière a été bien réduite, depuis la guerre, surtout à cause de la plus grande aisance dans les familles de paysans. On a dû suppléer aux nourrices au sein devenues introuvables, et placer les enfants chez des éleveuses au biberon. Mais ces femmes sont souvent ignorantes et ont grand besoin d'être guidées. C'est pour cette raison que l'on a créé les centres d'élevage, en groupant les nourrissons dans certaines localités, où ils peuvent être inspectés régulièrement par des *dames visiteuses* expérimentées, capables de redresser les erreurs commises et d'éduquer les éleveuses.

L'inspection médicale est ainsi complétée par des dames visiteuses bénévoles ou rémunérées, qui remplissent le même rôle que les *visiting nurses* en Amérique et les *lady inspectors* en Angleterre. Le Congrès international de protection de l'enfance, réuni à Rome en 1926, avait mis à son ordre du jour l'étude comparative des résultats fournis par les centres d'élevage et les pouponnières, pour sauvegarder la vie des nourrissons. Dans le rapport que j'ai eu l'honneur de présenter, je n'ai pas hésité à donner la préférence aux centres d'élevage sur les pouponnières, c'est-à-dire au placement individuel, sur l'élevage collectif. Il est bien avéré que l'accumulation des petits enfants dans des locaux communs, l'*internat des poupons* autrement dit, crée des conditions redoutables d'insalubrité et que la contagion y sévit fréquemment. De plus les pouponnières sont fort dispendieuses car elles exigent

un nombreux personnel de berceuses et même de nourrices au sein pour pratiquer l'allaitement mixte, lorsque l'allaitement complet au biberon ne réussit pas, ce qui est habituel. C'est pourquoi j'ai proposé de réserver ces établissements aux enfants débiles ou atteints de tares héréditaires qui, ont besoin d'une surveillance médicale très stricte et qui ne sont pas en état d'être confiés à des nourrices de la campagne.

Je ne m'étendrai pas sur les *crèches* dont l'origine est déjà ancienne puisqu'elle remonte à 1844 : la première fut ouverte par Marbeau, à Chaillot. Elles représentent des asiles nécessaires pour enfants dont les mères sont obligées de travailler en dehors de leur domicile. Malheureusement, j'ai le regret de constater que le fonctionnement de ces établissements n'a pas suivi le mouvement progressif de la puériculture. Dans mon rapport à la première Commission de la dépopulation, en 1902, j'ai déjà réclamé des réformes urgentes, surtout dans les crèches de Paris installées parfois dans des locaux défectueux et insuffisamment dotées pour entretenir le personnel indispensable. Un de mes élèves, le Dr Braunberger, après une sérieuse enquête, a pu dire que les crèches étaient des pépinières d'enfants atrophiques et rachitiques. Récemment, en 1924, la regrettée doctoresse Mulon, dans un rapport sur les crèches présenté au Congrès international de la protection de l'enfance à Bruxelles, réitérait les mêmes *desiderata*, que j'avais déjà formulés en 1902. Il est bien fâcheux que les municipalités ne tiennent pas compte des critiques trop justifiées des hygiénistes pour améliorer le fonctionnement de ces établissements. L'initiative privée a fait cependant quelques efforts pour sauvegarder la vie des enfants séparés de leur mère, quand elles travaillent dans des usines ; certains industriels ont aménagé des chambres d'allaitement ou des garderies : ils y ont joint parfois des consultations de nourrissons.

J'indique en terminant une ingénieuse innovation des accoucheurs qui ont annexé à leurs maternités des consultations prénatales pour diriger l'hygiène des femmes enceintes. C'est une addition fort utile aux institutions de puériculture proprement dites, pour préparer la naissance d'enfants sains et robustes. On peut donc considérer la consultation prénatale comme un prélude à la consultation des nourrissons (1).

Depuis la loi Roussel sur la protection de l'enfance promulguée en 1874, diverses lois de protection des mères ont été votées par le Parlement : mais néanmoins les secours accordés par l'Etat ou par les municipalités sont loin d'être toujours suffisants : je puis citer comme exemple l'allocation dérisoire de 60 fr par mois attribuée aux filles-mères pour les aider à élever leur enfant. Cette somme, étant donnée la dévalorisation de notre monnaie, laisse ces femmes dans le dénuement. Malgré toutes les lois et les crédits votés pour les enfants assistés, M. Louis Martin, n'a-t-il pas dénoncé cette année, à la tribune du Sénat, la condition souvent déplorable de ces petits malheureux et par suite leur haute mortalité ? La loi sur la recherche de la paternité est restée lettre morte.

Je dois condenser brièvement les conclusions qui se dégagent de cet exposé :

1° Le grand mouvement hygiénique pour la protection de la première enfance a été la conséquence des découvertes de Pasteur sur les fermentations du lait.

En nous appuyant sur cette base scientifique, nous sommes parvenus à perfectionner dans une large mesure, l'allaitement artificiel qui n'avait fait presqu'aucun progrès depuis le milieu du XVIIIe siècle, jusqu'à la fin du siècle dernier. Avec l'emploi méthodique des laits stérilisés pour les nourrissons au biberon, les troubles gastro-intestinaux ont été bien atténués et la mortalité par diarrhée a été pratiquement supprimée. Cette année, pendant les fortes chaleurs de l'été nous n'avons pas perdu un seul enfant de diarrhée ou de choléra infantile, sur plus de 500 à la Goutte de lait de Belleville : nous savons que la mortalité par diarrhée représentait autrefois un tiers environ de la mortalité infantile totale de 0 à un an.

(1) Un service prénatal a été ouvert dès 1901 à Edimbourg par Ballantyne.

2° Il était naturel que les médecins français fussent les premiers à appliquer la doctrine pastorienne, d'autant plus que notre pays était le plus menacé par la dépopulation et que nous avons le devoir de sauvegarder la vie de tous les nouveau-nés. C'est ce qui explique la création en France d'institutions nouvelles, telles que les consultations de nourrissons et les Gouttes de lait, pour contrôler l'élevage des enfants du premier âge, pour conseiller les mères inexpérimentées et distribuer du bon lait, lorsque le sein faisait défaut.

Ces institutions si efficaces pour lutter contre la mortalité infantile, furent bien vite connues et imitées par les médecins et hygiénistes étrangers, et se propagèrent en quelques années dans le monde entier.

Depuis la guerre surtout, on a bien vu la nécessité de vulgariser l'art d'élever les nourrissons et de rendre l'enseignement de la puériculture obligatoire pour les jeunes filles, car le péril de la dépopulation n'a pas diminué et l'abaissement de notre natalité reste continu. Il est vrai que le taux de la natalité a baissé également parmi les autres nations d'Europe et surtout en Angleterre, mais nous souffrons encore plus que les autres de la réduction du nombre des naissances, à cause des immenses sacrifices de vies que nous avons dû faire pour nous défendre contre la barbarie germanique. Si l'on ne veut pas voir la race française céder la place à l'immigration étrangère dans notre territoire devenu trop vaste pour nous, il faut que la France se repeuple.

Mais cette grave question de la natalité, comme je l'ai rappelé l'an dernier, n'est pas du ressort des médecins, dont le rôle se borne à prévenir et à combattre les maladies et à lutter contre la mortalité. Il appartient aux Pouvoirs publics de faire les plus grands efforts et de prendre toutes les mesures énergiques nécessaires pour favoriser et stimuler notre natalité. Que l'on suive l'exemple des philanthropes généreux et des grands patriotes, tels que MM. Etienne Lamy et Cognacq qui ont fait des dons magnifiques pour encourager et honorer les familles nombreuses ! L'avenir et la grandeur de la France, dépendent de notre natalité qui ne doit pas rester défaillante.

Rythme paradoxal de la sensation de fatigue et de l'asthénie dans une forme particulière de neurasthénie,

Par le Dr M. MONTASSUT,
Ancien chef de clinique à la Faculté.
Médecin de l'Hôpital psychiatrique Henri Rousselle.

Depuis plusieurs années — surtout dans le service de notre maître, le Dr Toulouse — il nous a été donné d'observer un certain nombre de neurasthéniques offrant entre eux de telles analogies qu'il nous a paru légitime de les isoler des formes polymorphes afin de les étudier plus utilement. La caractéristique de leur état réside dans la fixité d'un rythme quotidien très spécial de la sensation de fatigue et de l'asthénie ; surtout dans leurs modifications paradoxales sous certaines influences.

Nous passerons rapidement sur les symptômes connus et communs aux états neurasthéniques pour insister sur les particularités de ce syndrôme. Il s'agit d'états chroniques évoluant souvent depuis plusieurs années, souvent sans cause appréciable : certains même semblent constitutionnels — n'accordant du reste à ce terme qu'une valeur toute provisoire. Les antécédents aigus, infectieux ou toxiques, le surmenage habituel, les traumatismes, sont ici rarement retrouvés. Par contre, les signes d'auto-intoxication chronique sont particulièrement fréquents

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des teignes par l'acétate de thallium, par le Dr Jesus-Gonzales URUENA. Un volume de 144 pages avec 9 figures : 18 francs. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est une mise au point complète du *Traitement des teignes* par l'acétate de thallium tel qu'il est actuellement appliqué par certains spécialistes du cuir chevelu. Le professeur Uruena, de Mexico, fut l'un des protagonistes de cette méthode.

L'ouvrage debute par une partie chimique et expérimentale et par un chapitre sur l'action biologique de l'acétate de thallium.

Le chapitre le plus important de l'ouvrage est consacré à la thérapeutique. L'auteur indique les modalités du traitement tel qu'il a été réglementé et fournit des statistiques ; il en conclut à la généralisation progressive de ce procédé de traitement au fur et à mesure que les médecins en connaîtront les heureux effets et l'innocuité.

Si les effets toxiques du thallium sont en effet connus, surtout sur les reins et l'appareil digestif, ce corps est inoffensif, lorsqu'il est manié prudemment et aux doses thérapeutiques.

Leucoplasie et kraurosis vulvaires. Etude anatomo-pathologique. Traitement chirurgical, par C. SOBRÉ-CASAS et Felipe F. CARRANZA. Préface du professeur J.-L. FAURE. Un volume de 120 pages avec 26 figures et 2 planches en couleurs : 30 fr. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Trente-sept observations personnelles, de nombreuses coupes histologiques ont permis à MM. Sobré-Casas et Carranza de donner leur opinion motivée sur cette affection.

On trouvera dans ce livre, après un aperçu historique, un chapitre sur la *symptomatologie* de l'affection dont le signe le plus fréquent est le prurit vulvaire ; des indications sur le *diagnostic* facile par le seul aspect des lésions mais que l'on peut demander à la biopsie de confirmer ; puis une étude *anatomo-pathologique* très complète, accompagnée d'un grand nombre de reproductions histologiques.

Enfin, les auteurs terminent cet ouvrage par le *traitement* de ces affections. Ils considèrent le traitement par les agents actino-thérapiques seuls, comme insuffisant et conseillent le traitement chirurgical, non seulement curatif, mais aussi prophylactique. Ils indiquent la technique, qui ressort clairement d'ailleurs des planches opératoires.

La plupart des cas relatés dans les observations sont très illustrés.

Les abcès du poumon, par Michel-Léon KINDBERG. Un volume de 134 pages avec 21 figures. (Collection Médecine et chirurgie pratiques) : 14 fr. Masson éditeurs, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Le docteur Kindberg se cantonne dans le domaine de la « pathologie interne » ; il élimine de cette étude les abcès dus à un traumatisme direct — corps étrangers bronchiques ou blessures — d'évolution comme d'étiologie très spéciales, dont les indications thérapeutiques sont très particulières. Il élimine aussi de parti pris l'une des divisions classiques des abcès pulmonaires, les abcès dits pyémiques multiples et de petite taille, simples incidents au cours de septico-pyohémies rapidement mortelles.

Les suppurations fétides et putrides sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus caractéristiques des suppurations pulmonaires ; ce sont elles que le plus souvent rencontre le praticien ; l'auteur leur consacre la plus grande partie de ce livre.

Il décrit le syndrome clinique de ces suppurations, utilisant tous les moyens de recherche nouveaux accessibles au médecin : *radiologie, radiographie après injection intra-trachéale de lipiodol, pratique bronchoscopique, recherches bactériologiques*, permettant de découvrir à côté du pneumocoque, le rôle du streptocoque, du pneumobacille de Friedlander, des anaérobies, l'association fusospirillaire signalée si fréquemment dans les abcès fétides et gangréneux.

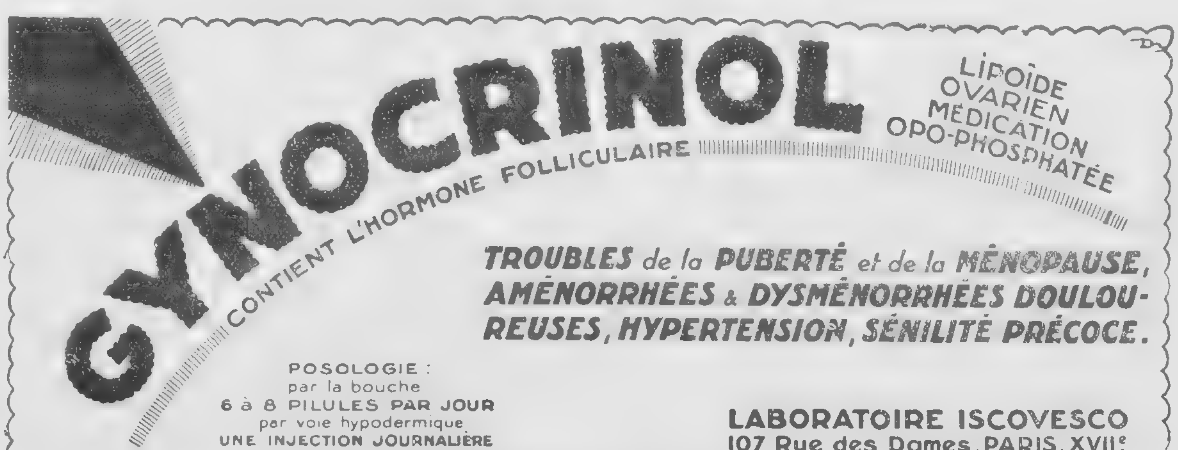
Il indique l'état actuel de la thérapeutique : médicale d'abord, de nature biologique ou même diététique, puis chirurgicale : drainage, collapsothérapie.

L'ouvrage se termine par une bibliographie des articles récents parus depuis janvier 1926.

Eléments d'histologie, par P. BOUIN, professeur à la Faculté de médecine de Straabourg. (1 vol. in-4°, sur papier couché, relié toile bleue : 120 fr.). (Librairie Félix Alcan).

Ces « éléments d'histologie » comprendront deux volumes dont le premier paraît actuellement. Il renferme dans une première série de chapitres consacrés aux questions de cytologie générale, l'étude de la cellule envisagée au point de vue morphologique et physico-chimique, celle de la différenciation et de la spécificité cellulaire, celle de la division mitosique et de la physiologie cellulaire, enfin un examen sommaire des éléments différenciés, avec leur classification par catégories fonctionnelles. On passe ensuite en revue dans une deuxième série de chapitres l'histologie élémentaire des éléments de soutien, musculaires et nutritifs, avec le sang, les organes hématopoïétiques, les conduits vasculaires lymphatiques et sanguins. L'auteur a écrit ce livre pour les étudiants en médecine et a voulu limiter ses descriptions aux seules données indispensables, en laissant de côté toutes les particularités structurales dont la signification fonctionnelle n'est pas encore clairement connue. Des notions plus étendues sont imprimées en petit texte : tels la physico-chimie des colloïdes pistoplanniques, le problème de la différenciation et de la spécificité cellulaire, la caryocinèse envisagée au point de vue de son déterminisme et de son arrêt à la fin de la croissance, la physiologie cellulaire, les propriétés fonctionnelles des globules blancs et des globules rouges, le système réticulo-endothélial, l'histophysiologie des capillaires...

L'étude un peu détaillée de ces grandes questions a eu pour objet de montrer aux jeunes lecteurs la véritable signification de l'histologie et son caractère de discipline biologique générale. L'auteur a placé à la fin des chapitres un court index bibliographique et un résumé qui aidera sans doute l'étudiant à retenir les idées directrices et les faits essentiels.



ainsi que cela a souvent été rapporté (Bouchard, Page, Leven). Des signes cardinaux décrits par Charcot, seule, l'asthénie est constante.

L'affection se rencontre surtout chez l'adulte du sexe masculin ; la profession ne joue pas de rôle particulier.

De taille habituellement au-dessus de la moyenne, longilignes, ces malades se signalent par leur habitus asthénique. La dystrophie du tissu élastique se traduit par une propension marquée aux ptoses diverses. Le teint est mat, parfois subictérique, la maigreur habituelle.

L'asthénie est le seul signe constant. Elle s'accompagne d'une sensation particulièrement pénible, qui, comme l'a montré Maurice de Fleury (1) n'est pas comme certains pensent, un produit imaginaire, mais une réalité objective. La lassitude laisse le plus souvent intacte le potentiel énergétique du sujet, mais cette énergie se dégrade rapidement le plus souvent en manifestations anxieuses et s'épuise, comme Deschamps (2) l'a montré.

Chez nos malades, le réveil est pénible et difficile, la somnolence, souvent invincible, diffère fréquemment l'heure du lever. A cette occasion, l'asthénie et la sensation de fatigue sont au maximum. Elles se traduisent par l'obnubilation intellectuelle, des états crépusculaires, au cours desquels le malade « engourdi » est capable cependant d'un certain automatisme moteur. L'idéation est lente, l'orientation pénible, les tendances pessimistes fréquentes. Même ralentissement dans le domaine psychomoteur : distraction, maladresse, incertitude et lenteur des mouvements. La sensation musculaire est particulièrement pénible : endolorissement, difficulté et douleur à la mobilisation, sensation de raccourcissement et de durcissement des masses musculaires, exagération des rachialgies.

Impropre à tout travail intellectuel ou manuel dès le réveil, le malade voit lentement se dissiper les symptômes matinaux. Ce retard à la mise en train peut du reste être écourté sous l'influence d'émotions vives, de sollicitations impérieuses, d'un exercice physique modéré (marche par exemple, la gymnastique au saut du lit étant trop pénible), d'ablutions tièdes sans frictions vigoureuses, de mise à nu, etc.

Vers la fin de la matinée, la plupart des manifestations inhibitrices disparaissent sans que le malade perçoive cependant un sentiment d'allant. Le déjeuner n'apporte pas la sensation d'euphorie habituelle ; au contraire, fréquemment après lui réapparaissent la somnolence, l'atonie intellectuelle et la sensation de fatigue associée aux phénomènes d'hyposthénie gastrique.

La sensation de bien-être apparaît au milieu de l'après-midi : c'est « la guérison de 5 heures du soir ». L'activité intellectuelle devient aisée et effective. Elle s'accompagne d'une sensation d'alacrité musculaire. A cette heure-là, disait un malade « je me défatigue ». Le dîner ne détermine que très épisodiquement la réapparition de la fatigue, se traduisant par une légère incitation au sommeil. Le malade en triomphe aisément ; c'est après dîner et souvent tard dans la nuit qu'il travaille à plein rendement souvent à la faveur d'un léger état d'excitation intellectuelle et psycho-motrice accompagnée d'une euphorie manifeste. Le besoin de sommeil est tardif et le malade se couche, sauf dans le cas de surmenage, moins fatigué qu'il ne s'est levé. Le paradoxe est flagrant : il paraît souvent scandaleux pour la famille, étonnée de voir le malade, découragé et endolori du matin, solliciter un interlocuteur à des heures tardives, pour échanger des idées générales ou refondre le plan de son existence. Cette contradiction n'a du reste pas échappé au bon sens populaire qui remarque que « ceux qui sont du soir ne sont pas du matin » et peut-être conviendrait-il d'interpréter ainsi la maxime : La fortune sourit aux activités matinales, car elles ne sont pas neurasthéniques !

Influence du travail. — Elle est manifeste au cours du rythme quotidien de fatigue ; les troubles de notre malade ne rétrocèdent qu'en fin de journée après le travail lorsque la fatigue physiologique apparaît. Cette fatigue consécutive à l'effort intellectuel ou physique masque ou semble neutraliser la fatigue idiopathique. Néanmoins, poussé trop loin, le travail peut aboutir à un état de surmenage avec asthénie associée à de l'excitation psychomotrice. Ainsi, maintenu entre certaines limites, le travail modifie heureusement l'état habituel de ces neurasthéniques. Le travail musculaire est habituellement moins bien supporté : néanmoins, tous nos malades considèrent une marche matinale de courte durée comme une excellente mise en train.

Influence du repos. — Elle découle de ce que nous venons de dire : comme le travail, il ne doit s'exercer qu'entre certaines limites. Chaque repos s'accompagne d'une nouvelle difficulté à l'action, une aggravation de la sensation de fatigue. Les vacances, même sédentaires, ont habituellement un fâcheux effet et ces malades sont souvent plusieurs semaines à « se remettre de leur congé ».

Influence du sommeil. — Satisfaisant chez la plupart, profond en ses dernières heures, il rend particulièrement pénible le réveil. Les malades déplorent l'impossibilité où ils sont de se réveiller aisément car ils écourteraient leur nuit ayant remarqué « qu'une bonne nuit les fatigue » et qu'une nuit écourtée, voire insomnique, atténue cet état. Le sommeil, dans une atmosphère trop chaude cause un réveil particulièrement pénible.

Influence des repas. — Souvent fugace, elle se traduit après le déjeuner par la réapparition de la fatigue et de la somnolence : après le dîner, par une atténuation discrète du bien-être vespéral. L'action des excès alimentaires est souvent à retardement, parfois au-delà de 24 heures ; elle se traduit par l'aggravation de l'intensité et de la durée de l'asthénie, les troubles gastro-intestinaux peuvent d'ailleurs fréquemment demeurer larvés. L'ingestion d'alcalins aggrave les symptômes. Le jeûne passager les atténue surtout si le malade conserve son activité.

Influence de la respiration. — Ces malades sont pour la plupart des insuffisants respiratoires ; la gymnastique respiratoire modérée améliore sensiblement le sentiment de fatigue : par contre l'hyperpnée l'aggrave rapidement. Nous imputons en grande partie au rythme respiratoire nocturne un rôle important dans la pathogénie de l'asthénie matinale.

Sexualité. — L'appétit sexuel suit très fidèlement le rythme énoncé : très discret au réveil, il se manifeste plus spécialement en fin d'après midi — entre chien et loup. Le coït matinal, souvent pénible, aggrave considérablement la sensation de fatigue ; les malades déclarent être toute la journée « à s'en remettre » : les rapports sexuels, vespéraux ou nocturnes, n'entraînent pas de réaction analogue et paraissent peu influencer l'état psycho-physiologique du réveil.

L'hydrothérapie. — Pratiquée dans certaines conditions, l'ablution d'eau fraîche en particulier, apporte un soulagement ; la douche tiède, les frictions vigoureuses, n'améliorent pas sensiblement. Les bains trop chauds aggravent la sensation de fatigue, que l'on atténue souvent très simplement par les exercices très modérés, pratiqués à nu.

***

Le rythme de l'asthénie n'est qu'apparemment paradoxal ; il paraît échapper aux lois de la fatigue musculaire, néanmoins, nous pensons cependant l'interpréter à la lumière de travaux récents.

Rythme de la fatigue et modifications de l'équilibre acide base. — L'alcalose a été fréquemment signalée dans les états neurasthéniques ; la diathèse alcaline de Joulie a été récemment et d'une façon très heureuse élargie par Goiffon (3) ; nous croyons que l'alcalose varie quotidiennement et parallèlement à la sensation de fatigue et à l'asthénie. L'interprétation de la clinique montre que toutes les causes provocatrices ou modificatrices de l'al-

calose sont précisément facteur du rythme que nous avons signalé. La sensation de fatigue s'exagère au cours de l'alcalose post-prandiale, des cures alcalines prolongées, de l'hyperpnée, de l'alcalose gazeuse par hyperventilation pulmonaire au cours de balnéation trop chaude, etc.

Pour des causes vraisemblablement analogues, déperdition de CO^2 alvéolaire, le sommeil dans une atmosphère surchauffée aggrave l'asthénie matinale. Réciproquement, l'alcalose sanguine réagit en limitant la ventilation pulmonaire (respiration superficielle des neurasthéniques). Les facteurs d'amélioration clinique sont des agents acidosants : travail, surmenage, jeûne : l'amélioration spontanée de 5 heures du soir, à la fin du travail, relèverait d'un processus acidosant capable de neutraliser l'alcalose de l'asthénie matinale.

Il nous a paru intéressant de demander au laboratoire. confirmation de cette hypothèse. Avec Delaville, Thomas et Tcherniakowski, nous avons entrepris, dans le service du Dr Toulouse, la mesure des états d'alcalose sanguine en fonction de la fatigue optima du matin et de l'amélioration vespérale. Les recherches sont en cours ; les premiers résultats obtenus nous ont paru significatifs : l'alcalose élevée du matin s'atténue très nettement avec l'amélioration du syndrome clinique.

Observations. 1er malade. — Réveil avec fatigue intense chez un neurasthénique constitutionnel, amélioré en fin de journée. Au réveil pH 7,66 ; réserve alcaline 74,97. A 17 heures, amélioration clinique manifeste, pH 7,49 ; réserve alcaline, 56,60.

2e malade. Syndrome paradoxal de fatigue chez un lithiasique hépatique. Au réveil, pH 7,43 : réserve alcaline : 69,17. A 17 heures, pH 7,44 ; réserve alcaline, 55.

3e malade. Etat neurasthénique ancien, atténuation légère du syndrome. Au réveil, pH 7,52 ; réserve alcaline, 67,49 ; à 17 heures, pH 7,46 ; réserve alcaline, 60,49.

Ainsi, la neurasthénie apparaît comme une diathèse alcalosique, ainsi qu'il avait été indiqué (Joulie, Goiffon) ; mais encore, son rythme est fonction des variations physio-pathologiques de l'équilibre acide-base. Nos observations, trop restreintes, ne nous permettent pas encore de conclure. Mais nous signalerons, après bien d'autres, l'influence heureuse des acides minéraux (acide phosphorique en particulier) dont l'administration judicieuse a pu rompre dans certains de nos cas le rythme même de la fatigabilité (l'administration nocturne améliorant l'asthénie matinale).

Rythme de la fatigue et modifications du tonus neuro-végétatif.

Le syndrome clinique peut être encore interprété à la lumière des données fournies par l'examen neuro végétatif. Les symptômes matinaux appartiennent pour la plupart à la vagotonie : état nauséeux, ralentissement de la circulation périphérique (ainsi que nous l'avons signalé avec Lamache) (4), respiration superficielle, tendance aux spasmes, mais surtout dépression, asthénie et somnolence. Le syndrome vespéral ou nocturne emprunte un certain nombre d'éléments aux états sympathicotoniques. Mais nous nous trouvons ici au point de vue clinique — les recherches en cours paraissant du reste confirmer cette interprétation — en présence d'un état de neurotonie alternante caractérisé selon Guillaume (5) par une forme sinusoïdale de périodes vagotoniques et sympathicotoniques qui se reproduisent ici quotidiennement. Les corrélations entre le rythme clinique, l'équilibre acide-base et le tonus neuro-végétatif paraissent assez étroites. Du reste Martinet (6) signale la coexistence fréquente de la vagotonie avec la carbophosphaturie. Goiffon fait de l'asthénie un caractère de vagotonie, l'alcalose ayant été décrite comme une manifestation de l'hypervagotonie (résultat ou cause ?) Dans une série de recherches Laignel-Lavastine, en établissant à un moment constant de la journée (7) l'état du tonus neuro-végétatif et du pH urinaire a constaté chez divers malades dont un certain nombre de déprimés anxieux, un « parallélisme assez frappant entre l'alcalose urinaire et la vagotonie ». Dresel (8) assimile la sympathicotonie à l'acidose des tissus et du sang, la vagotonie à l'alcalose.

Fatigue et insuffisance hépatique. — Cette notion est bien connue des hépatologues. Glénard (9) en particulier a signalé la discontinuité de la fatigue chez les malades atteints d'hépatisme ; nous avons insisté avec Lamache (10) sur la fréquence de l'insuffisance hépatique chez les neurasthéniques ; ils sont, comme les alcooliques, particulièrement sensibles aux chocs hémoclasiques. Nous estimons qu'il conviendrait, comme nous l'avons fait pour l'alcalose et la vagotonie, de rechercher les modifications des fonctions hépatiques au cours du rythme quotidien de fatigue.

Comme Hasselbach l'a montré, le foie intervient dans la régulation de l'alcalose sanguine et peut-être conviendrait-il de lui imputer les modifications signalées en tenant compte aussi des influences réciproques des fonctions hépatiques et neuro-végétatives. Leur relation est étroite, ainsi qu'il apparaît au cours de l'épreuve de l'hémoclasie digestive qui peut, ainsi que l'a montré Santenoise (11), être indifféremment employée comme procédé d'investigation hépatique ou moyen d'exploration neuro-végétative.

***

La clinique permet d'isoler, des états neurasthéniques polymorphes, une forme caractérisée essentiellement par un rythme particulier de la sensation de fatigue, reproduit quotidiennement avec une grande constance et modifié par certaines influences, dont certaines paraissent paradoxales. La grande fixité du rythme permet une étude plus serrée de l'état neurasthénique dont on a surtout étudié — en s'exposant ainsi à quelques erreurs — « l'état habituel ». Les recherches entreprises parallèlement à l'observation clinique : équilibre acide-base, tonus neuro-végétatif et insuffisance hépatique nous ont permis des constatations intéressantes qui font espérer une meilleure interprétation pathogénique de cet état et des déductions thérapeutiques plus efficaces.

(1) MAURICE DE FLEURY. — Les grands syndromes neurasthéniques, Paris, 1901.

(2) DESCHAMPS et VINCHON. — Les maladies de l'énergie. Alcan, 1927.

(3) GOIFFON. — Alcalose et diathèse alcaline. (*Presse médicale*, 1er sept 1928.)

(4) MONTASSUT et LAMACHE. — Réactions vaso-motrices chez les cénestopathes. (Société de psychiatrie, mars 1926.)

(5) GUILLAUME. — Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies. (Masson 1928.)

(6) MARTINET. — Energétique clinique. (Masson 1925.)

(7) LAIGNEL LAVASTINE. — Vagotonie et alcalose. (*Presse médicale*, 29 sept. 1928.) — LAIGNEL-LAVASTINE et CORNÉLIUS. — Le pH urinaire et le titrage des acides organiques chez les anxieux et les déprimés. (Soc. Biol. 18 oct. 1924.)

(8) DRESEL. — Zur pathogenese und differential diagnose Vegetatives Störungen. (*Klin. Woch.* 1924.)

(9) GLÉNARD. — *Gazette des hôpitaux*, avril 1920.

(10) MONTASSUT, LAMACHE et DAUSSY. — Hépatisme et fatigue. (*Encéphale*, mai 1927.)

(11) SANTENOISE. — Anaphylaxie et déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente, Paris 1922.

SANTENOISE (en collaboration H. CLAUDE et SCHIFF). — Variations digestives du taux leucocytaire, leurs rapports avec l'état neuro-végétatif et l'insuffisance hépatique. (*Annales médecine*, 7 juillet 1923.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Du Maroc en France par Marseille
Visite de tous les bagages au départ de Casablanca

Les voyageurs s'embarquant à Casablanca pour la France sont tenus, à leur arrivée à Marseille, de faire visiter leurs bagages contenant des objets passibles de droits de douane. Seuls les bagages contenant des objets exempts de droits et non prohibés peuvent être visités au départ de Casablanca.

A partir du 1er décembre 1928, tous les bagages enregistrés directement sur une gare française seront visités par la douane au départ de Casablanca qu'ils contiennent ou non des objets passibles de droit de douane. Les voyageurs seront ainsi déchargés de tout souci à leur arrivée à Marseille.

FAITS CLINIQUES

Un cas de pseudo-démence précoce.

Par M. NATHAN.

L.. est une grande fille de 14 ans, fort bien développée, dont la maladie, au dire de la mère, remonte à un mois. Jusque-là elle n'avait donné que des satisfactions : intelligente, studieuse, de conduite et d'éducation irréprochables, elle venait d'être reçue brillamment à une école professionnelle de la ville.

Il y a donc un mois, à la plage, L... prend un coup de soleil, perd connaissance et tombe dans une flaque assez profonde, d'où ses compagnes la retirent aussitôt. Elle est ramenée chez elle et demeure « inanimée » pendant plusieurs heures ; avant de reprendre ses sens, elle aurait présenté des crises hystériformes, et depuis elle serait demeurée dans l'état où nous la voyons à notre première visite.

L. est devenue instable, bouscule tout ce qu'elle trouve sous la main, bavarde à tort et à travers, ricane à tout propos ou pleure sans raison, ne suit pas la conversation. Elle tient des propos orduriers, fait, des gestes obscènes. Il faut cependant noter ce fait qui a son importance : lorsqu'elle a tenu de tels propos, exécuté de tels gestes, elle dit aussitôt : « C'est mal ce que je dis, mais je le dis tout de même ». Une phrase revient à chaque instant : « Le petit X est un vilain garçon, il m'a fait faire de vilaines choses ».

J'essaye de fixer son attention, je l'invite à me fournir des explications sur cette phrase : je n'obtiens que la répétition stéréotypée de la même phrase avec les mêmes gestes. Impossible de tirer d'elle le moindre raisonnement. La mémoire est conservée sous sa forme brute. Elle venait de passer son brevet d'instruction : je lui demande au hasard la date de la St-Barthélemy, elle me répond immédiatement 1672 (72, on le voit, est exact). Je ne peux lui faire rectifier son erreur en lui demandant sous quel règne : en dehors du chiffre ainsi tronqué rien à sortir d'elle.

L'examen physique est complètement négatif : aucune ébauche de catatonie, qu'on aurait pu s'attendre à trouver en pareil cas, puisque, comme vous l'avez déjà deviné, c'est vers le diagnostic de démence précoce à forme hébéphrénique que l'on se trouve tout d'abord orienté. Le collègue, qui m'avait adressé cette fillette, y avait pensé, tout en rétorquant en doute sa première impression, ce en quoi il avait tout à fait raison. Discutons ce diagnostic.

***

Si vous ouvrez en effet un ouvrage traitant de cette forme de démence précoce, vous trouverez de multiples observations ainsi conçues. « Un jeune sujet, un adolescent, qui jusque-là avait un comportement normal, était intelligent, travailleur, affectueux, devient soudain indifférent, perd toute activité, tout goût au travail. Ses propos sont puérils, ses réflexions, ses jeux, ne sont plus ceux de son âge ; ses phrases prennent un tour enfantin, ses réactions sont incohérentes, ses attitudes ont une afféterie de mauvais goût (maniérisme) ; peu à peu il arrive aux stéréotypies de langages et d'attitudes. »

Certains traits de ce tableau s'appliquent à notre malade ; on les aura aisément saisis au passage : mais pour qui a l'habitude de tels sujets, ce diagnostic impose de sérieuses réserves.

En effet, le début est rarement aussi brusque dans la démence précoce classique. L'affectivité de L. était diminuée, mais non pas éteinte : cette grande fille se blottissait contre sa mère, peut-être à la façon d'un bébé, mais, sous cet aspect puéril, ce n'est pas le geste du dément précoce.

Ajoutons encore à ces caractères la pertinence réelle de cette parole qu'elle répète : « Le petit X. est un vilain etc. » Le père a été réellement choqué, à plusieurs reprises, des allures de cet adolescent et était près de faire un esclandre. Il s'agit donc, en l'espèce, d'une obsession plutôt que d'une stéréotypie à proprement parler ; c'est du reste ce que démontrera l'évolution ultérieure. Ce caractère est encore souligné par ce fait que, lorsque L. lance un vilain mot, elle ajoute aussitôt : c'est mal ce que je dis, mais je ne puis faire autrement.

***

Pour toutes ces raisons, nous éliminons le diagnostic de la démence précoce, mais lequel lui substituer ?

L'hypothèse de séquelle d'encéphalite épidémique ne peut se soutenir, car l'enfant n'en a jamais présenté le moindre symptôme et n'en garde pas le moindre stigmate.

Or, en l'espèce, il nous serait difficile de formuler un diagnostic, suivant les nomenclatures en cours. Aucune de leurs rubriques ne convient à notre cas.

Ce n'est pas une rareté à l'heure actuelle, et plus on fait ce que l'on appelle actuellement « de la psychiatrie en profondeur », plus nombreux sont les cas qui ne rentrent point dans les cadres établis. Ce n'est là qu'un léger inconvénient ; comme nous pourrons nous en rendre compte dans un instant. Du reste, aurait-on prononcé le nom de démence précoce, ce diagnostic, même pris au sens formaliste du mot, aurait manqué non seulement d'à propos, mais encore de précision.

Depuis ces dernières années, en effet, la question de la démence précoce est en pleine révision, grâce aux travaux de Bleuler, de Kretschner, du professeur Claude et de ses élèves. Ce fut un des grands mérites de Bleuler de montrer qu'un grand nombre de déments précoces, considérés par définition comme des déments, c'est-à-dire comme privés d'intelligence et de jugement, ne sont en réalité que des distraits chroniques. Si l'on arrive à capter, pour un instant, leur attention, on est étonné de la pertinence et même de la profondeur de certaines de leurs réponses. Entre le distrait et le rêveur habituel d'une part, et ces sujets d'autre part que, Bleuler a dénommés « schizophrènes », s'étage toute une gamme d'individualités dont la diversité défie toute nomenclature et pour lesquelles Claude et ses élèves ont établi la gradation de schizoïdes, schizomanes, et schizophrènes. Mais ce qu'il faut savoir, ce qu'ont bien mis en évidence Repond et P. Janet au dernier congrès, c'est que des schizophrènes avérés, complètement séparés du monde, figés dans leurs attitudes somatiques et psychiques ont pu, durant des heures, des jours et même des semaines, se comporter comme des sujets normaux et même intelligents. Leurs facultés psychiques étaient donc inhibées, mais non détruites. Le point, qui sépare Bleuler du Professeur Claude est le suivant : pour Bleuler tous les sujets antérieurement étiquetés » déments précoces » ne sont pas des déments, mais des inhibés, des retranchés du monde, des schizoïdes, pour employer sa terminologie. Pour Claude il y aurait parmi eux des schizoïdes, mais aussi des déments suivant l'ancienne formule.

***

Revenons à présent à notre malade, et à défaut de formule, cherchons à pénétrer la cause même de son mal. Nous verrons qu'une recherche de ce genre n'a rien d'impossible, ni même de platonique, puisqu'elle nous a conduit au traitement idoine.

Il ne s'agit donc pas de démence précoce ; or parmi les cas qui figurent dans le cadre tout provisoire des « pseudo-déments précoces », se placent toute une série de malades, qui sont demeurés accrochés, pour ainsi dire, à cer-

tains épisodes particulièrement douloureux de leur existence, à certains complexes pour employer l'expression de Freud. Dans des cas semblables, le professeur Claude a eu recours à l'éthérisation. Sous l'influence de quelques bouffées d'éther, le sujet, quelques minutes avant son réveil, se laisse aller à ses pensées, et, lorsqu'on l'interroge, ou même parfois de lui-même, il extériorise ce ou ces souvenirs douloureux, qu'il célait jalousement à l'état de veille. Tandis que le dément n'extériorise qu'un vain bavardage, le non-dément précoce laisse souvent échapper son secret.

C'est ainsi que nous avons procédé pour L. : nous l'avons fait entrer dans une maison de santé et lui avons donné de l'éther. Voici ce que nous avons appris :

Il y a deux ans environ, L. couchait dans la chambre voisine de celle de ses parents, dont la porte était restée ouverte. Un jeu de glaces la fit assister à leurs rapports ; elle en fut bouleversée, mais n'en parla à personne. Une circonstance contribuait à donner à ce coït un caractère prohibé ; c'est que sa mère aurait dit à son mari : « ce n'est pas permis aujourd'hui ». Le propos était exact.

Les privautés du petit camarade sont également évoquées, elles n'ont pas été bien loin, bien que la fillette les considère comme une faute grave. Elle en veut à ce jeune garçon de l'avoir rendue coupable. Heureusement elle n'a pas eu le scrupule d'une confession incomplète, qui eût comporté un pronostic plus grave.

A quelques jours d'intervalle nous reprenons la conversation avec L. qui, malgré quelques crises d'agitation, s'est beaucoup améliorée. Nous revenons sur ces épisodes, que la conversation sous l'éther nous avait révélés. L'épisode fondamental et réellement traumatisant a été la vue des rapports sexuels. L'enfant avait toujours été fort attachée à ses parents, qu'elle tenait en très haute estime ; or les rapports qu'elle avait vus, elle les considérait comme un acte de lubricité, d'impudeur ; ses parents avaient dérogé dans son estime et elle en souffrait cruellement, sans avoir osé s'en ouvrir à personne. Il nous fut facile de remettre les choses au point en rectifiant les idées de la fillette sur la sexualité ; elle en éprouva un grand soulagement : elle pouvait à nouveau considérer ses parents comme des êtres parfaits. En quelques mots également nous la rassurons sur les idées de culpabilité qui avaient résulté des privautés du petit camarade.

La guérison s'affirma de jour en jour et trois semaines après son entrée à la maison de santé, L. était revenue à son état normal. Tel est le fait, qui est loin d'être un cas isolé.

***

Et pourtant notre esprit ne peut encore se déclarer satisfait : une dernière question se pose. Quel rapport établir entre l'insolation et l'éclosion de la psychose, puisque cette dernière a suivi l'insolation et que l'incident traumatisant datait de plus de deux ans ? L'enfant nous a lui-même fixé sur ce point. Pendant ces deux ans, disait-elle, elle n'avait pas oublié ce qu'elle avait surpris, mais elle avait eu l'énergie suffisante pour garder en elle ce secret, qui la torturait ; de même pour l'incident du jeune camarade. Ce sont précisément ces inhibitions que l'insolation avait levées, de même que les états qui suivirent, et dont la malade ne conserve qu'un souvenir confus. Pour employer l'expression de Mignard, l'auto-conduction (et il entend ici un système bien différencié) s'était relâchée et avait libéré ces automatismes psychiques, auxquelles elle aurait dû commander. La crise d'hystérie représenterait pour lui un phénomène du même genre, qui déterminerait non seulement la libération des automatismes psychiques, mais encore celle des automatismes moteurs. Notre regretté collègue parle du reste d'auto-conduction psycho-motrice. Si nous la connaissons mal au point de vue anatomique, cette fonction, au point de vue psychique, est loin d'être une pure vue de l'esprit.

Voilà donc le cas de L. : à peu près élucidé ; il ne lui manque qu'une étiquette, ce qui est à notre avis un point bien secondaire. Il comporte en revanche un enseignement des plus importants, c'est de ne pas porter trop facilement, comme on le faisait encore il y a peu d'années, un diagnostic de démence, c'est-à-dire un pronostic d'incurabilité probable. Nous avons, je l'espère, montré chemin faisant comment on évite une pareille erreur.

VARIETES

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Silhouettes de chefs et d'internes en 1883.

L'HOPITAL ST-LOUIS : *Ernest Besnier, Alfred Fournier, Lailler, Emile Vidal. — Un Tartufe jovial. — L'internat en pantoufles. — L'opéra-bouffe à l'hôpital. — Mœurs des internes. Bal de l'internat.*

Observant la fréquence des lésions cutanées chez les enfants, je regrettais de n'avoir pas une occasion de passer par l'hôpital Saint-Louis au cours de mon internat, lorsque la mort inopinée d'un collègue, qui y avait retenu pour 1883 une place, rendit celle-ci vacante et je fus agréé par le chef de service. A la vérité ce chef n'était pas très recherché pour lui-même ; il jouissait, si j'ose dire, d'une mauvaise réputation au point de vue de l'honnêteté professionnelle et je ne tardai pas à constater qu'on ne le calomniait pas.

Vieillard vif, d'un teint blanc et rose, très soigné, libertin dans ses propos, quoique catholique pratiquant et marguillier de sa paroisse, il ne tarissait pas en anecdotes gaillardes ; lettré, aimant les voyages, il avait publié plusieurs volumes où il en racontait les incidents. Comme dermatologiste, s'il avait été dans sa jeunesse au courant des connaissances de son temps, il avait négligé les acquisitions modernes ; dans son service on ne pouvait guère apprendre que les éléments du diagnostic ; mais, comme il commençait sa visite de très bonne heure et la terminait vite, son interne était libre d'assister après son départ aux visites des autres médecins.

Ceux-ci étaient le professeur Alfred Fournier, prince des syphiligraphes et professeur éloquent, d'une compétence moins évidente en dermatologie ; le vénéré Lailler, qui connaissait si bien les maladies populaires et les dermopathies professionnelles ; Emile Vidal, à la tournure militaire, qu'était fort instruit et s'il parlait péniblement, maniait avec maestria les scarificateurs ; enfin Ernest Besnier, dont l'influence éducatrice a été très grande sur moi.

Ce dernier faisait des visites et des consultations externes particulièrement instructives, des examens de malades d'une merveilleuse minutie, dictant des observations scrupuleusement exactes dans les moindres détails et s'interrompant souvent pour exposer les vues les plus fines et les plus larges à la fois sur les classifications, l'étiologie et la thérapeutique. Ses leçons étaient les plus suivies ; on y apprenait toujours quelque chose.

Ernest Besnier qui, avant de se spécialiser, avait approfondi la pathologie générale et développé ses qualités en clinique courante, eût dû être le professeur officiel de clinique dermatologique, si l'étroite organisation de notre recrutement professoral ne l'en eût empêché, parce qu'il n'était pas agrégé. Mais son enseignement libre a été aussi fructueux que s'il eût été consacré par l'élection de la Faculté. Il avait retenu de ses grands prédécesseurs à Saint-Louis les meil-

(1) Voir le n° du 1er décembre 1928.

leures traditions, avait gardé de Bazin les notions de l'influence des diathèses sur l'évolution des lésions de la peau, conservé des classifications de Willan et Bateman ce qui était viable, et suivi avec la plus scrupuleuse attention les découvertes histologiques de l'Ecole de Vienne ; traducteur et annotateur des livres de Hebra et de Kaposi, il ne trouva pas le loisir d'écrire lui-même un traité complet de dermatologie, laissant après lui des élèves comme Louis Brocq, Thibierge, Jean Darier, le prof. Jeanselme, qui ont continué la belle tradition de Saint-Louis. D'une probité professionnelle et intellectuelle raffinée, Ernest Besnier était entouré de l'estime générale. L'avènement de la bactériologie ne l'avait pas laissé indifférent ; il était même devenu presque bactériophobe et, quand un client laissait sur son bureau quelque billet de banque malpropre, il ne le prenait qu'avec des pinces qu'il flambait ensuite.

Une fois par semaine, les chefs de service de St-Louis se réunissaient en une conférence des plus instructives où chacun d'eux amenait les cas douteux de son service et des discussions du plus vif intérêt s'engageaient sur le diagnostic. Tous ceux qui ont passé par cet hôpital savent combien il est fréquent d'y rencontrer des cas embarrassants, même pour les cliniciens les plus expérimentés. Dans ces réunions on voyait généralement Fournier invoquer la syphilis comme étiologie, Vidal la tuberculose (il s'était presque spécialisé dans le traitement des lupus par les scarifications) ; Besnier restait souvent sur la réserve et concluait surtout à un moulage à faire pour le Musée si remarquable, dont les innombrables pièces attestent le talent de modeleur et de peintre de Baretta, auquel Besnier signalait avec les plus minutieuses recommandations les points particuliers de la lésion que l'artiste devait mettre en lumière.

Pour revenir à mon chef, je dois dire qu'il n'assistait jamais à ces conférences ; il sentait très bien qu'il n'était plus au courant des progrès de la spécialité cutanée et il ne s'intéressait plus qu'à la gynécologie, où il avait trouvé surtout une mine de bénéfices illégitimes. Suivant lui, toute la pathologie utéro-annexielle gravitait autour des déviations de l'utérus et surtout de l'abaissement de cet organe : sa seule prescription consistait en l'usage d'une ceinture hypogastrique, mais il insistait sur la nécessité pour la malade d'aller l'acheter chez le seul fabricant qui eût sa confiance et dictait l'adresse de celui-ci.

Chaque semaine, une trentaine de malades emportaient une prescription semblable. Il attirait d'ailleurs à cette consultation beaucoup d'étudiants, surtout étrangers, en les autorisant à pratiquer sur chacune des malades les examens locaux, si souvent fatigants pour elles ; il avait même une réponse drôlement cynique aux protestations de quelques-unes de ces pauvres femmes, qui trouvaient que l'examen du chef de service devait suffire. « Madame », s'écriait-il gravement, en levant l'index droit vers le ciel comme pour le prendre à témoin de la pureté de ses intentions, mais avec un regard malicieux derrière son binocle, « songez que, si chacun de ces messieurs vous examinait dans son cabinet, chacun de ces examens vous coûterait un louis ! Quelle économie vous réalisez en venant ici ! L'avis de tous ces messieurs m'est indispensable comme contrôle de l'exactitude de mon diagnostic. » — Quand j'eus assisté à quelques-unes de ces scènes, je cessai de suivre mon chef à sa consultation gynécologique hebdomadaire, en prétextant que j'avais dans les salles des observations à prendre ou des traitements à surveiller ; comprenant, je crois, ma répugnance, il n'insistait jamais et au contraire me louait d'aller à d'autres soins.

Un dernier trait complètera le portrait du personnage, sur lequel je ne m'appesantis que parce qu'il était vraiment original, associant sans vergogne le cagotisme, le goût du lucre et la polissonnerie. Il était le seul chef de service qui vînt régulièrement chaque dimanche à l'hôpital ; les autres laissaient ce jour-là leurs internes libres de faire la visite à leur heure ; lui se faisait sonner à huit heures, descendait de son coupé avec un livre de messe sous le bras, racontait à son interne sans entrer dans les salles quelques anecdotes grivoises, puis remontait prestement dans sa voiture en disant : « Allons prier le bon Dieu ! »

***

La salle de garde Saint-Louis était riche de plusieurs internes sans banalité. Léon Perrin, un Marseillais, était résolu à devenir uniquement dermatologiste dans sa ville natale, et pour battre le record de la compétence il a passé ses 4 années à St-Louis, l'une d'elles dans le service du chirurgien Péan ; casanier par goût, il n'a, pour ainsi dire, pas quitté ses pantoufles pendant son temps d'internat, montant volontiers la garde pour tous ses collègues ; ce charmant camarade, petit, bedonnant, gouailleur, fin et spirituel avec son accent des Bouches-du-Rhône, rôdait sans cesse dans tous les services à la recherche des cas curieux. Après son installation à Marseille, il fut chargé d'un cours de dermatologie à l'Ecole à défaut d'une chaire, qui ne pouvait être créée que dans une Faculté. Or, par une des anomalies de notre Université, cette ville d'une population si considérable et pourvue d'hôpitaux nombreux, offrant par conséquent tant de facilités pour l'Enseignement, n'a pu obtenir que son école fût transformée en Faculté, à cause, dit-on, de la proximité de Montpellier, Faculté sans doute illustre par son passé, mais bien moins pourvue d'hôpitaux et de malades ; on a craint sans doute que, si le chef-lieu des Bouches-du-Rhône recevait le droit de délivrer des diplômes de doctorat, le chef-lieu de l'Hérault ne vît disparaître une partie de ses élèves.

On trouvait encore parmi nos collègues Lermoyez, qui, médecin des hôpitaux, obtint la création à St-Antoine d'un service d'oto-rhino-laryngologie, où il put déployer la compétence qu'il avait acquise dans cette spécialité et un remarquable talent d'enseignement. Lermoyez cultivait la musique avec passion et composa un opéra-bouffe, dont les paroles avaient été écrites en collaboration avec ses amis Armand Trousseau, petit-fils du grand professeur, Wickham et deux externes, leurs amis intimes Costilhe et Riondet. Plus tard il firent représenter dans l'hôpital même, au profit des malades, cet opéra cocasse, dit *polymorphe*, intitulé *Jeanne la psoriasique*. On y admira une parodie du trio de Guillaume Tell, exécutée par trois amputés du chirurgien Péan, célèbre par la hardiesse de ses opérations ; cette pièce, qui fit parler d'elle en son temps, surtout pendant qu'on la montait, fut jouée devant un public select de mondains et d'étudiants, et eut les honneurs d'un compte rendu dans les journaux à la mode. De ce groupe original, deux sont malheureusement morts prématurément : Trousseau d'un accident d'automobile et Wickham.

En 1883 nous possédions aussi Fernand Lavergne, qui avait une jolie voix, chantait volontiers la cavatine à la mode de l'opérette le *Cœur et la main* ; Gustave Ollive, qui est devenu professeur à l'Ecole de Nantes et Guy Carron de la Carrière, tous deux Bretons, se chamaillaient comme il convient entre compatriotes. C'était une salle de garde joyeuse.

***

Ici, qu'il me soit permis une disgression historico-éthique. Les mœurs des salles de garde d'internat dans nos hôpi-

taux parisiens étaient alors assez différentes de ce qu'elles sont devenues, dit-on, Les bons côtés en étaient la camaraderie la plus franche et l'intimité de tous les internes des quatre promotions en exercice, le tutoiement, la confiance, malgré la diversité des opinions politiques et religieuses. On se visitait sans cesse d'hôpital à hôpital ; on invitait beaucoup d'étrangers, j'entends par ce mot des étudiants non médecins, des artistes surtout, et souvent ils s'invitaient eux-mêmes quand ils avaient été présentés une première fois, charmés de l'accueil toujours cordial qu'ils trouvaient à la salle de garde, où ils contribuaient à élargir le cercle des sujets de conversation, surtout aux dîners. Car au déjeuner les internes arrivaient successivement à des heures très différentes suivant les nécessités de leurs services, les chirurgiens souvent les derniers à cause des opérations qui se prolongeaient. A ce repas, les conversations roulaient sur les cas curieux observés, surtout sur les chefs, qu'on ne ménageait pas, les blaguant ou les critiquant. Qui n'a pas son tic ou son ridicule, que découvre vite, en l'exagérant volontiers, la malicieuse attention des assistants ? Parfois, l'interne prenait la défense de son « patron », se contentant d'exercer sa critique sur le patron du voisin. — Il arrivait que certain jeune chirurgien, attardé par une opération et célibataire, fût invité à déjeuner par ses internes ; ce matin-là l'hôte de la salle de garde en imposait quelque peu par sa présence ; mais en général, il était heureux de se retremper dans ce milieu, d'où il n'était pas sorti depuis longtemps, et donnait le premier le signal des plaisanteries. Souvent l'invité de marque « manifestait » par la commande à la cuisinière de champagne, de liqueurs, si ses élèves mêmes ne l'avaient pas devancé.

On jouait beaucoup dans certaines salles de garde, le whist Jeu sage, mais aussi le baccarat ; plus d'un passionné joueur y laissait parfois en quelques heures une somme acquise par des leçons données, des articles écrits, des nuits passées au chevet de malades riches ou l'aide donnée au chef pour les opérations en ville. A ce point de vue, être interne en chirurgie constituait un avantage important.

Les indemnités allouées à chaque interne variaient de 50 à 100 fr. par mois, suivant l'année d'internat, plus le logement ; dans quelques hôpitaux, les locaux étant devenus trop étroits, l'Administration avait commencé à allouer une indemnité à ceux des internes qui préféraient loger en ville. Cette transformation, qui s'est accentuée par la suite, eut pour résultat de diminuer la cohésion entre internes d'un même hôpital, ceux qui logeaient au dehors ne dînant pas à la salle de garde en général, Or, c'était surtout après le dîner, soit dans les longues conversations autour de la table, soit dans les chambres où on se groupait par affinités électives, que se développaient les liens durables.

J'écris ceci 40 ans après ma dernière année d'internat et les jeunes collègues me disent que le tableau esquissé par moi n'est plus exact. Pendant ces 40 années les habitudes matérielles, intellectuelles et morales ont changé. L'indifférence que la plupart d'entre nous avait alors pour la question d'avenir, la passion que nous apportions dans les discussions politiques, philosophiques, artistiques ont été remplacées par une préoccupation précoce et intense de la question d'argent, — préoccupation légitimée par la cherté croissante de la vie depuis la guerre de 1914, et les difficultés professionnelles de plus en plus grandes qui attardent les jeunes praticiens.

Cette transformation, qui mûrit prématurément les étudiants en médecine, a rendu mes souvenirs peut-être plus curieux pour ceux qui me liront. Nous étions en somme très gamins, malgré l'âge déjà mûr de quelques uns d'entre nous; si la moyenne des internes oscillait entre 23 et 27 ans, on en voyait qui avaient de 28 à 32 ans (j'étais de cette minorité) Nous nous amusions pourtant souvent à des facéties déraisonnables, les scies montées à quelque collègue grincheux ou trop pontife, les déménagements de meubles, les « chahuts » organisés contre certains directeurs ou économes tâtillons ou malcommodes, qui prétendaient empêcher des demoiselles d'allures garçonnières de venir dîner avec nous et visiter nos chambres monacales. A cette époque les étudiantes en médecine étaient très rares et aucune n'avait atteint l'internat. Aussi la présence dans les salles de garde du sexe, qui à cette époque avait encore les cheveux longs et les idées courtes, comme a dit Schopenhauer, était-elle horrifiante pour l'Administration. Tout a changé : nous sommes dans l'époque où toutes les femmes, savantes ou non, ont les cheveux courts.

Parmi les distractions qui se sont conservées, et qui même ont pris une plus grande ampleur aujourd'hui, était le *Bal de l'internat*, qui réunissait, le soir de la composition écrite, les candidats, les internes et d'autres étudiants en médecine dans une salle de bal public, le Tivoli Vaux-Hall ou le bal Bullier. Les demoiselles du Quartier Latin y jouaient un rôle de comparses ; de mon temps on commençait seulement à organiser avec quelques artistes des exhibitions carnavalesques. Peu à peu l'usage introduisit une sorte de concurrence entre les salles de garde pour la formation de cortèges symboliques, avec costumes, toiles peintes, bannières, chars ; cette complication entraîna la collaboration d'un nombre croissant d'étrangers à l'internat, élèves des Beaux-Arts, décorateurs, modèles. On dut choisir de plus vastes espaces et des lieux de réunion de la mode. On vit paraître dans certains journaux des articles sensationnels et des reproductions coloriées des cortèges rivaux. C'est au moment où le Carnaval a été délaissé sur les boulevards de Paris qu'il a envahi le monde des internes. Ainsi changent les modes. S'amuse-t-on mieux maintenant dans ce bal annuel, qui nécessite une machinerie coûteuse et où se trouvent autant de curieux que d'étudiants en médecine ?

J'ai lu récemment une polémique dans nos journaux entre partisans et adversaires de la nouvelle conception du Bal de l'internat. La *Voix des jeunes* l'attaque au nom de la pudeur outragée ; les gros mots de « turpitudes », de « saturnales », ont été imprimés : d'autres voix, jeunes aussi, je pense, ont répliqué que la pudeur des étudiants en médecine était de bonne heure émoussée. Tout ce que peut dire à ce sujet un vieil ancien interne, c'est qu'il est souhaitable que la saturnale annuelle, si saturnale il y a, se passe rigoureusement en famille, c'est-à-dire, entre fils d'Esculape et que tout membre de cette famille d'initiés doit avoir pour devise : *Odi profanum vulgus et arceo.*

(*A suivre*). Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre 1928 (*suite*).

Néphrite chronique. Réserve alcaline. Chlore sanguin et plasmatique. — *MM. Rathery et M. Rudolf* rapportent un cas de néphrite chronique avec azotémie progressivement croissante, abaissement des chlorures globulaires et plasmatiques ; la réserve alcaline se maintient à un taux normal.

A mesure que l'azotémie s'élevait, les chlorures plasmatiques diminuaient et les chlorures globulaires restaient à un taux très bas. L'abaissement très marqué certains jours du Cl globulaire n'entraînait aucune modification du chiffre de la réserve alcaline.

La déchloruration externe du malade était provoquée par les vomissements.

La galégine dans le diabète. — *MM. F. Rathery* et *L. Levina.* — La galégine est un alcaloïde isolé par G. Tanret en 1914 des graines et des fleurs de *Galega officinalis.* G. Tanret montra qu'il s'agissait là d'un dérivé de la guanidine. Or, on sait que la guanidine et certains de ses dérivés abaissent le taux du sucre sanguin. Frank Nothmann et Wagner ont proposé l'emploi de la décaméthylénediguanidine. G. Tanret et Simonnet ont étudié expérimentalement l'effet de la galégine sur la glycémie. Reinvein et Muller auraient obtenu des résultats importants chez les diabétiques.

Les auteurs ont recherché, à leur tour, les effets de la galégine dans le diabète simple et consomptif. Ils obtiennent parfois une baisse de la glycémie et de la glycosurie, mais l'effet est inconstant, et le médicament difficile à manier. Ils concluent au réel intérêt scientifique de la galégine en ce qui concerne son action dans le diabète, le médicament étant pris par la bouche et non plus en injection comme l'insuline. Mais il s'agit là de travaux qui doivent rester dans le domaine scientifique.

Un cas d'hémogénie guérie par la splénectomie.— *MM. Merklen* et *Leriche* rapportent l'histoire d'une jeune fille de 17 ans atteinte de graves métrorragies d'origine homogénique. Gros placards purpuriques sur tout le corps. Le sang, outre une anémie de 1.480.000 hématies, montra une diminution de plaquettes à 26.000, un temps de saignement au delà de 40, un temps de coagulation de 40 à type de sédimentation plasmatique. Echec des irradiations de la rate, du coagulène, des transfusions. Après la splénectomie, les métrorragies s'arrêtent définitivement et la malade évolue vers une guérison que rien ne vint entraver et qui devait se montrer complète.

Le TS est devenu normal peu après que la rate fût enlevée. Dans la suite cependant,en pleine santé, il remonta à 21, mais pour redescendre ultérieurement à 7. Le TC a d'abord baissé à 25. Il est devenu normal comme durée au bout d'un mois, se réalisant en outre à ce moment selon le type régulier et sans sédimentation plasmatique. Plus tard il s'est de nouveau prolongé à 15, tout en affectant toujours un type régulier. Ces faits prouvent qu'il ne faut pas être trop absolu dans la division entre les états sanguins caractérisés par un trouble soit du TS soit du TC. La malade n'avait rien d'une hémophile, et cependant les altérations de TC étaient considérables. A retenir aussi les variations notables de TC et de TS d'un examen à l'autre dans le cas présent.

Les plaquettes ne se sont pas relevées par la splénectomie avec la rapidité souvent signalée.

Alors que dans l'hémogénie la rate est normale ou subnormale, les auteurs se sont trouvés en face de lésions très accusées (Oberling) : tuméfaction du réticulum des sinus, abondances de cellules myéloïdes dans la trame et les vaisseaux sanguins. On aurait dit une leucémie, hypothèse cependant formellement controuvée par l'évolution régulière vers une guérison parfaite. Les éléments myéloïdes ne se retrouvaient pas dans le sang ; tout se passait comme s'ils n'avaient pas émigré de la rate. On ne saurait invoquer, pour expliquer l'état de la rate, une réaction myéloïde d'origine anémique ; son intensité eût été bien moins forte. Cette lésion splénique confère en tout cas une note toute particulière à ce cas d'hémogénie.

Œdème cataménial récidivant de la face d'origine dysendocrinienne chez une hérédo-syphilitique. — *MM. Gaté* et *Rousset* (de Lyon).

Séance du 23 novembre 1928.

Stades précoces de la leucémie lymphatique. Difficultés du diagnostic. — MM. *P.-E. Weil* et *Robert Cahon* rapportent une observation d'un homme de 27 ans, atteint de tumeurs ganglionnaires généralisées avec prurit marqué et une leucocytose banale (6.800 globules blancs, polynucléaires 75 %, éosinophiles 22 %), chez qui le diagnostic de maladie de Hogdkin fut posé sans qu'une biopsie fût même jugée nécessaire. Or six mois plus tard, cet homme meurt de leucémie lymphatique avec 20.000 globules blancs et 89 % de mononucléaires moyens, leucémie compliquée de purpura hémorragique et d'anémie pernicieuse. A l'autopsie, lésions leucémiques typiques de la rate, du foie, des ganglions. Cette observation prouve, d'une part, l'impossibilité qu'il y a souvent de faire cliniquement le diagnostic différentiel entre la lymphomatose aleucémique et la maladie de Hogdkin, et d'autre part, l'existence de la lymphomatose des centres hématiques, tout au moins momentanée, sans modifications parallèles du sang.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — M. *P. Harvier,* à propos de l'observation de M. *Marcel Labbé* publiée dans la dernière séance, rapporte un cas de néphrose lipoïdique avec néphrite dans lequel les œdèmes disparurent en quelques jours sous l'influence d'un simple régime lacto-végétarien déchloruré. Ce malade s'était mis depuis cinq ans à un régime privé de viande, comportant, par jour, un litre de lait, six à sept œufs et quelques légumes. La rupture de l'équilibre albumineux et lipoïdique du sang apparaît, dans ce cas, comme la conséquence d'une viciation du régime alimentaire.

Crises hystériques et pithiatisme. — M. *René Bénard* rend hommage aux travaux de M. *Babinski* et partage entièrement les idées de celui-ci en ce qui concerne sa définition du pithiatisme, dont les manifestations sont créées par la suggestion et détruites par la contre suggestion. Toutefois, il insiste sur les relations qui existent entre ces manifestations et les altérations organiques. Pour lui, il y a lieu de distinguer trois groupes de faits : Ceux dans lesquels les troubles organiques sont patents : ce sont les « associations hystéro-organiques » des classiques. Ceux dans lesquels les manisfestations pithiasiques font suite à une affection organique apparemment guérie ; ce sont les manifestations hystériques greffées sur une épine organique. Ceux enfin dans lesquels aucun substratum organiqne n'a pu cliniquement être décelé. Dans un certain nombre de ces cas, des modifications chimiques ou cellulaires des humeurs (sang et liquide céphalo-rachidien) permettent d'établir la réalité de l'assise organique qui sert de substratum au trouble fonctionnel qu'est le pithiatisme.

Lymphocytémie aleucémique transformée en leucémie lymphoïde. — M. *Aubertin* rapporte l'observation d'une malade atteinte de lymphadénie ganglionnaire et splénique avec chiffre leucocytaire normal et lymphocytose légère abaissant à 13 p. 100 le taux des polynucléaires. Malgré ces faibles modifications sanguines, l'état général était profondément atteint. La malade suivie pendant cinq mois, fut améliorée d'abord par le benzol, ensuite par la radiothérapie, mais conserva toujours la même formule lymphocytémique avec un chiffre leucocytaire variant entre 4.000 et 9.000. Au bout de cinq mois, l'état général s'aggrava de nouveau, de l'ascite et de l'œdème apparurent, de nouveaux ganglions se développèrent : l'examen du sang, fait à ce moment, montra une leucémie lymphoïde caractérisée. La lymphocytémie aleucémique n'est qu'une forme fruste de la leucémie lymphoïde, bien que d'ordinaire, elle ne se transforme pas en leucémie. L'observation présente, bien que rare, prouve qu'il s'agit en réalité d'une seule et même maladie.

Le traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié. — M. *Armand-Delille,* à propos de la communication de MM. *Lesné, Robert Clément* et *S. Simon,* souligne que ces auteurs notent eux-mêmes l'importance, pour la bonne réussite du traitement du rachitisme par l'ergostérol irradié, du milieu où vit le sujet et du régime auquel il est soumis. Il insiste sur ce point : pour que la guérison du rachitisme soit complète, il faut l'action de la lumière solaire qui agit en activant d'autres vitamines que la vitamine D.

Syndrome vagotonique au cours de la dengue. Insuffisance surrénale aiguë. — MM. *A. Portocalis* et *G. Flora* (d'Athènes, ont observé pendant la récente épidémie de dengue à Athènes, une véritable forme vagotonique caractérisée par : légère bradycardie, hypotension artérielle, réflexe oculo-cardiaque fortement positif, ligne blanche de Sergent, asthénie, sueurs pro-

fuses, etc.. Ils considèrent que ce syndrome est en rapport avec l'existence d'un état d'hypervagotonie et d'un certain degré d'insuffisance surrénale aiguë.

Entérite aiguë avec état comateux et forte azotémie. Amélioration rapide par le chlorure de sodium. — MM. **Léon Blum** et **Joseph Weil** rapportent l'histoire d'un malade chez lequel il s'est développé un syndrome azotémique grave à la suite de fortes diarrhées. Partant de l'idée que les diarrhées ont appauvri l'organisme en sel et que l'azotémie était due à ce manque de sel, les auteurs ont administré du chlorure de sodium à leur malade dont l'état général s'est amélioré et dont l'azotémie a régressé.

Néphrite subaiguë avec syndrome azotémique grave par manque de sel. — MM. **Léon Blum**, **Van Caulaert** et **P. Grabar** relatent l'histoire d'une brightique avec syndrome azotémique grave (azotémie de 4 gr. 8) vomissements incoercibles, céphalées, prostration extrême, torpeur, chez laquelle l'administration de sel a provoqué une amélioration rapide de l'état général et une chute de l'azotémie. Ils relatent d'autre part l'histoire d'un néphritique chez lequel l'azotémie est montée de 5 gr. à 8 gr. Ce malade présentait une hypochloruration extrêmement marquée des humeurs et des organes. Ces faits montrent qu'un syndrome azotémique grave, dû au manque de sel, offre la plus grande ressemblance avec l'urémie et peut compliquer une néphrite banale.

Sporomycose des pelleteurs de grains. — MM. **Pasteur Vallery-Radot** et **Paul Giroud** décrivent une affection curieuse survenue cet été et l'été précédent dans une petite malterie de l'Est chez les ouvriers qui travaillent au pelletage des grains. Des symptômes trachéobronchiques — caractérisés par une toux tenace, une expectoration muco-purulente abondante, de l'oppression, une sensation de brûlure rétrosternale, des signes stéthoscopiques divers — accompagnés de troubles digestifs, d'asthénie, de myalgies et d'amaigrissement, étaient les manifestations caracteristiques du syndrome observé. Il s'agissait d'infection des bronches par *l'aspergillus fumigatus* et le *mucor mucedo*, champignons qui se trouvaient en quantité considérable sur les grains d'orge que l'on maltait. La spécificité de l'infection aspergillaire fut démontrée par les intra-dermoreactions et les précipito-reactions positives avec l'extrait *d'aspergillus*. Seul, *l'aspergillus* avait un pouvoir antigénique, le *mucor* ne provoquait pas de réactions humorales. Cette affection que les auteurs décrivent sous le nom de « sporomycose estivale des pelleteurs de grains » ne serait pas exceptionnelle. En effet, l'enquête qu'ils ont faite leur a permis de constater que les symtômes observés par eux ne sont pas inconnus en été dans les autres malteries : les ouvriers disent avoir « le brûlant », c'est-à-dire une sensation de brûlure rétrosternale ; les symptômes commencent dès le mois de mai, quand il y a pullulation des moisissures sur les grains d'orge. Aussi, dans les petites exploitations, est-il de tradition d'arrêter le maltage pendant la saison chaude. Cette sporomycose aspergillaire est bien différente de l'aspergillose jusqu'ici décrite. Dans l'aspergillose, les symptômes sont dus à la prolifération des moisissures dans l'organisme, comme le démontrent l'évolution clinique et les examens anatomopathologiques. Dans l'affection observée par MM. Pasteur Vallery-Radot et Paul Giroud, les spores ne prolifèrent pas dans l'appareil respiratoire ; c'est leur seule présence en nombre considérable ainsi, probablement, que la résorption de substances toxiques qui provoquent les symptômes locaux et généraux de la maladie, en même temps que les réactions humorales spécifiques.

Recherches sur la cuti réaction à la toxine gonococcique dans la blennorragie. — MM. **A. Demonchy** et **E. Benoist** ont pratiqué pendant un an avec un autolysat gonococcique des cuti-réactions répétées chez les blennorragiens venus consulter au Dispensaire de la Ligue de Préservation Sociale. Ils ont constaté : 1° *Dans les néphrites aiguës l'apparition d'une cuti-réaction positive* à partir du dixième jour de l'infection. La durée de la réaction est variable. Sa négativité précoce a coïncidé fréquemment avec la guérison dans les cas traités dès le début par la vaccinothérapie. La persistance d'une cuti-reaction positive doit faire redouter l'apparition de complications. 2° *Dans les uréthrites chroniques* la cuti-réaction a été trouvée positive dans les cas où existaient des lésions gonococciques en évolution. Elle a été cependant trouvée bien plus souvent négative chez des sujets porteurs ou non d'écoulement gonococcique. Un certain nombre d'entre eux étaient atteints seulement de littrite, infection localisée qui peut expliquer une réaction négative. Mais d'autres cas d'interprétation plus délicate nécessiteront de nouvelles recherches.

Toux coqueluchoïde équivalent d'asthme. — MM. **Bezançon** et **de Genne**, après avoir énuméré les équivalents de l'asthme, bien connus des médecins : coryza spasmodique, etc., apportent une observation de toux coqueluchoïde équivalent d'asthme. Leur malade presentait une éosinophilie marquée dans le sang et l'expectoration. Les auteurs insistent sur la notion, peu courante, de certaines bronchites équivalents d'asthme. Il s'agit de bronchites apyrétiques comme l'avait déjà remarqué Trousseau. L'existence d'éosinophilie dans le sang prend ici une importance diagnostique considérable, sur laquelle ils insistent.

René GIROUX.

CORRESPONDANCE

Au sujet des « évacuations extemporanées de l'utérus ».

Nous avons reçu la lettre suivante :

Ma réponse du 19 novembre établit, *par le seul rapprochement des textes*, le caractère inexact et tendancieux des chroniques consacrées, le 29 septembre et le 6 octobre, par M. Vignes à mon procédé d'« évacuation extemporanée de l'utérus ».

Il plaît à M. Vignes de faire suivre cette mise au point d'un entrefilet où il montre quelque humeur de la rectification, pourtant si mesurée, qu'il s'est attirée par sa légèreté malveillante.

Pas plus maintenant que demain, je ne le suivrai sur ce terrain de polémique stérile. Ses appréciations ne m'intéressent plus. N'affirme-t-il pas lui-même qu'elles ne sont pas de lui ! J'avais jadis jugé le candidat. J'ai jugé le chroniqueur aujourd'hui.

Et tel qu'il se montre, je ne lui reconnais en aucune façon le droit de me donner des leçons, ni de courtoisie, ni d'élégance. Voilà qui est réservé à ceux-là seuls qui prennent la responsabilité de ce qu'ils écrivent. Ce n'est pas le cas de qui se retranche derrière la personnalité d'un « membre de l'Académie de médecine » ou... de son « ancien interne ».

S'il n'est pas venu à l'esprit de M. Vignes « de suspecter l'honnêteté » de ces auteurs (les eût-il choisis sans cela), le lecteur suspectera l'impartialité de ce chroniqueur. Il connaissait en effet, comme accoucheur et comme journaliste, la communication de M. Beghin, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* de Paris d'octobre 1928, page 725, ou l'article par lequel, dans la *Gynécologie* de juillet, le regretté professeur de Rouville, rendait témoignage de ce qu'il avait, pendant un an et demi, vu de ses yeux et touché de ses doigts. Un chroniqueur impartial les eut tout au moins rapprochés des emprunts faits à M. M. Boquel et Scemla. Singulier « verdict d'un juge » qui prétend conclure sur le « délit de l'accusé » sans que celui-ci ait pu se faire entendre.

Je ne veux pas faire d'autre réponse à M. Vignes. Il n'en attendra plus d'autre de moi. Le lecteur sans parti-pris a déjà fait son choix entre des faits contrôlables et des allégations aussitôt réfutées que produites.

Prof. Dr Paul DELMAS.

Nous avons communiqué cette lettre à M. Henri Vignes qui nous a adressé la réponse suivante :

M. le prof. Delmas « avait jugé le candidat ». C'est me rappeler, fort à propos, que, peut-être, dans l'avenir, je serai à nouveau candidat et qu'à nouveau, il sera juge. Une certaine prudence m'incline donc à ne pas lui répondre.

Henri VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies chirurgicales des veines et des lymphatiques, par les Drs LAUNAY, de GAUDART D'ALLAINES, BRODIER, 1 vol. in-8 de 318 pages, 46 figures : 35 fr. (Nouveau Traité de Chirurgie Pierre Delbet et Schwartz). Librairie (J.-B. Baillière 19, rue Hautefeuille, Paris).

Dans la nouvelle édition de ce fascicule, les trois auteurs ont eu la tâche de mettre le sujet au courant des évolutions de la chirurgie.

L'ouvrage débute par l'article des Drs Launay et Gaudard d'Allaines sur les Maladies des Veines, classées en Lésions traumatiques des veines Varices et Phlébites qui forment d'excellentes pages que tout praticien pourra lire avec profit.

La plus grande partie de ce volume (220 pages) est consacrée aux Maladies des Lymphatiques que le Dr Brodier a revues avec soin. C'est une étude magistrale qui comprend l'appareil lymphatique, les anomalies de developpement du système lymphatique les lymphangites ; les affections du canal thoracique, des ganglions lymphatiques, les adénites, les lymphangiectasies, sont autant de chapitres écrits avec le souci d'être clair et complet.

Victor Hugo spirite. Un volume in-16. Prix : 12 francs ; franco, 13 francs, par Claudius GRILLET. Librairie Emmanuel Vitte. Lyon (IIe), 3, place Bellecour, 3.

Victor Hugo s'est adonné pendant trois ans, lors de son exil à Jersey, à la pratique des tables tournantes. M. Claudius Grillet, après avoir rappelé, d'après les procès-verbaux, diverses circonstances curieuses ou pathétiques des séances fameuses, étudie leur influence sur la pensée et sur l'œuvre de Victor Hugo.

Nous sommes en presence de l'énigme historique et littéraire la plus troublante et la plus indéchiffrable. M. Grillet cite de longs discours en vers, improvisés par la table, qui sont de véritables chefs-d'œuvre. Il s'efforce de tirer au clair ces mystères. Son étude, tout objective, aussi peu passionnée que possible, est passionnante. Elle marquera dans l'histoire des idées et des lettres. Elle renouvelle, bouleverse, les idées admises sur l'évolution philosophique et littéraire de Victor Hugo.

Les profanes liront *Victor Hugo spirite* pour l'attrait du mystère, et pour les questions qu'il pose. Et les lettrés le liront pour les clartés qu'il apporte et les problèmes qu'il résout.

La Biffe, par Jacques MEYER. Préface de Henry Malherbe. 1 vol. Prix : 12 fr. Albin Michel, éditeur 22, rue Huyghens, Paris.

C'est le tableau de la vie d'une compagnie du 329e régiment d'infanterie, pendant la guerre. Aucun portrait échauffé par artifice pour paraître glorieux. Aucune emphase périmée. Pas de livres de guerre où les lignards soient dessinés d'une fidélité aussi attentive. Depuis les *Croix de Bois* on n'a rien publié de plus sincère ni de plus grand sur l'héroïsme des poilus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE. :

(Les chromosomes, par Jean Rostand. in-16. : 12 fr. (Hachette)

Les Assurances sociales. L'État contre la médecine. Vers une reconnaissance corporative, par le Dr P. Guérin. in-8. 310 : p. 26 fr. (Maloine)

Tableau guide des jeunes mères. Hygiène et alimentation de l'enfant de sa naissance à 30 mois, par Funk-Helleb. 1 tableau : 2 fr. 50 Maloine)

Le Syndrome épilepsie, par O. Crouzon. in-8. 268 pages : 55. fr. (Doin)

La toxémie variqueuse, par le Dr Léon Filderman, in 8. 204 p. 20 fr. : (Jouve).





Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 51 LE NUMÉRO 1 FRANC (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 15 DÉCEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Thèses.*— 10 décembre. — M. Delaby. Action anti-infectieuse d'un extrait de levure à base de lipoïdes.

12 décembre. — Thèses vétérinaires. M. Choquart. Les marchés de bestiaux au Tonkin. — M. Leroy. Appréciation zootechnique. — M. Tano. Du contrôle laitier (état normal et pathologique).

13 décembre. — M. Alaroze. Etude sur la syphilis héréditaire. — M. Matillon. La péri-artérite noueuse. — M. Achard. Etude des compressions médullaires.

Concours pour le titre d'assistant des hôpitaux coloniaux. — Ce concours s'ouvrira en février 1929 pour deux places d'assistant de médecine (Marseille et Paris) ; trois places d'assistant de chirurgie (Marseille et Paris) ; trois places d'assistant de bactériologie (1 à Marseille, 2 à Paris) ; une place d'électroradiologie (Val-de-Grâce).

Les demandes des médecins capitaines en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours devront parvenir au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), avant le 15 janvier 1929 au plus tard, en indiquant la section choisie.

Asiles publics d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service sera prochainement vacant au quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Tours (Indre-et-Loire), par suite du départ de M. le docteur Pignède.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des fonctionnaires sanitaires par suite de la nomination comme membre de M. le Dr Ott.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée d'un exposé de leurs titres, avant le 1er janvier 1929, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 3e bureau, 7, rue Cambacérès),

Syndicat des chirurgiens français. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a eu lieu à Paris le jeudi 11 octobre 1928. Plus de 100 chirurgiens assistaient aux débats ?

Après une allocution du président, le professeur J.-L. Faure, l'exposé du rapport du secrétaire général et la discussion des questions à l'ordre du jour, les résolutions suivantes ont été votées :

Rapports entre médecins et chirurgiens. — Lorsqu'une maladie doit entraîner une intervention chirurgicale, il est de l'intérêt du malade qu'une collaboration s'établisse entre le médecin et le chirurgien. C'est le rôle du chirurgien de faire comprendre au client que cette collaboration est utile et qu'en s'en privant il s'expose à le regretter tôt ou tard.

Pour le règlement des honoraires, deux modalités peuvent être employées au gré du chirurgien.

Il est préférable que chacun des praticiens présente sa note isolée au client.

On peut toutefois admettre, au cas d'opération, la remise au client d'une note commune, à condition que celui-ci sache exactement quels confrères sont honorés et le taux respectif de leurs honoraires.

Hospitalisation des malades payants. — Indépendance absolue entre les frais d'hospitalisation et les honoraires du chirurgien.

Discussion avec les compagnies d'assurances au sujet de l'élaboration du tarif chirurgical hospitalier en matière d'accidents du travail, tarif qui doit rester celui de la responsabilité patronale.

Statut du Syndicat. — Ne peut faire partie du Syndicat des chirurgiens que tout praticien qui en fait exerce uniquement la spécialité chirurgicale et est qualifié pour exercer cette spécialité. Cette qualification pouvant être prouvée soit par des titres universitaires ou hospitaliers, soit par une pratique exclusive de la chirurgie de 5 ans.

Rapports du Syndicat des chirurgiens avec la Confédération des Syndicats médicaux français. — Le Syndicat des chirurgiens pose le principe que, pour toutes les questions concernant l'exercice de la chirurgie, aucune décision ne pourra être prise que d'accord avec le Syndicat des chirurgiens français.

Le rapport du trésorier, Dr Iselin, a été adopté à l'unanimité. 34 nouveaux membres ont été admis.

Le Conseil d'administration composé des chirurgiens dont les noms suivent, a été élu pour trois ans : Baumgartner, Paris ; Berard, Lyon ; Deniker, Paris ; Faure J.-L., Paris ; Guillaume, Tours ; Guyot, Bordeaux ; Iselin, Paris ; Jeanbrau, Montpellier ; Lambret, Lille ; Lecène, Paris ; Leclerc, Dijon ; Lemarchal, Laon ; Lenormant, Paris ; Marquis, Rennes ; Michel, Nancy ; Miginiac, Toulouse ; Petit Jacques, Rouen ; Renon, Niort ; Stolz, Strasbourg ; Viannay, St-Etienne.

A. D. R. M. — Mardi 4 décembre, un grand banquet réunissant près de 200 convives a été offert par l'Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.) aux membres de la mission médicale brésilienne. A ce banquet, présidé par M. Georges Dumas, assistaient son S. E. l'Ambassadeur du Brésil, les représentants de toutes les Républiques de l'Amérique latine, M. le directeur de l'enseignement supérieur, M. le doyen, la plupart des professeurs de la Faculté, un grand nombre de membres du corps des hôpitaux, etc. Etant donné le deuil qui venait de frapper la nation brésilienne les toasts habituels dans de pareilles réunions ont été supprimés. M. Georges Dumas en quelques phrases émus a exprimé les sentiments de tristesse qu'avait causés en France, le matin même la nouvelle du terrible accident qui avait entraîné la mort d'une série de savants brésiliens, dont plusieurs étaient ses amis personnels. M. le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M. a montré le développement considérable de cette association qui, au cours de 1928 a reçu 2.781 médecins étrangers et l'A. D. R. M. toujours heureuse de recevoir des médecins étrangers l'est encore plus lorsqu'elle a l'occasion de voir à sa table les représentants d'un pays ami comme le Brésil. Il a évoqué les réceptions inoubliables que font aux médecins français nos collègues de l'Amérique latine et a vivement engagé ses compatriotes à traverser l'Atlantique, sûr qu'ils trouveront non seulement un accueil enthousiaste, mais qu'ils y verront des nations en évolution scientifique rapide et des installations que peuvent envier les habitants de la vieille Europe.

Lyon. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie, s'est terminé par la nomination de M. Denis, interne des hôpitaux.

Médaille du Dr Hudelo. — En raison du grand nombre de lettres qui ne sont pas parvenues aux souscripteurs, il est rappelé à ceux-ci que la cérémonie de la remise de la médaille commémorative offerte à M. Hudelo, aura lieu le dimanche 16 décembre, à 10 heures, dans le musée de l'Hôpital St-Louis.

Faculté de médecine de Lyon. Certificat de bactériologie. — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au dia

gnostic et au pronostic des infections s'ouvrira, le lundi 7 janvier 1929, au Laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie sous la direction du professeur F. ARLOING et des professeurs agrégés L. THÉVENOT et DUFOURT, avec la collaboration de MM. BASSET, CHALIER, GARIN, GATE, JOSSERAND, LE BOURDELLES et SERAILLAN. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 heures, et se terminera le 28 février. Droits de laboratoire : 200 francs. Programme affiché dans le vestibule de la Faculté.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention, après examen, du diplôme « Certificat de bactériologie de l'Université de Lyon » créé par arrêté ministériel de février 1922. 39 diplômes ont été délivrés en 1928.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine du 1er décembre 1928 au 5 janvier 1929, dernier délai.

Le nombre des places peut être limité. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine ayant passé l'examen de fin de 2e année, ainsi que les étudiants en pharmacie ayant huit inscriptions, MM. les internes en pharmacie des hôpitaux et les pharmaciens en exercice, MM. les vétérinaires, peuvent s'inscrire à ce cours qui aura lieu du 7 janvier au 28 février 1929.

Las personnes n'appartenant pas à ces catégories qui désireraient assister au cours doivent en faire la demande à M. le professeur ARLOING. Le conseil statuera sur les autorisations à donner.

Académie de médecine. — *Prix décernés en* 1928. — Prix du Prince Albert Ier de Monaco, 100.000 francs (année 1927) : M. NAGEOTTE. — Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil), 1.000 francs : Dr Maurice WOLF, de Strasbourg. — Prix Amussat, 1.200 francs : Dr ROUSLACROIX, de Marseille. — Prix anonyme, 2.000 francs : Dr Jean RAVINA. — Prix Apostoli, 800 francs : Dr Etienne PIOT, de Paris. — Prix Argut, 800 francs : M. Charles BRODY, de Grasse. — Prix du baron Barbier, 2.500 francs : Dr LUTON, de Clermont-Ferrand. — Prix Berraute, un titre de 3.092 francs de rente 3 %, partagé entre : les docteurs PEYRON, de l'Institut Pasteur, CORSY, SURMONT, MONTPELLIER, LEFIEVRE, PLANTEVIN et Mlle PÉCHENARD. — Prix Louis Boggio, 4.800 francs : Dr VALTIS, de l'Institut Pasteur. — Prix Boullard, 2.000 francs : Dr Henri BOUYER, de Saint-Egrève (Isère) et le Dr MARTIN-SISTERON, de Grenoble. — Prix Boulongue, 4.900 francs : Dr CAVAILLON, de Paris ; mention honorable à MM. les docteurs A. CACHERA et R. DEMARS. — Prix Mathieu Bourceret, 1.200 francs : M. Emile GÉRAUDEL, de Paris. — Prix Brault, 5.000 francs : 2.500 fr. au Dr GRIGORAKI, de Lyon, 2.000 fr. au Dr LOTSY, membre de l'Institut d'Égypte, au Caire, 500 fr. au Dr ROBLES, de Guatémala. — Prix Henri Guignet, 1.600 francs : Pr TERROINE, de Strasbourg, pour l'ensemble de ses travaux sur les phénomènes chimiques et physicochimiques des organismes. — Prix Buisson, 12.000 francs : Dr BORDIER, de Lyon. — Prix Campbell-Dupierris, 2.500 francs : MM. BLANC, de Bordeaux et NÉGRO. — Prix Capuron, 1.800 francs : Dr VIOLLE, de Paris. — Prix Civrieux, 1.000 francs : Dr Lucien GIROT, de Paris. — Prix Clarens, 500 francs : Dr LAMY, de Paris ; mentions honorables à : MM. Achille URBAIN et BAROTTE, le Dr THABAUD. — Prix Desportes, 1.500 francs : Les arrérages du prix ont été partagés de la façon suivante : M. Paul BOYER : 900 fr. ; M. Max VAUTREY : 300 fr. ; M. BOUNOT : 300 fr. — Prix Georges Dieulafoy, 2.000 francs : Dr KOURILSKY, de Paris. — Fondation Ferdinand Dreyfous, 1.500 francs : Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent. Cette année, ces arrérages sont attribués, à titre d'encouragement, à M. REDON, de Paris. — Prix Dutens, 10.000 francs : M. Maurice RENAUD, de Paris. — Prix Gaucher, 1.800 francs : Dr Jean Etienne MARCEL, de Paris. — Prix Ernest Godard, 1.000 francs : Dr BENDA, de Paris. — Prix Jacques Guérétin, 1.500 francs : L'académie partage le prix entre : M. le Dr Jacques DECOURT, de Paris, Dr ESCALIER, de Paris, Dr KALT, de Paris. Des mentions honorables sont décernées à M. le Dr WORMS et M. le Dr BOLOTTE, du Val-de-Grâce. — Prix Théodore Guinchard, 6.000 francs : M. Jean VERGE, professeur à l'Ecole vétériniare d'Alfort. — Prix Pierre Guzman, un titre de rente de 2.000 francs : M. le Dr DUMAS, de Lyon. Mention honorable à M. le Dr Francis BORDET, de Paris. — Prix Théodore Herpin (de Genève), 3.000 francs : M. le Dr Raymond GARCIN, de Paris. — Prix Huguier, 4.000 francs : Dr Gaston COTTE, de Lyon. — Prix Infroit, 3.000 francs : Dr Georges MOTZ, de Paris. — Prix Laborie, 6.000 francs : Dr Jean MEILLÈRE, de Paris. — Fondation Laval, 1.200 francs : Mlle Germaine HOUZEAU, étudiante en médecine. — Prix Henri LORQUET, 300. francs : MM. TARGOWLA et LAMACHE. — Prix Magitot, 1.000 francs : Dr Raymond BOISSIER, de Paris. — Prix A.-J. Martin, 1.000 francs : Dr CACHERA, de Paris, et M. PIERQUET, ingénieur. — Prix Claude Martin, 800 francs : Dr BOULAND, de Paris. — Prix Maurel, 800 francs : Dr Henri FISCHER, de Bordeaux. — Prix Meynot, 2.600 francs : Dr Charles CLAQUÉ, de Bordeaux. — Prix Alphonse Moubinne, 1.500 francs : 1.000 fr. à M. VELU, vétérinaire-major ; 500 fr. à M. le vétérinaire-major LE MÉTAYER. — Prix Nativelle, 600 francs : MM. HÉRISSEY, de Paris et CHEYMOL. — Prix Oulmont, 1.000 francs : M. MERLE D'AUBIGNÉ, interne à l'hôpital Saint-Louis. — Prix Pannetier, 4.000 francs : M. Léon BINET, de Paris. — Prix Henri Roger, 2.500 francs : Dr Etienne GINESTOUS, de Bordeaux. — Prix Sabatier, 600 francs : M. Achille URBAIN, de l'Institut Pasteur. — Prix Saintour, 5.000 francs : M. WEINBERG, professeur à l'Institut Pasteur et M. le Dr GINSBOURG. — Prix Tarnier, 4.000 francs : Dr PORTES, de Paris. — Prix Tremblay, 9.000 francs : Dr PAPIN, de Paris. — Prix Vernois, 800 francs : L'Académie partage le prix entre le Dr O'FOLLOWEL, de Paris et le Dr GOSSELIN, d'Argenteuil.

Hôpital Beaujon (Laboratoire du Dr AUBOURG). — *Démonstrations pratiques d'électrodiagnostic et d'électrothérapie.* — Tous les jeudis, depuis le jeudi 13 décembre 1928 à 10 heures, M. W. VIGNAL, électro-radiologiste des hôpitaux, chef-adjoint à l'Hôpital Beaujon, fera une conférence sur les sujets suivants. La conférence sera suivie d'applications pratiques.

20 décembre : Le courant galvanique. Caractéristiques physiques. Du choix des générateurs. Appareils graduateurs. Appareils distributeurs.

27 décembre : Effets physiologiques du courant galvanique. Etat constant. Effets interpolaires. L'électrolyse médicamenteuse ou ionisation électrique. Cataphorèse. Anaphorèse.

10 janvier 1929 : Etat constant (suite). Effets polaires : a) avec des électrodes métalliques nues ; b) avec des électrodes électrolytiques. Action physiologique du courant continu à l'état constant sur le système nerveux.

17 janvier : Action physiologique des états variables d'ouverture et de fermeture du courant galvanique. a) Sur les nerfs et les muscles ; b) Sur le système nerveux central.

24 janvier : Le courant faradique. Mode de production. Caractéristiques physiques. Effets physiologiques. Le courant galvano-faradique. Mode de production. Effets physiologiques. L'électrotonus. Principales applications thérapeutiques.

31 janvier : Les condensateurs. Etude de la condensation. Décharge des condensateurs.

7 février : L'électrodiagnostic classique.

14 février : L'électrodiagnostic avec les courants de très courte durée. (Chronaxie.)

21 février : Les courants de haute fréquence. Modalité de production. Caractéristiques physiques. Appareils à circuit magnétique ouvert. Appareils à circuit magnétique fermé.

28 février : Appareils à lampes triode. Mode d'emploi des courants de haute fréquence. Courants de quantité. Courants de tension ; la résonnance électrique.

7 mars : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. Applications de quantité : diathermie. Diathermo-coagulation.

14 mars : Effets physiologiques des courants de haute fréquence. I. Applications de quantité : la condensation, lit condensateur ; l'auto-conduction, la cage. II. Applications de tension. Effluves, étincelles, étincelage.

21 mars : Principales applications thérapeutiques des courants de haute fréquence.

28 mars : Accidents dus aux courants électriques therapeutiques, domestiques et industriels. Prophylaxie et traitement.

L'assistance à ces conférences et démonstrations, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Hôpital Beaujon. (Laboratoire du Dr AUBOURG). — *Démonstrations pratiques de rœntgenthérapie.* — Le lundi à 11 heures, MM. AUBOURG et Marcel JOLY feront une conférence suivie d'applications pratiques sur les sujets suivants :

17 décembre : Physiologie radiologique. Effets des rayons X sur la peau, les muqueuses, le tissu musculaire, le sang, les vaisseaux, les glandes, etc.

24 décembre : Degrés de radiosensibilité des différents tisssus, des différentes cellules, des différents organes.

31 décembre : Influence de la quantité et de la qualité du rayonnement de Rœntgen en radiophysiopathologie.

7 janvier 1929 : Les doses de rayons X. L'erreur d'une dosimétrie basée sur l'érythème cutané. Unités H. Unités Sabouraud-Noiré. Unités R.

14 janvier : La Rœntgenthérapie en dermatologie (eczémas, acné, lichens, verrues, teignes, sycosis).

21 janvier : Rœntgenthérapie des cancers de la peau et des muqueuses.

28 janvier : Rœntgenthérapie en pathologie nerveuse (sclérose en plaques, zona, névrites, névralgies, etc.).

4 février : Rœntgenthérapie des tumeurs cérébrales, des tumeurs de l'hypophyse, des tumeurs médullaires.

11 février : Rœntgenthérapie des tumeurs du naso-pharynx, de l'œil, de l'oreille. Epithéliomas et sarcomes de l'amygdale.

18 février : Rœntgenthérapie des cancers du sein inopérables. Irradiations prophylactiques. Rœntgenthérapie des récidives et métastases des cancers du sein opérés.

25 février : Rœntgenthérapie des tumeurs du médiastin, des cancers du poumon et de la plèvre.

4 mars : Rœntgenthérapie des goitres et des états basedowiens.

11 mars : Rœntgenthérapie des affections du tube digestif : leucoplasies buccales, ulcère de l'estomac, inflammation des glandes salivaires (parotidites), cancer de la langue, cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac, cancer de l'intestin, cancer du rectum, cancer du foie, cancer du poumon.

18 mars : Rœntgenthérapie des cancers du rein et des tumeurs vésicales.

25 mars : Rœntgenthérapie de l'hypertrophie et du cancer de la prostate.

8 avril : Comment il faut traiter en rœntgenthérapie un séminome ; rapports de la chirurgie et de la rœntgenthérapie dans le traitement du séminome.

15 avril : La rœntgenthérapie des kystes végétants de l'ovaire ; ses rapports avec la chirurgie de cette affection.

22 avril : Rœntgenthérapie des fibromes utérins. Ceux qu'on peut irradier ; comment on peut les irradier.

29 avril : Rœntgenthérapie des cancers de l'utérus inopérables ; rœntgenthérapie post-opératoire ; rœntgenthérapie des récidives après opération et des métastases.

6 mai : Les états leucémiques et aleucémiques, leur traitement par les rayons X. Rœntgenthérapie des leucémies myéloïdes et lymphoïdes. Rœntgenthérapie de la maladie de Hodgkin.

13 mai : Rœntgenthérapie et tuberculose. Rœntgenthérapie du lupus, des adénites tuberculeuses, des tuberculoses ostéoarticulaires, des laryngites tuberculeuses, des péritonites tuberculeuses.

27 mai. — La rœntgenthérapie en médecine générale. Rœntgenthérapie de l'asthme, de la dysménorrhée, des états hémorragipares, des dystrophies glandulaires, de la paralysie infantile, de l'hypertrophie des amygdales, etc.

3 juin : Directives générales de la conduite d'un traitement radiothérapique d'un cancéreux (examen clinique, méthode de laboratoire, biopsie, préparation du malade, incidents opératoires).

L'assistance à ces conférences et démonstrations pratiques, réservées aux étudiants en médecine et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Un cours d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par M. le Dr Jean Meillère, prosecteur, commencera le lundi 7 janvier 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e.)

Ce cours sera fait en liaison avec un cours de thérapeutique chirurgieale portant sur les affections des membres et sous la direction de M. le Dr Dujarier, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, cours qui aura lieu à la même date et dont le programme sera indiqué par voie d'affiche.

Programme du cours. — 1° Chirurgie des vaisseaux et des nerfs : Sutures vasculaires anévrysmorraphies : sutures et greffes nerveuses : sympathectomie péri-artérielle. Voies d'accès sur les principaux troncs vasculaires ou nerveux ; 2° Chirurgie des tendons ; ténotomies ; sutures, greffes et anastomoses tendineuses Incision des phlegmons des gaines. Extirpation des synovites tuberculeuses ; 3° Chirurgie des fractures : Technique générale des ostéosynthèses. Les divers matériels de prothèse : plaques, lames, agrafes, vis. Les voies d'abord des os. Application au traitement des fractures de jambe, de la rotule et de l'olécrâne. — 4° Chirurgie des pseudarthroses : Les greffes osseuses, méthodes et indications. Les ostéoplasties. Traitement des pseudarthroses diaphysaires. Traitement des fractures et des pseudarthroses du col du fémur. — 5° Chirurgie des articulations du membre supérieur : Voies d'abord de l'épaule, du coude et du poignet. Arthrotomies et résections de ces articulations. Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. — 6° Chirurgie de la hanche. Voies d'abord. Arthrotomie et résection. Butée ostéoplastique. Arthrodèse extra-capsulaire (Mathieu). Arthroplastie. — 7° Chirurgie du genou : Voies d'abord. Arthrotomie et résection (op. de Fredet,) Méniscectomie. Résection des ligaments croisés. Arthroplastie. — 8° Chirurgie du pied : Traitement des fractures du cou-de-pied avec fragment marginal postérienr. Astragalectomie, Hallux valgus. Les ostéotomies du fémur : sous trochantériennes. supra-condylienne. — 9° La pratique des amputations et désarticulations du membre inférieur : Les procédés et les indications. Les désarticulations de l'avant-pied (Lisfranc et Chopart.) Désarticulation du pied et amputation ostéoplastique (Syme, Pirogoff,) — 10° Les amputations de jambe. Désarticulation du genou. Amputation de Gritti. Amputation de cuisse. Désarticulation de la hanche. Amputations cinématiques de l'avant-bras.

Deuxième congrès international du paludisme. — Le deuxième congrès international du paludisme aura lieu à Alger (Algérie) les 19, 20 et 21 mai 1930. Ce congrès coïncidera avec les fêtes du centenaire de l'Algérie française et avec le cinquantenaire de la découverte de Laveran. Des excursions facultatives sont prévues pour les journées des 22, 23 et 24 mai. Les personnes désireuses d'y participer peuvent s'adresser dès maintenant au secrétaire général du Congrès, à l'Institut Pasteur, à Alger, qui enverra tous renseignements utiles.

Nécrologie. — M. le Dr Léopold Dubief, décédé à Charnay-les-Macon (Saône-et-Loire) dans sa 57e année. — M, le Dr de Lezinier, de Marseille. — Dr Albert Delattre, décédé à Lille, dans sa 73e année. — Dr Gonthier, de Moutiers (Savoie.)

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la symptomatologie et du diagnostic des pyloro-duodénites,

Par le Professeur MERKLEN.

En écrivant cet article, nous désirons nous associer aux auteurs qui, ces dernières années, ont plaidé la cause des lésions inflammatoires localisées à la région pyloro-duodénale, tels entre autres Loeper qui a consacré une leçon à la pylorite (1), Félix Ramond et Darquier un travail aux duodénites (2), sans parler de l'apport fourni par les chirurgiens. Tout récemment, Mlle G. Tillier reprenait dans sa thèse, écrite sous l'inspiration de Bouchut, la question des pyloro-duodénites (3), et Leriche reproduisait expérimentalement la gastro-duodénite par fistule œsophagienne et repas fictif chez le chien, avec hémorragies et forte élévation du taux de l'acide chlorhydrique (4).

Il est hors de doute qu'une classification nosologique exacte des états gastriques n'est pas aisée à mettre sur pied. En pratique, le médecin a trop souvent tendance à limiter les éventualités diagnostiques entre *dyspepsie* et *ulcère*. La situation est claire lorsque la dyspepsie peut s'expliquer par des erreurs alimentaires, de l'aérophagie, une ptose gastrique ou toute cause aussi tangible. Elle devient obscure dans les autres cas : si des auteurs incriminent alors une gastrite atténuée, il en est qui accordent aux troubles nerveux la place prépondérante. Lorsque ces dyspepsies imparfaitement assises dans leur déterminisme se montrent peu accessibles au traitement, on entend maintes fois soulever la question de l'ulcère, et cela sans que soit envisagée la possibilité d'autres hypothèses. N'est-il pas singulier que la notion de lésions inflammatoires reste alors dans l'ombre ? Ce n'est cependant pas faute que celles-ci aient été maintes fois retrouvées depuis les recherches initiales de Hayem.

On sait aujourd'hui qu'elles ont une prédilection pour la région pyloro-duodénale, et l'entité *gastro ou pyloro-duodénite* est assez bien établie pour qu'on n'ait pas le droit de la négliger.

Les descriptions qu'on en a fournies donnent surtout les grandes lignes ; mais il nous semble que les variations individuelles sont nombreuses. Nous exposerons ici les manifestations que nous avons observées, en colligeant ce que nous avons noté chez différents malades. Certaines d'entre elles répondent à la majorité des faits, d'autres sûrement pas : il en existe enfin, nous n'en doutons pas, que nous n'avons pas eu l'occasion de relever.

L'affection évolue en règle par crises, à intervalles irréguliers, de quelques semaines à quelques années. Ces crises succèdent à des erreurs alimentaires, du surmenage, des soucis, etc. Une circonstance fortuite quelconque les déclanche. Ou encore éclatent-elles sans cause apparente. Entre temps, les choses se comportent comme si la santé était rétablie ; ou bien se dessinent de-ci de-là quelques accidents avertissant que le mal n'est qu'en sommeil.

Voici ce que nous avons constaté.

Douleurs. — Etat d'endolorissement et de sensibilité gastriques plus que de douleur vraie lors des crises, ou même simple sensation de malaise local, avec maximum trois ou quatre heures après les repas et sédation par un peu d'aliments ou même de liquide chaud. Cet horaire peut toutefois n'être pas régulier. Pas de douleurs à la large pression manuelle de la région gastrique ; bien plutôt douleur par la pression digitale en un point limité. Parfois apparition atténuée de ces troubles entre les crises.

Douleurs spontanées à distance, dans le thorax, à la région précordiale, dans le dos, volontiers semblables à elles mêmes chez un même sujet. En général, elles n'évoquent rien de gastrique et font errer le diagnostic, d'autant que leur intensité dépasse souvent celle des douleurs d'estomac. Elles s'observent pendant et en dehors des crises.

Certains aliments, vin et crudités en première ligne, provoquent facilement ces accidents, surtout pris en quantité un peu élevée.

Fonction gastrique. — Même lors des poussées aiguës l'appétit est conservé et les digestions semblent se faire sans grandes anomalies, le malade au surplus ne s'en plaignant guère. Dans nos cas pas de nausées et vomissements. Rien de très constant à l'examen du suc gastrique ; cependant il y a plutôt tendance à l'augmentation du taux de l'acidité. Eructations assez fréquentes. L'estomac n'est pas toujours complètement vide le matin à jeun ; on en retire une certaine quantité de liquide ; des sujets accusent d'eux-mêmes du clapotage au réveil ; — le tout surtout en temps de recrudescence.

Fonctions intestinales. — Des poussées de diarrhée apparaissent inopinément, hors de toute raison alimentaire et loin de toute crise. Elles sont de durée variable, quelques heures à deux ou trois jours. Entre temps selles à peu près normales, parfois irrégulières ou fréquentes ; envies impérieuses d'exonération.

Différentes selles, chez certains sujets, ont une propension, par périodes, à être claires, café au lait, soit dans leur totalité, soit en partie ; il existe même des bols fécaux à double teinte, virant ici au brun, là au jaune. Fait plus curieux, nous avons vu des selles complètement blanches, qu'on aurait dit appartenir à un ictère par rétention. Se justifiaient-elles par un trouble du pancréas et une altération du métabolisme des graisses ? C'est à voir. Insistons enfin sur l'absence de sang dans les selles et le gaïac négatif au cours de nos examens.

Les accidents intestinaux doivent faire redouter la crise, mais sans qu'il y ait là rien d'absolu. Celle-ci de son côté ne les exagère pas toujours.

Troubles généraux. — Assez atténués dans bien des cas, ils se montrent dans d'autres vraiment impressionnants. L'amaigrissement et la fatigue sont les deux plus importants ; ils accompagnent les crises et cèdent avec elles.

L'amaigrissement existe même chez les malades suffisamment nourris ; si un élément d'hypoalimentation intervient, il est secondaire. Cette perte de poids peut atteindre quelques kilogs. Les traits tirés, la figure creusée, le patient en arrive à prendre l'apparence d'un homme gravement atteint ; son entourage est inquiet à juste titre, et on entend émettre les plus sombres pronostics.

La fatigue ne manque guère : elle est capable de toucher à l'asthénie. Travaillant avec peine et se faisant violence, le malade ne se trouve mieux à l'aise que couché ou étendu ; en tout cas il reste le moins possible debout. Il sent que ses jambes ne le portent pas. Bien plus on voit des sujets avertis du fléchissement de leur estomac par celui de leurs jambes, qui en peu d'instants deviennent lourdes et faibles, sont le siège de fourmillements ou plutôt de sensations pénibles et mal définies.

Il est curieux de relever avec quelle rapidité s'installe la fatigue et combien vite progresse l'amaigrissement.

(1) LOEPER. — Leçons de pathologie digestive (4e série, III). Paris 1919.

(2) Félix RAMOND et DARQUIER. — Les duodénites considérées au point de vue étiologique et anatomo-pathologique (*Bull et mém de la Soc méd. des Hôpitaux Paris*, 31 juillet 1925.)

(3) Mlle Gabrielle TILLIER. — Contribution à l'étude des pyloro-duodénites. (Thèse de Lyon, 1928.)

(4) LERICHE. — XXXVII. Congrès de l'Association française de Chirurgie. Paris, 1928.

De même, la crise terminée, le convalescent retrouve en peu de temps son poids, son allure ordinaire, son rendement à la besogne, la force de ses membres inférieurs, Le contraste avec l'intensité des accidents est frappant.

A côté de ces symptômes, citons les céphalées, inconstantes du reste et légères dans nos observations, les spasmes œsophagiens : enfin le prurit.

Un autre ordre de phénomènes consiste, au plus faible degré, en crises de moiteur avec malaise et étourdissements. Un pas de plus, on est en face d'une véritabte lipothymie. Notons expressément la syncope complète avec perte de connaissance.

Nous avons enfin observé de petites desquamations épidermiques des mains et des doigts. La concordance est nette : la desquamation se montre-t-elle, l'estomac souffre.

Troubles radioscopiques. — Pas de preuves d'ulcère, même par la méthode des clichés sériés. Mais fréquemment évacuation gastrique ralentie, exagération du péristaltisme prépylorique, obstacle pylorique au transit normal. En un mot les signes qu'on réunit en général sous le nom de signes indirects de l'ulcère.

***

Le groupement des symptômes que nous avons eu la possibilité de relever ne nous autorise pas à tracer un tableau d'ensemble des gastro-duodénites. Il faudrait des précisions qui nous font défaut sur les conditions où se manifestent chacun de ces signes et sur leur valeur séméiologique.

Une notion, malgré tout, émerge implicitement, sinon explicitement, non seulement de nos observations, mais aussi de la lecture de plusieurs travaux. Elle revient à dire que divers états gastriques s'adaptent mal aux cadres actuellement constitués.

D'après notre expérience les gastro-duodénites sont confondues avec l'ulcère, la dyspepsie, les troubles nerveux.

Avec *l'ulcère*, les points communs se devinent : évolution par crises laissant le malade plus ou moins tranquille entre elles, sensations gastriques revêtant le type tardif et calmées par de petites ingestions d'aliments, troubles d'évacuation radiologiquement constatés, quantité modérée de liquide à jeun. Mais qu'est-ce à dire sinon qu'il s'agit de manifestations de la région pylorique ? Il n'y a là que les éléments d'un diagnostic de localisation, témoignant que le passage pyloro-duodénal ne se poursuit pas de façon régulière : impossible d'en rien déduire sur la nature du mal.

Il n'est pas jusqu'aux lipothymies qui ne soient systématiquement acceptées comme traduisant des hémorragies. Elles peuvent cependant se réaliser, et même se transformer en syncopes, non seulement sans mélæna, mais même sans gaïac positif, ce qui prouve bien qu'elles ne relèvent pas toujours de pertes sanguines.

On trouve au diagnostic d'ulcère un dernier argument dans les bons effets du régime et du bismuth, etc. ; on oublie qu'il est dangereux de trop systématiquement conclure de la thérapeutique au diagnostic hors des particularités de chaque cas en cause, plusieurs états pouvant bénéficier de soins identiques.

De fait, nos cas personnels avaient été le plus souvent étiquetés ulcères.

Aussi bien conçoit-on qu'en face des symptômes en question, le médecin, à qui on a appris leur origine ulcéreuse en passant sous silence l'histoire de la gastro-duodénite, n'hésite pas à parler d'ulcère. Pour peu que son tempérament chirurgical lui fasse dédaigner la thérapeutique médicale, il s'étonnera de ne pas trouver lors de l'intervention l'ulcère attendu, déconvenue dont les exemples abondent. Ou, si tout se borne à une gastro-entérostomie, attribuera-t-il l'amélioration à la mise au repos du pylore ulcéreux sans se douter qu'un pylore simplement inflammé en tire profit plus aisément encore.

Certains cliniciens, notant que des symptômes essentiels n'offrent pas toujours la netteté désirable, reculent par contre devant le diagnostic ferme d'ulcère. S'ils cèdent à des analogies, leurs hésitations, aussi réfléchies que légitimes, se traduisent par les formules auxquelles ils s'arrêtent : ulcères peu évolués, ulcérations indéterminées, etc.

A propos des ulcérations, remarquons qu'à ne pas discriminer avec assez de précision entre les diverses variétés de pertes de substance gastrique on risque des erreurs regrettables. La pathologie prend cependant garde de distinguer l'ulcère vrai, avec son histoire très spéciale, des autres ulcérations de la muqueuse. On a l'impression que la clinique ne raisonne pas toujours sur le même plan. Certes, les ulcérations sont loin d'être toutes connues dans leurs origines. Il en est cependant que l'on sait représenter une étape dans la progression de lésions inflammatoires. Et en effet, les gastro-duodénites sont susceptibles d'aboutir à une phase ulcéreuse Remplacer dans les cas appropriés le terme d'*ulcération* par celui de *gastro-duodénite ulcéreuse*, ce n'est pas simplement changer de terminologie ; c'est apporter la notion d'inflammation à la base, que le premier qualificatif n'exprime pas. C'est rentrer dans la vérité anatomique, d'où découlent les conséquences thérapeutiques utiles. C'est aider à résoudre le problème, toujours mal élucidé, de la délimitation des ulcères gastriques.

Entre gastro-duodénite et ulcère, le diagnostic n'est malgré tout pas impossible. Quelques signes y aident, à condition d'être analysés avec soin.

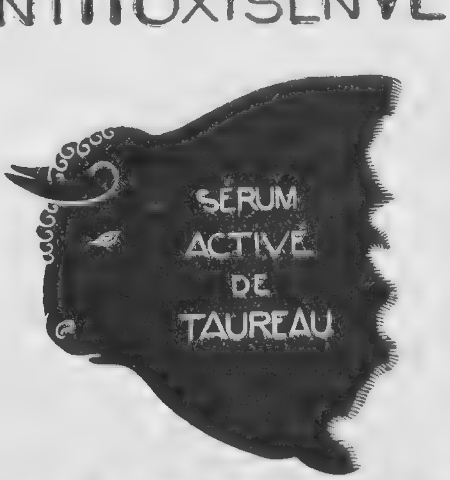
L'absence d'hyperchlorhydrie franche est peut-être le plus pratique. L'ulcère est dominé par l'hyperchlorhydrie et, sauf cas particuliers, n'existe pas sans une exagération nette de l acidité gastrique. En dépit des exceptions, la règle est assez absolue pour avoir force de loi. Aussi un suc sans hyperchlorhydrie nette constitue-t-il un argument souvent sérieux contre l'ulcère et pour la gastro-duodénite.

L'intensité des phénomènes intestinaux est également essentielle. Sans doute serait-il excessif de dire que l'ulcère soit toujours sans retentissement intestinal. Cependant on pensera bien plutôt à la gastro-duodénite en face de crises de diarrhée surtout inopinées et inexpliquées, en face aussi de la coloration des fèces que nous avons indiquée. L'estomac ne saurait retenir seul l'attention, et on ne doit pas négliger les phénomènes intestinaux et leur valeur séméiologique. Ils traduisent, croyons-nous, la lésion inflammatoire du duodénum.

Une grande circonspection est de mise devant une radiologie qui ne montre pas de signes indubitables d'ulcère, étant entendu que la recherche a été poussée à fond. Les signes indirects à eux seuls, ne suffisent pas pour l'ulcère, dussent-ils s'accompagner d'un point douloureux localisé à la pression. C'est le propre de l'inflammation que d'être sensible au contact. Craint-on de forcer la note en disant que la radiologie des gastro-entérites décèle une sténose du pylore, on ne saurait méconnaître qu'elle décèle une entrave au fonctionnement de l'orifice. De toutes façons entrave pylorique, sténose si l'on veut, ne doivent pas systématiquement signifier ulcère.

Il est, en outre, des nuances qui demandent à être interprétées. Les douleurs n'affectent pas le type tardif avec la même rigueur et la même constance, nous semble-t-il, dans les gastro duodénites que dans l'ulcère. Le retentissement sur l'état général est souvent tel dans les premières qu'en matière d'ulcère on ne le comprendrait qu'avec un ulcère à allure grave. La rapidité d'apparition des crises et leur disparition en peu de temps, une fois terminée la phase d'acmé, font plutôt pencher pour les accidents inflammatoires : les crises ulcéreuses exigent plus de temps pour se résoudre.

L'absence de gaïac positif dans les selles s'inscrit de préférence contre l'ulcère. Se rappeler toutefois les éro-


SÉRUM
ACTIVÉ
DE
TAUREAU

sions de certaines gastro-duodénites mentionnées plus haut susceptibles, elles aussi, de saigner

La *dys e sie*, autrement dit les troubles digestifs de causes variées où n intervient aucun phénomène ulcéreux ou inflammatoire, est par définition autre chose que la gastro-duodénite. Nous avons néanmoins la conviction que la gastro-duodénite est souvent rangée sous la rubrique dyspepsie. Et Loeper a raison de soutenir que beaucoup de dyspepsies accompagnées de manifestations pyloriques sont en réalité des pylorites.

D'ailleurs, les troubles d'évacuation vus à la radiologie, les phénomènes intestinaux si spéciaux, l'amaigrissement et l'asthénie comparables à ceux d'une maladie grave, l'évolution par crises avec les caractères que nous avons indiqués forment un tableau assez éloigné de celui de la dyspepsie habituelle. En outre celle-ci s'améliore sans tarder lorsqu'on a pu s'attaquer à sa cause : en expliquant au malade de ne pas avaler d'air, de manger de manière correcte, de s'abstenir de certains aliments, en lui relevant son estomac, etc., on le guérit vite et bien. Les crises de gastro-duodénite, même ulcéreuses, offrent aussi une tendance naturelle à la guérison : cette évolution explique pour une large part que divers médecins ne s'arrêtent pas à la différenciation qui s'impose entre les deux états. Cependant le régime et les soins habituels nécessitent un certain temps dans les gastro-duodénites pour donner leur plein effet : ils ne peuvent agir sur l'estomac que par une mise au repos qui permet la régression des phénomènes inflammatoires, mais sans la provoquer directement ; encore cette régression n'évite-t-elle pas toujours les récidives malgré les précautions édictées.

Le diagnostic de *troubles nerveux* de l'estomac est un des plus souvent formulés et des plus rarement précisés. Il est en réalité difficile à définir par cela même qu'il n'a rien d'anatomique. La notion la meilleure est encore celle d'hyperesthésie de la muqueuse introduite par Leven ; resterait à connaître le mécanisme qui crée le trouble dynamique. De plus à l'élément nerveux s'ajoute un élément dyspeptique ; tous deux se fusionnent au point de former par leur ensemble un syndrome clinique qui, s'il est pathologiquement mal établi, se diagnostique cependant cliniquement.

Les troubles nerveux affectent une base plus solide lorsqu'on se trouve en face d'un spasme soit du pylore, soit de telle ou telle zone de l'intestin. Il convient d'envisager la question du point de vue de la gastro-duodénite.

On a pendant longtemps accepté que tout spasme reconnaît à son origine une ulcération, perceptible ou non. L'expérience a prouvé que l'inflammation est également susceptible de créer le spasme, lequel dans les deux éventualités n'est autre chose qu'un mode de défense par l'immobilisation qu'il entraîne Aussi énoncer le diagnostic de spasme pylorique ou duodénal revient à incriminer l'existence d une ulcération ou d'une gastro-duodénite, à cette réserve près qu'existeraient des spasmes essentiels qu'il serait loisible d'admettre après mûr examen.

En pratique, la question est de savoir si un spasme dûment constaté se rattache ou non à une gastro-duodénite. Trop souvent il suffit à faire conclure à l'ulcère, surtout lorsqu'il est fixe et constant Variable d'un jour à l'autre comme localisation et intensité, il dépendrait plutôt d'une inflammation. Le diagnostic est subtil, et il ne paraît pas que l'aspect morphologique revête une telle valeur. La signification du spasme se juge au contraire par celle des symptômes associés.

D'autre part on ne saurait être assez prudent chez les spasmés pertinemment non ulcéreux avant de s'arrêter au spasme essentiel ; c'est qu'alors maintes fois entre en jeu un processus gastro-duodénitique. Le spasme, d'après nos constatations, met même dans bien des cas sur la voie du diagnostic. Il est l'agent majeur de cette entrave à l'évacuation par laquelle se spécifie clairement l'inflammation de la région. A la clinique de la vérifier et d'en rechercher les principaux éléments.

Le spasme pylorique des gastro-duodénites traduit un état d'excitation parasympathique, comme celui des ulcéreux ; il fait tout naturellement penser aux réactions vagotoniques que Loeper, que Moutier ont décrites chez eux. De même, demeure-t-il acquis que la vagotonie est à l'origine de l'exagération du péristaltisme intestinal et de la diarrhée. Puisque les poussées de diarrhée des gastro-duodénitiques sont ainsi l'analogue en quelque sorte des accidents pyloro-spasmodiques, on s'explique leur survenue subite et leur prompte sédation.

Du reste, le rôle du système nerveux est plus large encore dans l'évolution des gastro-duodénites. Il conditionne l'allure générale des crises qui sont le fond même de la maladie : irrégularité, imprévu, apparition et disparition rapides. Il régit les phénomènes à distance et domine l'atteinte de l'état général.

Rien de surprenant par suite que dans le chapitre des accidents gastriques d'ordre fonctionnel et spasmodique on lise des descriptions qui affectent avec les gastro-duodénites plus d'un point commun. Nous n'estimons pas toutefois que les deux états doivent se réduire l'un dans l'autre. Les troubles nerveux digestifs tels qu'on les entend, moteurs par excès ou défaut, sensitifs et douloureux, sécrétoires et vaso-moteurs, laissent la muqueuse intacte ou à peu près. Au nom de la clinique on peut avancer que d'autres malades présentent au contraire une lésion anatomique, et c'est chez eux que s'élabore le syndrome de la gastro-duodénite.

On pourrait épiloguer sur sa pathogénie. Ce serait pour opposer les deux théories qui viennent d'elles-mêmes à l'esprit Ou phénomène inflammatoire primitif, qui engendre des réactions nerveuses, amaigrissement, asthénie, lipothymies, etc. Ou modification première de l innervation gastrique, qui engendre des manifestations fluxionnaires locales comme en réalise l'expérimentation sur le sympathique. La discussion risquerait fort de ne pas aboutir. Elle serait d'autant plus oiseuse que la pathologie générale enseigne les limites indécises qui séparent fluxion et inflammation, l'une et l'autre ayant pour substratum la dilatation vasculaire et l'afflux leucocytaire. On conçoit même sans peine que la fluxion devienne rapidement inflammation à la région pylorique, souvent traumatisée par des bols alimentaires trop gros, trop précipités et mal insalivés, et qui, en dépit de la chlorhydrie gastrique, ne baigne pas en milieu aseptique.

Nos cas de pyloro-duodénites ayant tous guéri, nous nous abstiendrons de parler de lésions que nous n'avons pu constater. Omission dont nous prenons sans peine notre parti, car les auteurs qui les ont détaillées y ont apporté une précision ne laissant aucun doute sur leur existence. L'affection obéit aux exigences justifiées de la méthode anatomo-clinique.

Une dernière remarque, visant les réactions fibreuses locales développées autour de la lésion. La *périgastrite* est presque toujours regardée comme symptomatique d'un ulcère sous-jacent. On rencontre cependant des périgastrites sans ulcère ; parmi elles, il en est qui résultent de la propagation d'un processus de gastrite encore en évolution ou déjà éteint lorsqu'on les observe. Mêmes réflexions à propos des *périduodénites*, de causes souvent délicates à déceler : il semble bien que maintes fois intervienne un processus identique.

***

Aussi le médecin ne saurait-il borner son horizon entre l'ulcère, la dyspepsie et les troubles nerveux. Il doit envisager la possibilité des lésions inflammatoires, qui se localisent avec prédilection dans les zones juxtapyloriques, en amont et en aval de l'orifice. Il doit songer à la *gastro-duodénite* devant les faits où les trois éventualités précédentes ne se présentent pas à lui avec une netteté suffisante.

L'erreur la plus grave qu'il puisse commettre sur ce

terrain est d'étendre au-delà de ses limites le domaine de l'ulcère. Il n'y échappe guère si, selon une pratique aujourd'hui courante, il s'oriente délibérément vers cet ulcère, pour peu que son malade ne soit manifestement pas un simple dyspeptique. Il a à évoquer auparavant l'hypothèse d'un processus inflammatoire.

En interprétant sans une analyse poussée les états dyspeptiques, il risque de moins fâcheuses conséquences au point de vue pratique, mais passe outre à des objections de doctrine. Le départ s'impose entre les dyspepsies de causes banales et déterminées, telles que aérophagie, tachyphagie, troubles de la statique abdominale, etc., et les dyspepsies par lésions inflammatoires. En réalité ces dernières mériteraient d'être désignées, plus souvent qu'elles ne le sont, sous le nom de gastrite qui leur revient tout naturellement. Il y a entre les deux la même différence qu'entre les muqueuses saines et malades. Que la muqueuse saine soit le siège d'altérations secondaires, comme une vésicule ou un bassinet sont le siège de lésions consécutives à la présence prolongée d'un calcul, la chose va de soi ; il serait étonnant qu'il n'en fût pas ainsi. Mais ces altérations secondaires sont à distinguer des altérations systématisées de la gastrite. Et dans cette systématisation prennent place les localisations pyloro-duodénales, qu'il serait imprudent de négliger au cours de la discussion diagnostique.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Traitement de la lithiase biliaire,

Par Maurice LOEPER (1).

La lithiase biliaire est une maladie fort intéressante et son traitement doit être étudié avec d'autant plus d'attention qu'il est à la fois médical et chirurgical.

Maladie véritablement protéiforme, parfois évidente, d'autres fois révélée par une complication, souvent fruste ou masquée par une symptomatologie gastrique intestinale, ou duodénale, la lithiase apparaît comme de plus en plus fréquente, maintenant qu'on sait mieux la dépister : j'ai à peine besoin de signaler l'aide qu'apporte à son diagnostic la radiographie, et plus particulièrement la cholécystographie, après injection ou ingestion de tétraiodophtaléine.

On peut encore discuter de sa pathogénie : retenez seulement qu'elle s'apparente au groupe général des maladies de la nutrition, qu'elle s'accompagne presque toujours d'une hypercholestérinémie notable, et que la formation des calculs biliaires résulte d'une précipitation ou d'un défaut de solubilisation de la cholestérine dans un milieu hypercholestérinémique. Selon les cas, ces dépôts cholestériniques vont de la boue et du sable biliaire aux petits calculs à facettes les mieux caractérisés et aux gros calculs solitaires. De ceux-là, il n'est pas rare de compter jusqu'à 80 ; on cite le chiffre classique de 400, et dans un cas que j'ai fait opérer par M. Gosset, nous en avons trouvé 650. Les plus gros sont souvent silencieux et n'entraînent guère d'accidents douloureux plus aux petits ressortissent les accidents de migration, de rétention, de blocage : aux tout petits l'infection.

Migration et blocage, outre qu'ils ne vont pas sans réaction douloureuse, sont, selon les cas, facteurs de complications différentes : l'arrêt dans le cystique détermine l'hydropisie vésiculaire ; dans le cholédoque, l'ictère par rétention ; l'enclavement dans l'ampoule de Vater ne retentit guère sur la vésicule, qui, préalablement atrophiée et sclérosée n'a pas la possibilité de se distendre, mais bien plus sur le pancréas, dont les altérations chroniques ou aiguës aggravent singulièrement le pronostic de la lithiase. Il n'est pas jusqu'aux complications intestinales qui ne se puissent voir ; mais l'iléus biliaire est, à la vérité, assez rare. En somme, deux grandes variétés de complications, les unes infectieuses avec déterminations fébriles, les autres mécaniques avec manifestations douloureuses, celles-ci d'ailleurs, rendues possibles et conditionnées par celles-là. La notion d'infection, latente ou patente, domine en effet toute l'histoire de la lithiase biliaire, aussi bien sa pathogénie que ses complications, ses manifestations cliniques que son traitement. J'ai tendance à admettre, avec Gilbert et Dominici, que cette infection peut être d'origine intestinale et se fait par voie ascendante : normalement, le 1/3 inférieur du cholédoque est parasité par une flore microbienne identique à celle du duodénum : l'irritation mécanique, les altérations de la muqueuse provoquées par les calculs agissent comme points d'appel à l'infection et lui permettent d'atteindre de proche en proche la vésicule. Mais je dois signaler que nombre d'auteurs invoquent non sans raison la voie sanguine et reconnaissent aux angio-cholécystites lithiasiques une origine hématogène, que le microbe vienne d'un foyer intestinal ou d'ailleurs par une voie plus détournée.

***

La thérapeutique de la lithiase biliaire n'est donc pas univoque : elle doit combattre les accidents douloureux de migration, les accidents infectieux locaux ou généraux, et, mieux encore, prévenir les uns et les autres en empêchant la formation ou l'accroissement des calculs.

La colique hépatique est une des traductions les plus classiques et les plus fréquentes de la lithiase biliaire ; une douleur sous hépatique, à irradiation ascendante vers l'épaule droite, accompagnée d'intolérance gastrique, survenue brutalement chez une femme, tels en sont les signes principaux. On peut interpréter différemment son mécanisme : les classiques la rattachent à une migration calculeuse dans le cholédoque ; d'autres, avec Chiray, y voient une contraction, un effort de la vésicule sur un obstacle ; d'autres encore pénétrés de la notion infectieuse, en font une réaction cholécystopéritonéale, et de fait, elle est souvent fébrile. La soudaineté et la brutalité de la douleur sont des arguments indiscutables en faveur de la migration ; il faut admettre sans conteste aussi la contraction douloureuse de la vésicule biliaire sur l'obstacle ; l'ingestion d'hypophyse qui a pour effet de contracter le cholécyste, suffit parfois à la reproduire.

L'indication thérapeutique d'urgence est de calmer cette douleur. L'opium est ici indispensable, sous forme de morphine, de paveron, de pantopon, qu'il faudra introduire par voie sous-cutanée ; car l'estomac ne tolère rien. Il est prudent de s'en tenir à des doses faibles ; le foie n'est, en effet, pas normal, et des cas de mort ont été signalés. Je me souviens moi-même d'un malade qui, atteint d'une colique hépatique, pendant une cure à Vichy, mourut à la suite d'une injection de morphine. D'autres analgésiques peuvent avoir leur indication, telle l'antipyrine qu'on prescrira sous forme de suppositoires, seule ou associée à l'opium :

Extrait thébaïque	cinq centigr.
Antipyrine	0.50
Beurre de cacao	q.s.

Par contre, la belladone reste à peu près sans effet, et d'ailleurs n'agit pas assez vite.

(1) Leçon recueillie par le Dr A. Lemaire.

L'huile d'olive mérite une place importante : introduite en thérapeutique par Feillée, d'Angers, vantée par Gubler, puis par Chauffard, elle est très utilisée en Amérique. Elle semble agir en diminuant la tonicité du sphincter d'Oddi, et par conséquent l'obstacle à l'évacuation.

On a soutenu que son action était plus générale et qu'elle pouvait dissoudre les calculs. Chauffard et Dupré font justice de cette assertion en prouvant que si l'huile pénètre dans le cholédoque, son ascension ne dépasse jamais quelques millimètres au-dessus de l'ampoule de Vater. L'huile n'agit donc qu'à titre purement mécanique ; il faut l'administrer à la dose de 100 à 200 gr., certains auteurs vont même jusqu'à 400 gr. ; l'absorption d'une telle quantité est assez désagréable : néanmoins elle est conservée presqu'intégralement par l'estomac vis-à-vis duquel elle exerce une action plutôt inhibitrice.

Toute colique, même si elle guérit cliniquement, n'aboutit pas forcément au rejet du calcul. Celui-ci, après plusieurs essais d'engagement peut rester dans la vésicule, ou peut s'arrêter dans les voies biliaires qu'il oblitère partiellement ou totalement.

***

L'oblitération du cystique ne comporte qu'un intérêt thérapeutique restreint : l'exclusion et l'hydropisie vésiculaire qui en résultent sont du domaine chirurgical. L'oblitération cholédocienne est bien plus importante : elle entraine le plus souvent l'apparition d'un ictère par rétention, intermittent et fébrile, tendant à évoluer vers la grande suppuration des voies biliaires et l'insuffisance hépatique. Quand le calcul est bas situé, surtout quand il est enclavé dans l'ampoule de Vater, les complications pancréatiques sont fréquentes, allant de la pancréatite scléreuse atrophique qui aggrave singulièrement le retentissement général de la lithiase jusqu'aux pancréatites aiguës suppurées ou hémorragiques et même à la stéatonécrose.

Quel est le traitement de la **lithiase cholédocienne** ? Il doit être d'abord médical. L'huile d'olive trouve encore là son emploi, mais aussi le sulfate de magnésie, dont j'ai déjà rappelé le rôle physiologique à propos de l'épreuve de Meltzer-Lyon : on l'administre en pilules glutinisées de 0,25, en solution aqueuse à 5 gr. pour 100 gr. d'eau, ou en solution à 30 % dont on fera prendre, dans l'espace de 20 minutes, successivement 75, 45 et 30 gr. dans le but de réaliser un véritable drainage médical des voies biliaires : mais une telle concentration l'empêche souvent d'être bien toléré par l'estomac. Aussi la *sonde duodénale* est-elle employée par de nombreux auteurs et la pratique du tubage s'est elle généralisée.

Cette médication n'est pas toujours efficace. Il est même dangereux de la prolonger, car elle font perdre souvent un temps précieux, et retardent l'intervention chirurgicale. De celle-ci je ne dirai que peu de choses ; qu'il s'agisse de cholécystostomie, de cholécystectomie, le cathétérisme et le drainage des voies biliaires, en font obligatoirement partie. Je n'insisterai que sur ses indications : douleur permanente, accès fébrile, amaigrissement progressif, ictère durable, sont les signes que vous retiendrez comme signes d'obligation ; un seul d'entre eux suffit pour faire décider l'intervention. Celle ci est d'autant mieux supportée que plus précocement effectuée. Une attente de 20 jours est un maximum : plus longue, elle n'offre que des chances minimes de guérison spontanée, et aggrave singulièrement le pronostic opératoire, en favorisant les progrès de l'infection et le retentissement hépato-pancréatique. La règle classique « pas moins d'un mois, pas plus de trois mois » se trouve donc en défaut. Bien entendu, l'anesthésie chloroformique est souvent contre-indiquée en raison des lésions cellulaires qu'elle peut déterminer.

***

J'ai déjà insisté sur la constante septicité de la lithiase, dont on trouve la preuve même dans certaines crises douloureuses, et dont le terme ultime se trouve réalisé par l'angiocholécystite suppurée avec sa fièvre bilioseptique. Toute médication antilithiasique est donc encore **anti-infectieuse**.

Ce ne sont pas les antipyrétiques qu'il faut prescrire, car, exception faite pour l'aspirine, ils ne sont pas des antiseptiques biliaires : il faut donner l'hexaméthylène tétramine, le salicylate de soude, les vaccins.

L'hexaméthylène tétramine est le plus employé ; on l'appelle encore urotropine. formine et uroformine. On doit l'administrer à hautes doses, 1,50 à 3 gr. par 24 heures, en dissolution dans l'eau de Vichy : l'alcalinité de cette solution évite les phénomènes de cystite que les doses élevées pourraient provoquer ; l'urotropine a une double action : elle excite les fibres musculaires lisses, elle désinfecte les voies biliaires par lesquelles elle s'élimine partiellement, en nature pour certains auteurs, sous forme de formol naissant pour d'autres.

Dans les cas graves où il faut agir vite, on aura recours à la voie veineuse, comme l'ont proposé Ayerza à l'étranger et moi-même en France : 5 cmc. par jour d'une solution à 0,25 par cmc.

Les résultats sont souvent remarquables.

Les salicylate et benzoate de soude, très vantés par Chauffard, sont à la fois des antiseptiques biliaires et des cholagogues. On prescrit :

Salicylate de soude	0.50
Benzoate de soude	0.25

pour 1 cachet, 4 cachets par jour.

Je n'insiste pas sur la *vaccinothérapie* : théoriquement, elle a dans la lithiase infectée ses indications comme dans n'importe quelle autre infection. Mais elle est vraiment peu spécifique, et son action est minime. Ce sont surtout les vaccins colibacillaires qu'on emploie à doses croissantes, en commençant par une injection de 1/2 milliard par voie sous-cutanée.

Bien entendu le *drainage médical* des voies biliaires garde ici toutes ses indications : en provoquant l'élimination du sable biliaire, il supprime un point d'appel à l'infection. Je ne veux pas répéter ce que j'ai dit plus haut : mais il reste bien entendu que l'inefficacité de cette thérapeutique anti-infectieuse médicale est une indication de plus à l'intervention chirurgicale.

***

J'en arrive maintenant au traitement des **accidents chroniques** qui sont souvent ceux des lithiases torpides.

L'évolution clinique de la lithiase biliaire est sous la dépendance étroite de son évolution anatomique.

Une vésicule encombrée depuis des mois ou des années de calculs plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux, est chroniquement infectée. Elle subit une transformation fibreuse et s'atrophie. Les tuniques, densifiées par le processus de sclérose, sont infiltrées par places d'amas leucocytaires, qui traduisent la persistance de l'infection ; les filets nerveux qui la parcourent sont le siège de lésions névritiques : j'insiste sur cette participation nerveuse qui, là comme au niveau de l'estomac ou de l'intestin, intervient pour pérenniser en quelque sorte les douleurs. L'infection a

de plus étendu ses effets au-delà de la vésicule ; la péricholécystite plastique est la règle : elle englobe pylore et duodénum attirant celui-ci sous le foie, coudant et déformant celui-là, déformant même la petite courbure. Les conséquences sont nombreuses : douleurs post-prandiales par gêne pylorique, douleurs nocturnes, car la vésicule est un organe qui travaille beaucoup la nuit, troubles de l'excrétion biliaire, troubles du fonctionnement gastrique et intestinal.

La thérapeutique doit s'adapter à ces différentes manifestations.

Les douleurs sont justiciables des sédatifs. Pour atténuer la sensibilité gastrique des lithiasiques, j'ai proposé la préparation suivante :

Teinture éthérée de valériane	10 gr.
Teinture de belladone	3 gr.
Teinture de jusquiame	3 gr.

XV gouttes dans un peu d'eau avant chacun des trois repas.

Voici une formule analogue :

Extrait thébaïque	0.02
Extrait de jusquiame	0.02
Extrait de belladone	0.02
Extrait de valériane	0.05

pour 1 pilule, 2 à 3 pilules par jour.

L'éther amylvalérianique a le double avantage de calmer le spasme du sphincter d'Oddi et peut-être aussi de dissoudre la cholestérine. On prescrit soit :

Ether amylvalérianique 0.10
une à trois capsules à 1/4 d'heure d'intervalle

soit la potion suivante formulée par beaucoup d'auteurs.

Ether amylvalérianique	0.60
Huile d'amandes douces	8
Gomme	5
Sirop	30
Eau	60

à prendre en une fois avec du lait.

Si le malade supporte mal les médicaments par voie buccale, on administre les suppositoires de :

Extrait de valériane	0.05
Extrait de belladone	0.02
Dionine	0.02
Beurre de cacao	3 gr.

ou un lavement de 2 gr. de chloral.

C'est aussi la période où sont indiqués les différents cholagogues. Je les ai étudiés dans une précédente leçon. Je rappelle seulement les principaux d'entre eux et leur posologie.

Le salicylate de soude à la dose de 1 ou 2 gr.

L'oléate de soude à la dose de 0,20 cgr.

Le boldo : en infusion le soir au coucher : 4 gr. de feuilles ; en teinture : 1 à 3 grammes ; ou sous la forme de son alcaloïde, la boldine : 3 granules de 1 mmgr. en 3 prises séparées.

On semble admettre, à la suite de certaines expériences que le boldo est moins un cholagogue qu'un fluidifiant biliaire. A ce titre, son emploi reste indiqué dans la lithiase.

L'extrait fluide de combretum (XX gouttes avant les repas) a les mêmes propriétés.

J'ai enfin parlé plus haut du sulfate de magnésie qui s'administre en pilules glutinisées à 0,20 suivant la formule de Chiray, ou en paquets, suivant les conseils de Ramond :

Sulfate de magnésie	5 gr.
Peptone	2 gr.
Sucre	1 gr.

A prendre le matin, à jeun, dans un peu d'eau.

Lorsque dominent les troubles dyspeptiques si fréquents chez les lithiasiques, la médication dialytique reprend tous ses droits. La formule suivante, due à A. Robin s'associera utilement à la belladone, à la jusquiame ou à la valériane :

Bicarbonate de soude	8 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Sulfate de soude	3 gr.
Benzoate de soude	2 gr.
Iodure de potassium	1 gr.

pour 1 paquet à faire dissoudre dans 1 litre d'eau : prendre 100 gr. de cette eau avant les trois principaux repas.

L'antisepsie est encore nécessaire et sera réalisée surtout par l'uroformine.

Contre les adhérences enfin, le *bromure de mésothorium*, à la dose de 1 microgramme tous les 2 jours en injection sous-cutanées, la *diathermie*, donneront parfois de bons résultats.

***

Le traitement serait insuffisant s'il s'en tenait à ces seules prescriptions. Il faut faire plus. Le but idéal de la thérapeutique serait de supprimer la cause même de la lithiase. Deux moyens permettent d'y parvenir : l'un diététique en prescrivant un **régime hypocholestérinique**, l'autre médicamenteux, en administrant des **cholestérolytiques**. Avant d'en exposer les détails, il me semble indispensable de rappeler quelques notions de physiopathologie.

Les calculs biliaires ne sont pas tous de même nature. Les plus fréquents sont formés de cholestérine à peu près pure : ce sont des calculs à facettes quand ils sont pressés les uns sur les autres, ou arrondis quand ils sont peu nombreux : leur volume est variable et va d'une tête d'épingle à une noix. Le plus souvent foncés et à disposition radiée sur les coupes, ils sont parfois translucides, et d'une belle transparence ambrée. Les petits grains noirs sont des calculs pigmentaires formés de taurocholate et même de bilirubinate de chaux : toujours peu volumineux, mais très nombreux : ils réalisent plutôt la boue biliaire. Quelquefois, les calculs cholestériniques se revêtent de calcaire, ils deviennent alors opaques aux rayons, ils sont aussi moins solubles. Leur mode de formation n'est pas univoque : les calculs pigmentaires se rencontrent surtout dans les ictères hémolytiques et les affections compliquées d'hémolyse, tandis que la formation des calculs cholestériniques ou cholestérino-calcaires se rattache intimement à l'hypercholestérinémie et à l'hypercholestérinocholie. La précipitation s'explique, selon les auteurs, par la stase vésiculaire, par le catarrhe muqueux ou par la rupture de l'équilibre des cristalloïdes et des colloïdes qui entrent dans la composition de la bile. D'après Grigaut, l'hypogénèse des sels biliaires, en diminuant la solubilité de la cholestérine dans la bile serait le facteur dominant de la précipitation lithiasique. Or cette hypercholestérinémie que Chauffard et ses élèves ont montrée si fréquente dans la lithiase a une double origine : l'une endogène, sous la dépendance des surrénales, du corps jaune et du pancréas, l'autre exogène et évidemment alimentaire.

Ainsi se trouve justifiée la prescription d'un *régime hypocholestérinique*. A titre d'exemple voici, d'après Chauffard et Grigaut, la teneur en cholestérine d'un certain nombre d'aliments.

Viande de veau	0.60 p. 1000
Viande de mouton	0.80
Cœur de veau	1.50
Foie de veau	2.50
Ris	2.80

Reins	3.50
Poumons	4
Cervelle	20 gr.
Jaune d'œuf	20 gr.
Beurre	4 gr.

L'ingestion de graisses augmente la cholestérinémie. Certains aliments provoquent inévitablement une reprise des phénomènes douloureux : peut être comme le prétend Parturier agissent-ils par l'intermédiaire d'un choc à traduction vésiculaire ? Peut-être ces réactions s'apparentent-elles à celles de l'*anaphylaxie digestive* que j'ai étudiées ailleurs ? Retenez seulement que les œufs, les fritures, le chocolat, le gibier, les conserves sont mal tolérées par les lithiasiques, qui spontanément en évitent l'emploi. L'établissement du régime s'inspirera des directives suivantes. Les aliments permis seront les potages au lait ou aux légumes, le lait écrémé et le beurre cru, les poissons maigres et non frits, les viandes blanches, les légumes secs en purée, les légumes verts cuits, les fromages non fermentés, les fruits mûrs ou très cuits ; on devra insister sur l'observance stricte de ces règles diététiques, sans permettre le moindre écart de régime. Les repas devront être fragmentés et multipliés suivant un conseil classique, la plupart des lithiasiques se trouvant mieux de 4 ou 5 petits repas que de 2 grands. J'ai signalé, avec M. Binet l'intérêt des cures alternantes de viande et de légumes et d'un jour de jeûne par semaine : les douleurs s'en trouvent apaisées, les manifestations infectieuses diminuées. Beaucoup d'auteurs proscrivent la viande ? Je crois qu'on peut autoriser la viande blanche, mais seulement en petite quantité. Le sucre, par contre, sera largement conseillé sous formes de fruits ou d'entremets (crèmes cuites, gâteaux de riz). En augmentant les réserves glycogénées du foie, il accroît sa résistance à l'infection. Pour terminer ces considérations diététiques, je signalerai le rôle de l'avitaminose A comme facteur possible de lithiase. Différents auteurs étrangers, dont Saïki, ont provoqué chez le rat, grâce au seul régime carencé, la formation de calculs rénaux, puis biliaires. Or la vitamine A se trouve principalement dans le beurre que le lithiasique supporte parfois assez mal. Quant à l'huile d'olive qu'on prescrit depuis longtemps aux lithiasiques elle en renferme fort peu. Certains légumes comme l'artichaut en sont au contraire très riches.

***

Restent maintenant à étudier les *cholestérolytiques*. Ils sont nombreux mais beaucoup ont été trop vantés.

L'éther amylvalérianique, je l'ai déjà dit, s'emploie en capsules de 0,10. A la dose de 5 gr., il peut dissoudre un gramme de cholestérine *in vitro*. Mais peut-on conclure à une action aussi efficace *in vivo* ?

L'acide thymique a été utilisé à la dose de 3 fois 0,25 cgr. par vingt-quatre heures.

L'essence de térébenthine fut très utilisée autrefois, en capsules de 0,10, ou en sirop ; la mixture de Wirth et Durande y associe l'éther sulfurique.

Ether	20 gr.
Essence de térébenthine	10 gr.

XV à XXX gouttes en 2 ou 3 fois.

Ce fut la préparation térébenthinée la plus en vogue. Le Baume de tolu se donne en pilules de 0,10, ; l'oléate de soude à 0,20 ; l'acide oléique pur en capsules de 0,50.

L'huile de Cade est tout à la fois cholagogue et cholestérolytique. On la prescrit sous forme d'émulsion ou mieux de capsules à 0,20, une à deux par 24 heures. L'huile de Haarlem est d'action très voisine mais de composition mal définie.

Ces médicaments ne doivent pas être trop longtemps prolongés et leur action reste assez problématique.

J'ai gardé pour finir l'oléate de méthyle ; peu expérimenté, il a été préconisé surtout par Carnot, qui l'administre en injections hypodermiques de 5 à 10 cmc. Sa propriété essentielle est qu'il est éliminé par la vésicule biliaire où on le retrouverait au microscope.

A mon sens les *décholestérinisants* les plus efficaces sont encore les cholagogues c'est-à-dire les médicaments qui chassent la bile et particulièrement les sulfates alcalins. Les résultats expérimentaux que j'ai obtenus avec M. Binet en partant du sulfate de soude sont probants : la simple ingestion de 5 gr. de ce sel fait baisser transitoirement la cholestérine au taux de 0,50 à 1 gr. selon les sujets. Les fluidifiants biliaires par un mécanisme différent aboutissent au même résultat : tels le bicarbonate de soude, et la glycérine. Quant aux *cholérétiques* qui agissent sur la cellule hépatique et augmentent la sécrétion biliaire, ils sont certes utiles mais d'un maniement délicat. L'extrait biliaire le boldo et le salicylate sont pourtant recommandables.

***

J'ai gardé pour la fin le **traitement hydrominéral**. Ne croyez pas qu'il est accessoire : il n'est pas de maladie où la cure thermale soit plus active, mais sous la réserve qu'elle soit conduite avec prudence. Elle ne doit pas viser à l'expulsion des calculs, mais seulement à la sédation des symptômes et au relèvement de l'état général qu'elle produit en améliorant la sécrétion biliaire et en faisant baisser le taux de la cholestérinémie.

Aux lithiases infectées conviennent les cures de lavage d'Evian et les eaux sulfatées calciques froides de Vittel, de Contrexéville. Leur action sédative est réelle sur les vésicules irritables, Vichy convient à la majorité des lithiasiques avec la gamme très étendue de ses eaux : la source de l'Hôpital aux lithiasiques excitables, la Grande Grille aux malades plus résistants, Chomel aux plus douloureux.

Ces eaux chaudes sont essentiellement sédatives ; chargées en bicarbonates, elles fluidifient la bile et calment les spasmes du pylore ; elles doivent encore à leur radioactivité des propriétés qu'on ne fait encore qu'entrevoir.

Pougues, avec ses eaux bicarbonatées calciques froides, très chargées en acide carbonique, exerce une action tonique incontestable ; Brides convient essentiellement aux lithiases subaiguës avec subictère et retentissement intestinal.

Telles sont les indications thérapeutiques de la lithiase biliaire simple et compliquée. Le résumé que j'en viens de donner les contient à peu près toutes et en fixe assez exactement, je crois, les grandes lignes générales.

VARIETES

Souvenirs des années d'apprentissage (1)

Fantaisie, tapage et travail

LARIBOISIÈRE EN 1883 : *François Siredey. Souvenirs de Gambetta. Ma première consultation avec Ch. Bouchard. — La salle de garde : Erudits, philosophes et tapageurs. Galéjades du Beau Pirus. Un stand au pistolet mal situé. Les grands « chahuts » à l'Econome. Triomphe de la surdité. — Garçon d'amphithéâtre inventeur. — Les indignations de Joséphine. — Et tout le monde travaille !*

Malgré tout l'intérêt que présentait l'étude de la dermatologie, je saisis avec empressement une occasion qui s'offrit, vers le milieu de l'année, d'aller retrouver à Lariboisière François Siredey, dont j'avais conservé un si bon souvenir et dont l'interne Notta, fils d'un chirurgien très réputé de Lisieux, dut se retirer pour raison de santé. Armand Siredey, avec lequel j'entretenais depuis plusieurs années d'amicales relations, qui ont été de plus en plus étroites et sont une des consolations de ma vieillesse, suggéra à son oncle de me proposer la place vacante.

Le semestre que je passai sous la direction de F. Siredey a été très utile à ma carrière. Sortant de ce service de St-Louis où la gynécologie était exercée d'une manière répugnante, je trouvais en mon nouveau maître un gynécologue modèle, aussi correct qu'expérimenté. C'était d'ailleurs un excellent clinicien en médecine générale, faisant une thérapeutique prudente, très doux avec ses malades. Outre ces qualités professionnelles, mon chef avait une grande affabilité, un goût très vif pour la causerie anecdotique et de l'esprit. Il me racontait volontiers les cas instructifs de sa longue pratique dans tous les milieux. Il avait été fort lié avec Gambetta et les hommes politiques de son entourage ; il fut de ceux qui ont soigné le grand citoyen dans cette maladie qui a privé prématurément la France de ses services et qui parut si longtemps énigmatique au public ; il avait partagé les responsabilités de Cornil et de Lannelongue. Cette typhlite ou pérityphlite phlegmoneuse, chez un diabétique alité à la suite d'un traumatisme accidentel, était le sujet de discussions ardentes ; on ne connaissait pas encore l'appendicite.

J'appris de François Siredey comment il est sage de se comporter en présence de certaines difficultés psychologiques et sociales de la clientèle. J'ai eu le joie de conserver son amitié jusqu'à ses derniers jours. C'était pour attester ma reconnaissance que plus tard, étant moi-même médecin de Lariboisière et ayant obtenu la création d'une salle d'isolement pour les agités temporaires et les délirants par maladies aiguës, je proposai que cette salle portât le nom de mon ancien maître et il en est ainsi encore.

Ce fut en ce temps que j'eus la première occasion d'aborder sur le terrain hospitalier mon futur maître Charles Bouchard, qui occupait un autre service à Lariboisière. Je ne le connaissais jusqu'alors que comme juge ; il m'avait fait passer l'examen de médecine légale et m'avait laissé une impression de froideur glaciale.

Quand je le voyais passer dans les corridors de l'hôpital, à pas lents, indifférent, quoique fort poli, je ne me sentais pas attiré vers lui. F. Siredey, qui était son compétiteur à l'Académie de médecine, entretenait avec lui des rapports courtois, mais froids ; pourtant il m'avait dit qu'en son absence, si j'avais besoin d'un conseil, je devrais m'adresser à Bouchard de préférence. L'occasion se produisit un jour où mon chef fut inopinément appelé en province et empêché de faire sa visite. —Un malade entré ce matin-là m'embarrassait fort ; état très grave, diagnostic impossible, à ce qu'il me semblait. Je me décidai à prier Bouchard de venir l'examiner. « Je vous suis », me dit-il aussitôt. Il interrogea le malade, qui répondait d'une façon indistincte ; il l'examina minutieusement de la tête aux pieds, sans négliger aucun organe et toujours en silence ; je m'attendais à quelque réflexion ironique ou sévère au sujet de mon inexpérience ou de mon ignorance. Aussi fus-je agréablement (si j'ose dire) surpris, quand le grand Maître, après avoir rétabli l'équilibre de ses lunettes un peu dérangé par les mouvements que l'auscultation avait nécessités, me regarda froidement et avec un éclair d'ironie dans les yeux, puis me dit posément : « Eh bien ! Monsieur l'interne, je ne sais pas du tout quel diagnostic vous offrir ! Je ne puis vous dédommager que par quelques hypothèses. » Là-dessus, il me fait en quelques minutes un résumé de son examen, merveilleuse leçon clinique, et conclut : « Quant au traitement, n'ayant pas de diagnostic, je ne puis vous suggérer que des palliatifs d'attente. » C'étaient les quelques mesures d'urgence que j'avais déjà prises. Là-dessus, mon Bouchard soulève sa calotte, me tend la main et s'éloigne à pas lents : il m'avait consacré trois quarts d'heure avant de commencer sa visite ! — Dès lors je fus conquis par ce maître si froid et qu'on peignait si olympien. Lorsque, peu après, j'eus l'occasion d'assister, pour la première fois, à une de ses leçons de la Faculté, où il analysa d'une façon si pénétrante les grands processus pathogéniques, je fus complètement sous le charme de cette maîtrise supérieure à celle de tous les chefs de service que j'avais approchés jusque-là ; Charcot seul m'avait impressionné au même degré. Quand je racontai à F. Siredey, le lendemain, la visite de Bouchard, il me dit : « Il vous a épaté, hein ! Oui, c'est un grand médecin, mais pas commode comme homme, et souvent dans la lune ! » L'avenir me réservait bien des occasions de vérifier l'insuffisance de ce jugement sommaire.

La salle de garde de Lariboisière n'était pas inférieure à celle de St-Louis par la variété des caractères. C'est là que j'ai approché pour la première fois Anatole Chauffard, alors interne médaille d'or dans le service du prof. Jaccoud, et conçu pour lui une estime admirative, à laquelle s'est ajoutée une affectueuse gratitude pour ce qu'il m'a enseigné et les services qu'il m'a rendus.

Armand Delpeuch, qui, mort si jeune, a laissé un fort beau livre sur l'Histoire du rhumatisme et de la goutte, se piquait de purisme dans son langage et recherchait toute occasion de batailler à propos de l'étymologie, qu'il appelait l'étiologie et la pathogénie des mots. Pendant les repas il avait à portée de sa main sur une petite table le Dictionnaire de Littré et plusieurs fois, cessant de manger, s'emparait d'un des tomes pour le feuilleter précipitamment et objurguer tel ou tel des convives au sujet d'une phrase ou d'un mot incorrects.

Il y avait un spécialiste en théories philosophiques, un autre en politique étrangère, un autre pour qui le Foyer de la Danse à l'Opéra n'avait pas de secrets.

Mais le plus brillant causeur était le beau « Pirus », la coqueluche des dames. On peut juger de sa tournure d'esprit par le récit d'un voyage que nous fîmes ensemble à Bruxelles, profitant de la gratuité accordée par la Cie du chemin de fer du Nord aux internes de Lariboisière. « Mon cher, me dit à brûle pourpoint le camarade d'un ton sonore, comme le Brigadier des deux Gendarmes de Nadaud, pendant que nous roulions dans un compartiment d'express au complet.

(1) Voir le n° du 8 décembre 1928.

« Quel est votre sport favori ? » Un instant interloqué — les autres voyageurs avaient tous tourné la tête vers nous — je répondis : « Je ne suis guère sportif ; j'aime la marche en forêt et en montagne, avec un bon bâton. En appelant *footing* cette distraction, peut-être puis-je dire que c'est mon sport. » — « Moi, je cultive surtout l'aérostation », reprit mon collègue, promenant un regard triomphant sur nos compagnons de voyage, qui commençaient à s'intéresser à notre conversation. » — « Vous n'êtes jamais monté en ballon ? » continua-t-il. « Rien n'est plus *exciting*. Je m'y suis entraîné avec Gaston Tissandier et Félix Tournachon, dit Nadar. J'ai failli faire avec Croce Spinelli et Sivel l'ascension du *Zénith* et, si je n'en avais été empêché par une circonstance imprévue, je ne serais plus ici pour vous en parler. Vous savez que bientôt on réussira à diriger les ballons et je vous emmènerai à Bruxelles par la voie des airs, en respirant un air pur au lieu de l'atmosphère étouffante de ce wagon. » Suivit une description enthousiaste d'ascensions qu'il avait faites ; je crois bien qu'il en avait fait une, en ballon captif, à la précédente Exposition universelle.

Ne sachant comment modérer son lyrisme qui nous rendait, me semblait-il, un peu ridicules, je répondais comme Pandore, entre haut et bas : « Brigadier, vous avez raison », et je cherchais à détourner la conversation.

Il était alors question des grandes manœuvres d'armée et je parlai des difficultés que pourrait soulever en France la mobilisation générale, si elle devenait nécessaire. « Savez-vous, mon cher », interjeta mon camarade, « comment se fait la mobilisation au Montenegro ? » — Nouvelles marques d'attention des autres voyageurs. — « Vous êtes donc allé au Montenegro ? » — « Comment ? Vous ne vous souvenez pas que j'y ai été appelé pour une question chirurgicale ? » C'était vrai, j'avais oublié cet épisode de la jeunesse déjà mouvementée du brillant interne de Charcot, de Duplay, etc. « Eh bien ! un jour qu'après le déjeuner nous prenions le café sur la terrasse du Palais, le Prince, mon hôte et déjà mon ami, me demanda si j'étais curieux de savoir comment on pourrait réaliser rapidement la mobilisation dans sa Principauté. Un aide de camp lui apporta un cor de grande dimension, dans lequel le Prince se mit à souffler, avec l'énergie que put y mettre Roland à Roncevaux, et en tira des modulations sauvages, qui firent immédiatement lever la tête aux Monténégrins, passant devant le Palais. Puis tous disparurent en un clin d'œil et bientôt dans le lointain d'autres cors modulèrent avec la même sauvagerie ; des rumeurs s'entendaient et peu après débouchaient de tous côtés des troupes de magnifiques gaillards à fortes moustaches en grand costume, armés de pied en cap, et s'alignaient sous nos yeux. « En ce moment, me dit le Prince, au son du même air convenu pour les cas d'alerte militaire, dans toutes les localités mes sujets prennent les armes. Et voilà ! . . . »

Le spectacle monténégrin avait dû être beau, mais il était beau aussi en ce moment, mon collègue à mine de torero castillan, avec ses yeux noirs flamboyants, ses cheveux aile de corbeau, son profil énergique et noble. Tout le compartiment était médusé ; moi, un peu gêné, je l'avoue. Mais on entrait en gare de Bruxelles. Une fois sur le quai : « Mon vieux, lui dis-je, sont-ce les têtes des Philistins ou la mienne que vous avez voulu vous payer ? » — « Les leurs et la vôtre », répondit en riant de tout son cœur le délicieux Pirus, qu'on aurait pu croire né sur la Cannebière et qui était pourtant de la Manche (pas celle de Don Quichotte).

On le trouvait aussi au premier rang des organisateurs de « chahut ». En ces temps lointains, l'A.P. contestait énergiquement à ses internes le droit de recevoir des dames ou demoiselles, sous le prétexte que les concierges ne pouvaient distinguer les femmes légitimes, sœurs et cousines, dont l'entrée dans la salle de garde ou les chambres des internes n'eût pas blessé la morale, des autres personnes du même sexe de moralité douteuse. Si certains directeurs d'hôpitaux excentriques fermaient les yeux, d'autres dans les hôpitaux du centre appliquaient le règlement anti-féminin d'une façon intermittente, comme une sorte de brimade contre les internes qui avaient cessé de plaire. On ne prévoyait pas encore que l'accession d'abord exceptionnelle, puis de plus en plus fréquente des étudiantes dans le corps, jusqu'alors purement viril, de l'internat allait modifier la situation par la création d'un organisme bisexué.

Une autre cause de discorde entre l'A.P. et ses internes était la fréquence de tapage diurne, ou même nocturne dans les salles de garde, qui étaient d'ailleurs assez éloignées des salles des malades pour que le repos de ceux-ci ne pût être troublé. Mais celle de Lariboisière se trouvait située au-dessus des appartements de l'Econome et du Directeur. Quand certains internes pensaient avoir des sujets de plainte contre ceux-ci, ils étaient enclins à jouer aux quilles avec de grosses bûches dans le long corridor central au plancher sonore, sur lequel s'ouvraient leurs chambres. Quelques-uns avaient une imagination plus inventive en matière de bruits. Le beau Pirus avait installé un stand de tir au pistolet, dont le but était une bougie placée devant le tableau où était inscrit le nom de l'interne de garde ; c'était un sport assez dangereux pour les collègues qui sortaient de leurs chambres sans être prévenus. Le directeur d'alors, aimable lettré et fécond librettiste pour musiciens, assez dur d'oreilles pourtant, monta un soir au bruit des détonations ; mais, au moment où il entr'ouvrait la porte, une explosion nouvelle le décida à se retirer précipitamment et à se contenter d'envoyer un messager pour intimer l'ordre de cesser le feu. — Contre l'Econome une autre invention tonitruante avait consisté à disposer deux rangées de chaises *sur* les bords de la longue table à manger. Entre celles-ci deux collègues, rentrant du théâtre à l'heure du crime, s'allongeaient et, écartant simultanément bras et jambes, projetaient sur le plancher toutes les chaises à la fois. Sans doute ce fracas imprévu aurait dû faire tressauter dans son lit le fonctionnaire de l'étage inférieur ; . . . mais il était si bien privilégié au point de vue de l'hypoacousie qu'il disait le matin à sa bonne : « Ces messieurs ont dû faire du tapage cette nuit, j'ai *vu* remuer les tableaux accrochés au mur en face de mon lit. »

— Il y avait un garçon à l'amphithéâtre des autopsies qui n'était pas banal. Sobre, poli, il avait le culte de la Science anatomique et s'était voué à son progrès dans la mesure de ses moyens, en cherchant à perfectionner la forme et le poids du marteau qu'on emploie pour enlever la calotte crânienne ou les vertèbres ; il avait fait fabriquer à ses frais les modèles successifs de son rachitome et nous en démontrait la supériorité. Le plus beau jour de sa vie fut celui où son instrument fut présenté à la Société anatomique.

La cuisinière de la salle de garde, Joséphine, remplissait cette fonction depuis tant d'années qu'elle était devenue légendaire ; elle était parfaite, mais bougonnait sans cesse et n'avait jamais pu s'habituer à contempler avec impassibilité certaines excentricités de *ses* internes, telles que la mauvaise habitude de quelques uns de jeter dans la caisse du piano, au cours de certaines soirées orageuses, des fragments de verre à champagne ou des os de volaille. Je l'entends encore s'exclamer, en levant au ciel des bras indignés : « Oh ! Ce. . . gros X ! Ce grand Z ! C'est-il Dieu possible, des fils de famille !! » Cette brave Josephine avait laissé pourtant un si bon souvenir de ses services à beaucoup de

générations d'internes, qu'elle comblait de soins tout en les rabrouant, que, quand elle fut trop vieille pour travailler, une souscription faite parmi les anciens internes lui assura la sécurité avec quelques douceurs.

— Je ne voudrais pas laisser croire aux lecteurs qui ne vivaient pas à Paris à cette époque, et aux jeunes gens d'aujourd'hui, que dans les salles de garde des années octante les internes n'étaient préoccupés que de manifestations tapageuses et étaient tous « tout à la joie ». Cette disposition joyeuse, que j'ai soulignée parce qu'elle prête mieux à la description que l'assiduité laborieuse, n'était qu'intermittente et n'excluait pas l'ardeur au travail.

Dans tous les hôpitaux où j'ai passé, j'ai eu des collègues en majorité laborieux, non seulement s'acquittant régulièrement de leurs fonctions hospitalières, mais suivant pas à pas les progrès des sciences médicales, si rapides à cette époque. La plupart travaillaient dans les laboratoires de la Faculté, du Collège de France, de l'Institut Pasteur.

J'aurais bien désiré faire comme eux ; mais, après quelques essais, je dus y renoncer faute de temps. La nécessité de gagner ma « matérielle » à coups de plume me prenait toutes les heures que me laissait mon service et il faut bien dormir quelques heures, même à 30 ans. A la chimie, à l'histologie, à la bactériologie, je ne pus donc m'initier pratiquement et je dus me contenter de cultiver la bonne vieille clinique. Ce fut toujours pour moi un cuisant regret de n'être pas un savant médecin et de n'être qu'un médecin tout court.

Mais combien de coryphées futurs de la médecine française sont sortis de ma génération d'internes !

L'Ecole de Cochin en 1884

G. Dujardin-Beaumetz, G. Bardet et l'Ecole de Cochin en 1884. — Sapelier. — Courtois-Suffit. — François Helme. — Babinski, Despréaux, Lejars.

Les étudiants qui fréquentent aujourd'hui l'hôpital Cochin et voient sa monumentale façade de briques, les pavillons clairs du service de clinique du savant et éloquent professeur Fernand Widal, et les salles consacrées aux agents physiothérapiques, ne peuvent se figurer la lamentable vieille bâtisse qu'était, jusqu'à ces dernières années, l'établissement nosocomial fondé en 1779 par l'abbé Jean-Denis Cochin, de ses propres deniers, pour les pauvres malades de son quartier ; il était curé de *Saint-Jacques-du-Haut-Pas* et la maison porta d'abord le même nom que l'Eglise. Ce fut en 1784 que le Conseil des Hôpitaux lui donna le nom du fondateur ; pendant la Révolution ce fut l'*Hospice Jacques* et il reprit ensuite le nom de Cochin.

Quand j'y fus interne provisoire en 1881, les services de médecine de Bucquoy et de chirurgie de Théophile Anger se trouvaient dans le noir et triste bâtiment donnant sur la rue du faubourg Saint-Jacques ; moins déplaisant était le corps de bâtiment édifié au fond du jardin pour le service d'accouchements, et on avait construit hâtivement dans une période d'encombrement des baraquements en bois très peu confortables.

Lorsque j'y revins en 1884 comme interne de Georges Dujardin-Beaumetz, c'était encore dans la maison de bois que son service se trouvait ; mais mon chef, qui s'y était installé depuis un an ou deux, avait obtenu de l'Administration des transformations importantes. Il avait beaucoup d'influence, étant membre du Conseil d'hygiène, bien vu des dirigeants politiques. Aussi avait-il réalisé la création d'un laboratoire, qui lui permettait de faire les vérifications expérimentales utiles pour ses études de thérapeutique.

Il avait pour chef de laboratoire G. Bardet, homme déjà mûr, sachant la chimie et l'histoire naturelle, directeur d'un Dictionnaire de thérapeutique et des Eaux minérales, d'un caractère ouvert et liant, dont je suis devenu le collègue à la Société de thérapeutique et avec qui j'ai gardé jusqu'à sa mort les relations les plus cordiales. Nous étions deux internes et il y avait une dizaine d'externes ; car le nombre des lits était considérable et le recrutement des malades très actif.

Mon collègue Emmanuel Sapelier, était un grand garçon d'allure décidée et martiale, que nous appelions tantôt le « Sapeur » à cause de sa grande barbe rutilante, et tantôt le « Zouave », parce qu'il portait sa calotte très en arrière sur la nuque, comme une chéchia. Élève de Potain, il était déjà fort instruit en matière de cardiologie. Nous avions chacun à diriger deux salles d'aigus (hommes et femmes) et une salle de chroniques.

Notre chef, qui aimait beaucoup l'enseignement, avait fait construire dans son service un petit amphithéâtre, où il donnait chaque semaine une de ces excellentes conférences de Clinique thérapeutique qu'il avait inaugurées à l'hôpital Saint-Antoine et qui, publiées en trois volumes, ont eu pendant longtemps un succès mérité, tant elles contenaient de renseignements pratiques, clairement exposés. Il voulut aussi faire participer ses internes à l'enseignement et chacun de nous fit une fois par semaine une leçon de séméiologie devant le très nombreux public qui fréquentait le service.

Dujardin-Beaumetz regardait comme un vice incontestable de l'enseignement médical en France de son temps qu'on n'y pût prendre part, malgré des aptitudes manifestes dans sa maturité, qu'à la condition d'être entré dans la hiérarchie universitaire à un âge où ces aptitudes n'ont pu encore se manifester. Les médecins des hôpitaux ont été longtemps réduits, même quand ils avaient le goût d'enseigner et le talent nécessaire, à ne répandre la bonne parole que dans le petit groupe des élèves de leur service, sans avoir à leur disposition les locaux pour réunir des auditeurs hors la présence des malades, ni le moindre laboratoire leur permettant des recherches complémentaires de l'examen clinique. Dujardin-Beaumetz n'eût pu échapper à ces inconvénients s'il n'avait été doué de volonté, de patience et de bonne humeur, qualités qui le firent triompher des difficultés. Aux crédits alloués par l'Administration il ajouta de sa poche le complément nécessaire et finit par adjoindre au laboratoire de recherches cliniques un laboratoire de bactériologie qu'il confia à Dubief. Il était si pastorien qu'il a engagé son fils Edouard à se faire agréer à l'Institut Pasteur, où il est devenu l'un des chefs de service.

Une salle réunissait les seuls agents physiques utilisés alors : hydrothérapie, électrothérapie, massage, pneumothérapie, gymnastique. Quand j'étais son interne, les travaux étaient loin d'être terminés et chaque jour, la visite faite, notre chef se dirigeait du côté des ouvriers et des entrepreneurs de ce pas précipité qui était en harmonie avec l'activité incessante de son esprit ; un traumatisme subi récemment (déchirure du tendon rotulien) l'obligeait à boîter et à lever à chaque pas une de ses jambes d'un mouvement saccadé, mais sans ralentir sa marche, et nous avions peine à le suivre, sans qu'il cessât de causer avec sa verve communicative.

Il était adoré de ses malades et une joie de kermesse régnait dans les salles transformées en palais fleuris le jour de la Saint Georges, où le patron offrait le régal d'un concert et de divertissements variés.

Dujardin-Beaumetz essayait tous les médicaments nouveaux, après en avoir fait déterminer par ses collaborateurs la nature, et les propriétés physiologiques.

Désireux d'être utile à tous ceux qui l'approchaient, il répétait sans se lasser l'énumération des médicaments usuels, traditionnels, entrant dans les plus minutieux détails qu'on n'enseigne pas toujours dans les chaires officielles, sur la manière de formuler et de les faire accepter aux malades. A ceux qui cherchaient un sujet de thèse, il proposait l'étude de la nouveauté du jour et mettait à leur disposition toutes les ressources du laboratoire. Il faisait faire des cours sur toutes les spécialités. En un mot il cherchait à réaliser ce qu'il appelait en souriant « *l'Ecole de Cochin* ».

L'envers de tant de qualités et de bonne volonté était un besoin d'aller vite et une disposition à s'engouer pour les nouveaux médicaments, à les prôner un peu trop tôt, — quitte à railler lui-même cet engouement — et aussi une négligence de l'examen clinique personnel des malades. Il faisait un peu trop confiance à ses assistants, mais quelquefois aussi il aventurait trop précipitamment un diagnostic, que nous savions erroné et avant que nous eussions eu le temps de l'en avertir. Mais sa bonne humeur ne se laissait pas désemparer et, quand son erreur devenait évidente, il était le premier à en rire et à dire à tout l'entourage : « Rien n'est plus instructif qu'une erreur de diagnostic, quand on la reconnaît à temps ». Cet excellent homme méritait bien le buste que ses élèves et ses amis ont fait ériger dans le jardin de l'hôpital à côté de son service.

Parmi les externes se trouvaient Courtois-Suffit, qui est devenu mon collègue à la Maison Dubois et qui est si compétent en hygiène professionnelle, Sallard, Dutremblay, qui s'est tourné vers l'industrie et a créé une fabrique d'oxygène, et son ami François Helme, à la vie duquel j'ai été intimement mêlé jusqu'à son dernier jour et dont je veux évoquer ici la mémoire.

Fils du propriétaire d'un des premiers hôtels d'Aix-les-Bains, HELME était parmi les étudiants fortunés; gai, aimant le plaisir, pas très laborieux à cette époque. Sa famille, qui aurait désiré le voir arriver à l'internat et à laquelle il avait probablement parlé de moi en termes trop flatteurs, me demanda de lui donner des leçons particulières; mais, après quelques semaines d'essai loyal, il reconnut qu'il lui serait impossible de travailler assez régulièrement pour atteindre le but et les leçons prirent fin. Cependant j'avais apprécié à leur valeur sa vive intelligence, sa droiture et son bon cœur et, quand l'année finit, nous éprouvions une sympathie réciproque. Les années s'écoulèrent ; je sus que sa famille, pour l'obliger à se ranger, lui avait retiré son appui pécuniaire et qu'il était battu de l'oiseau.

Quand nous nous rencontrions, je le morigénais comme un frère aîné, en lui disant : « Ne prenez pas modèle sur moi, qui ai perdu plusieurs années à faire l'école buissonnière ! » — Un beau jour je le trouvai transformé. Il avait terminé ses études médicales, s'était spécialisé en oto-rhino-laryngologie et surtout s'était découvert un joli brin de plume, qui lui permettait d'écrire des articles de critique médicale, pleins de finesse et de bon sens ; il avait épousé une jeune fille d'une rare instruction, qui lui avait fait prendre goût au travail.

A partir de ce jour, sa carrière fut des plus brillantes, comme le savent tous les médecins qui ont lu ses articles de la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, de la *Presse médicale* avant et pendant la guerre et plus tard ses chroniques du *Temps* ; il était devenu l'*as* des journalistes médicaux.

En outre il avait collaboré activement avec le professeur Vincent au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce. Accompagnant son chef toutes les fois que celui-ci allait en inspection sur le Front, il accomplissait un rôle précieux d'intermédiaire entre les jeunes étudiants ou médecins auxiliaires et leurs familles, s'informant de leurs besoins, leur apportant des paquets et des lettres. Ses articles, tous consacrés à la guerre, pleins d'optimisme, soutenaient les courages. Membre du Comité de l'Association générale des médecins de France, il s'efforçait de venir en aide aux familles pauvres des médecins mobilisés. La guerre finie, Helme, rédacteur en chef de la *Vie médicale*, continua à se dépenser en faveur des misères professionnelles, à favoriser la création de la *Maison du Médecin*.

Il fut à l'apogée de la popularité la plus légitime dans le Corps médical et la fin de sa vie aurait été enviable, s'il n'avait eu l'affreuse douleur de perdre sa chère et précieuse compagne, à laquelle il ne survécut que peu de mois. En souvenir de lui, sa famille et ses amis ont fondé à l'Académie de médecine un prix biennal, destiné à un savant de laboratoire de mérite éprouvé en vue de lui faciliter des recherches originales.

Jusqu'à la veille de sa mort il me répéta que j'avais été à plusieurs reprises dans sa vie le Bon Samaritain ; je n'y avais pas de mérite, on ne pouvait cesser de l'aimer, quand on avait compris sa chaleureuse affection. Dans beaucoup de ses articles, il m'appelait « Mon bon maître ». Cela faisait rire ceux qui ignoraient ce que nous avions été l'un pour l'autre depuis quarante ans. Un plaisantin me dit un jour qu'Helme usait de cette formule par désir d'imiter Anatole France et que j'étais ainsi une sorte de Jérôme Coignard. Je laissai rire ; car je savais bien que ces trois mots étaient tout autre chose qu'un pastiche et je souhaite à beaucoup de maîtres d'avoir de pareils élèves, qui vous adoptent sans arrière-pensée intéressée.

Tout près de l'entrée de l'hôpital, à quelques mètres de la cuisine, se trouvait une petite construction qui contenait la salle à manger des internes et une chambrette où couchait l'interne de garde. Les autres étaient logés en ville. C'étaient, outre Sapelier et moi, l'interne de Bucquoy, le grand BABINSKI, le père de tant de réflexes et de la théorie du pithiatisme, Henri VARNIER, le futur accoucheur, dont j'ai déjà parlé, et les trois internes en chirurgie, DESPRÉAUX, que naturellement nous appelions « Boileau », quoiqu'il ne fût pas particulièrement hydrophile, MORIN, qui a fait, je crois, la première thèse où ait été signalée l'importance chirurgicale de l'appendicite ; enfin le futur professeur Félix LEJARS, à la collaboration chirurgicale duquel j'ai eu souvent recours, quelques années plus tard, au grand bénéfice des malades de l'hôpital Tenon ; car la sûreté de son diagnostic égalait son habileté opératoire. Nous ne pensions guère alors nous retrouver en 1917 coude à coude, dans la cour des Invalides en costume militaire, pour y recevoir l'accolade d'un général en même temps qu'une rosette.

Paul LE GENDRE.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Quelques souvenirs personnels sur l'affaire Pranzini. L'autopsie, l'examen anthropologique du crâne. L'incident de la peau dérobée à l'Ecole Pratique de la Faculté

Par le Dr G. VARIOT

Ancien médecin de l'Infirmerie Centrale des Prisons de la Seine à la Santé

Médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Le nom de Pranzini est resté célèbre dans les annales de la criminalité. L'instruction de cette affaire, les débats à la Cour d'Assises, en 1887, excitèrent vivement la curiosité du public, et surtout du monde de la haute galanterie qui tenait déjà autant de place à Paris qu'aujourd'hui.

L'examen médico-légal des victimes, pratiqué par Brouardel, montra toute la brutalité et l'horreur de ce crime et je me contenterai d'en retracer rapidement les principales circonstances.

Pranzini était un grand aventurier, né en Egypte de parents italiens. A 18 ans, il appartenait à l'administration des postes à Alexandrie, et se faisait déjà condamner pour vol. Dès lors, il ne cessa pas de courir le monde. Il connaissait plusieurs langues et se fit attacher comme interprète à l'expédition anglaise de Wolseley contre le Madhi. Il fit partie plus tard d'une caravane pour aller en Perse, en Afghanistan, aux Indes ; on le retrouve à Constantinople, employé dans un grand hôtel ; il revient en Italie, vole 10.000 fr. à l'Hôtel Caprini, à Naples, entre à la Compagnie des wagons-lits comme interprète, se fait condamner à Marseille pour escroquerie en 1881. Il dépensait le fruit de son travail et plus souvent de ses vols, dans des tripots et avec des femmes de mauvaise vie. Il n'arrive à Paris qu'à 31 ans en 1886.

C'était alors un homme très vigoureux d'une taille de 1 m. 68, les traits du visage assez réguliers, comme on peut le voir sur le moulage de la tête conservé au Musée d'anthropologie.

Elégamment vêtu d'habitude, il était bien le type du bellâtre cosmopolite, de l'homme à femmes, comme on dit vulgairement, il savait comment leur parler et était à la piste des bonnes fortunes. Il devait avoir un grand rayonnement génital avec son œil fascinateur, bleu-faïence, dur, fuyant, caché sous des paupières à la chinoise, parfois s'allumant d'un éclat sauvage, comme on l'a remarqué. Bref, il savait plaire, et ses conquêtes surtout parmi les étrangères de passage à Paris, étaient nombreuses ; sa réputation parmi les femmes galantes devint légendaire.

Après son arrestation, on retrouva dans sa malle un grand nombre de lettres enflammées qu'il conservait probablement pour faire du chantage. Il faut citer entr'autres une correspondance amoureuse avec une jeune jeune miss américaine, ayant une grande admiration pour ses moyens physiques. Voici un spécimen des lettres que lui adressait cette jeune fille qui continua de lui écrire de New-York après son arrestation, qu'elle ignorait. Toute cette correspondance fut versée au dossier de l'instruction du crime et publiée par la presse, et plus tard reproduite dans les nombreux livres sur l'affaire Pranzini :

« Vous avez fait une excellente impression, écrivait-elle, sur ma mère ; votre voix, vos manières, votre figure, tout nous revient à la mémoire. Pour moi, je suis à vous corps et âme quand vous voudrez. » Dans une autre lettre on lit : « J'étais ravie de voir que vous êtes d'une si grande force, le soir où pour la première fois j'ai touché vos muscles de fer. Je n'aime pas ces hommes gras qui n'ont que des bras mous et des muscles de femmes. Sachez donc, ami, que ce que j'aime en vous c'est l'élément étranger.... » Plus loin, elle ajoutait : « Nous avons en Amérique des hommes très beaux, mais ce sont des gens si positifs et qui manquent de sentiments. Paris est la ville la plus perverse de la terre, la moralité y est si bas ; je désire très vivement vous voir quitter cette ville aussi corrompue. »

Cette jeune Américaine aimait dans Pranzini son cosmopolitisme en même temps que sa vigueur musculaire : elle avait obtenu de ses parents l'autorisation de l'épouser, et l'appelait à New-York auprès d'elle, avant son arrestation. La publication de ces lettres et d'autres du même genre provenant de femmes étrangères et même françaises, contribua à la célébrité de ce scélérat, particulièrement dans le monde de la galanterie, où il avait la haute cote, comme on dit vulgairement.

Lors des débats du procès, l'avocat général fit état des lettres de la jeune Américaine dans son acte d'accusation et se demanda si l'assassin ne s'était pas décidé à égorger la fille Marie Regnault qui vivait dans une grande opulence, pour se procurer le moyen d'aller rejoindre son amante en Amérique. A ce moment d'ailleurs, Pranzini vivait d'expédients, et co-habitait avec une demoiselle de magasin, de vingt ans plus âgée que lui ; elle subvenait à ses besoins d'argent et payait son tailleur.

Au mois de mars 1887, il entra en relations avec Marie Regnault, habitant un somptueux appartement rue Montaigne ; elle était servie par une femme de chambre qui avait avec elle sa fille âgée de 12 ans, et par une cuisinière ; celle-ci couchait au 5e étage. Le matin, en descendant prendre son service la cuisinière découvrit trois cadavres ensanglantés et recula d'horreur. Les détails du crime, lorsqu'ils furent publiés dans les journaux, épouvantèrent la population parisienne. L'assassin, après avoir passé la nuit dans le lit de Marie Regnault, l'avait égorgée avec un grand couteau, vers 5 h. du matin, ainsi que la bonne et sa petite fille.

Voici le premier constat de l'état des victimes d'après l'expertise de Brouardel. Marie Regnault avait eu le larynx tranché d'un coup de couteau qui avait sectionné les gros vaisseaux et les muscles du cou, jusqu'à la colonne vertébrale. Les organes étaient vides de sang, et le visage après la mort conservait l'expression de la plus vive terreur. La bonne avait été égorgée aussi, au moment où elle ouvrait la porte de sa chambre pour venir au secours de sa maîtresse : elle présentait deux plaies énormes, l'une à la partie antérieure du cou et une autre plaie en arrière de 18 centim. Les coups de couteau avaient été portés avec une extrême violence et avaient tranché les ligaments de la colonne vertébrale. Quant à la petite Marie, elle avait été presque entièrement décapitée. Brouardel ajoute dans son expertise que l'homme capable d'égorger ainsi ses victimes avec un fort couteau devait être d'une vigueur exceptionnelle. On a pu s'en assurer après l'arrestation de l'assassin, et surtout lors de l'autopsie, quand on examina la musculature.

Son crime commis, Pranzini s'empara de tous les bijoux et de l'argent qu'il put trouver, alla se laver dans le luxueux cabinet de toilette, s'enfuit sans être inquiété, et rejoignit vers six heures du matin sa maîtresse dans son logement de la rue des Martyrs. Lors du procès, celle-ci dut avouer que son amant avait découché la nuit du crime. D'ailleurs craignant d'être arrêté à Paris, l'assassin prit le train pour Marseille où il ne tarda pas à être arrêté. Il avait donné à deux filles d'une maison mal famée des bijoux qui furent reconnus comme ayant appartenu à Marie Regnault ; il en avait jeté d'autres dans les latrines où ils furent retrouvés.

Cette preuve de culpabilité, jointe à bien d'autres, le fit condamner à mort par la Cour d'assises, malgré ses négations opiniâtres. Il protesta de son innocence jusqu'à la fin, même en marchant au supplice. L'exécution eut lieu le 1er septembre 1887 à 5 heures du matin.

Autopsie de Pranzini.

On me permettra de rappeler qu'à cette époque, je remplissais les fonctions de médecin de l'infirmerie centrale des prisons de Paris, à la Santé, et que j'avais été attaché, par le professeur Ch. Robin, comme préparateur au laboratoire des travaux pratiques d'histologie. C'est à ce double titre que j'ai procédé à l'autopsie du décapité. Ch. Robin s'était fait attribuer tous les corps des suppliciés pour faire des recherches microscopiques sur les tissus et les organes à l'état frais, vivants en quelque sorte. On prélevait aussi des fragments sur toutes les parties du cadavre pour les mettre dans des liquides fixateurs : acide osmique, alcool absolu, nitrate d'argent, chlorure d'or, liqueur de Müller, etc..

Tous les flacons étaient préparés d'avance, étiquetés et conservés dans une armoire spéciale, afin de servir aux recherchies ultérieures. Chaque supplicié avait son rayon ; il en était ainsi pour Menesclou, le sergent de ville Prévost, Gamahut, etc.

On notait soigneusement s'il y avait quelque anomalie des organes, surtout du côté du système nerveux.

Le 1er septembre 1887, le corps de Pranzini, après avoir été transporté pour la forme au cimetière d'Ivry fut rapporté de bonne heure à l'Ecole pratique où nous étions réunis pour l'attendre. Brouardel avait voulu assister à l'autopsie. On me chargea d'ouvrir le corps et d'extraire les organes avec mon ami regretté Ch. Remy, le chef des travaux d'histologie. J'ai rédigé un bref procès-verbal de cette autopsie qui est imprimé dans le n° du 4 septembre 1887 du *Bulletin médical*. Je reproduis d'après ce procès-verbal les constatations immédiates qui furent faites.

La section du rachis par la guillotine avait porté sur la 6e vertèbre cervicale. Le corps était celui d'un homme très vigoureux : le tronc était large et régulièrement développé. Les membres supérieurs sont pourvus d'une forte musculature, plus forte proportionnellement que celle des membres inférieurs. Les attaches des poignets sont fines ; les pieds petits. La main est bien faite. Brouardel fait remarquer sur la peau de l'index et de l'auriculaire de petites cicatrices curvilignes ; elles sont consécutives à des plaies déterminées par les ongles des victimes dans leurs mouvements de défense ; les plaies n'étaient pas encore fermées au moment de l'arrestation de l'assassin.

Les organes génitaux sont fortement développés : la verge a 8 cm de longueur, les testicules sont volumineux ; cependant l'aspect de ces parties ne justifiait pas la réputation légendaire de Pranzini.

Le cœur était bien conformé et sain ; il pesait 270 gr. Les ventricules, bien que vides de sang, étaient dilatés, à l'état diastolique. On plaça le cœur encore chaud dans une assiette et vingt minutes après l'extraction, le myocarde se rétracta et devint rigide.

Les sommets des poumons sont normaux, mais il existe des zones de congestion intense aux deux bases comme il ne s'agissait pas d'hypostase, on pensa à une vaso-dilatation reflexe par suite du traumatisme violent de la décapitation.

Le poids du foie est de 1400 gr. ; les voies biliaires normales. La rate a 12 cm. de hauteur ; elle présente une plaque de périsplénite : cette augmentation de volume est probablement imputable au paludisme car Pranzini a habité l'Egypte et les pays chauds. Le tube digestif apparaît normal. Les reins et la vessie ne présentent aucune altération. L'urèthre incisé se montre tout à fait sain et normal. La prostate est peu développée. Dans les vésicules séminales on recueille une demi-cuillerée à café d'un sperme clair. Ce sperme examiné au microscope offre de rares spermatozoïdes encore mobiles.

La tête a été portée au laboratoire d'anthropologie pour y être moulée ; quand on la rapporte les yeux avaient été extraits des orbites. Les dents, bien rangées, étaient saines, à l'exception d'une molaire. Le crâne, scié pour l'extraction du cerveau, semble avoir une paroi épaissie dans la région frontale. On ne relève aucune malformation ni aucune lésion apparente des circonvolutions cérébrales, ni des méninges. L'arachnoïde est soulevée par des bulles d'air qui se sont substituées au liquide céphalo-rachidien, lors de la décapitation. Le cerveau pâle et exsangue pèse 1.280 gr. et il est possible que l'évacuation complète du sang par les vaisseaux de la base ait pu abaisser quelque peu ce poids qui est légèrement au-dessous de la moyenne.

On doit noter que la peau du corps est blanche et fine, et dépourvue de poils. En découvrant les fibres du muscle biceps, on les voit d'un rouge assez vif, bien que le cadavre soit exsangue. Il s'agit donc de la coloration propre du muscle. Sur les muscles des épaules et des cuisses, l'excitation par pincement produit encore des ventres de contraction.

Examen anthropologique du crâne.

Comme je l'ai indiqué plus haut, la tête de Pranzini fut portée au laboratoire d'anthropologie pour y être moulée par le préparateur Chudzinsky. Ce moulage est conservé dans le Musée de la Société, de même que le crâne soigneusement préparé. C'est sur ces deux pièces que j'ai pu faire quelques remarques et mon collègue M. Papillault professeur à l'Ecole d'anthropologie, a pu exécuter des mensurations précises.

Le masque du visage montre que les traits manquent de finesse : la face est un peu large, grasse et empâtée. La figure a un caractère plutôt brutal. Le nez mesure en hauteur 5 cm. 6, et la largeur des narines est de 4 cm. 3 : sans être écrasé, le nez est large. Les lèvres sont épaisses, le menton massif, avec un prognathisme marqué.

L'examen du crâne montre une légère asymétrie dans les bosses frontales. *La suture lambdoïde et la sagittale sont déjà soudées*, ce qui est tout à fait anormal chez un homme de 32 ans. La suture coronale est aussi entièrement soudée.

A l'intérieur du crâne on remarque une fossette allongée, large de près d'un centimètre, à la place de la crête séparant les deux fosses cérébelleuses. Cette anomalie du squelette cranien a été signalé par Lombroso chez d'autres criminels.

En avant, au niveau des bosses frontales, le diploë scié paraît épaissi. En arrière, la bosse pariétale droite est moins saillante que la gauche en rapport avec la prédominance de la saillie frontale du même côté. Cette plagiocéphalie constitue une anomalie importante, bien que commune, dans l'ossification du crâne. M. Papillault a relevé un resserrement des ailes du sphénoïde, considéré par Virchow comme une infériorité raciale.

Les diamètres craniens sont les suivants :

Antéro-postérieur maximum......	18 cent.
Transverse........................	14,3
Diamètre bregmatique.......... ..	13,1
Diamètre bi mastoïdien......... ..	13,3
Largeur de l'arcade dentaire.......	6,4

Les pavillons des oreilles sont asymétriques des deux côtés.

Le pli de l'anthélix est très saillant à gauche. Les lobules des pavillons sont épais.

Fragments de la peau de Pranzini dérobés à l'Ecole pratique de la Faculté.

Après l'autopsie faite au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine, comme je l'ai relaté plus haut, les restes du cadavre furent descendus dans les pavillons de dissection à l'Ecole pratique. Quinze jours après, le bruit se répandit que des fragments de la peau avaient été prélevés sur le cadavre pour être tannés et servir à fabriquer des souvenirs du célèbre criminel. Les échos de ce bruit furent répétés et amplifiés par les journaux quoti-

diens et produisirent un véritable scandale. On admettait bien que le corps des suppliciés fût utilisé pour des recherches scientifiques, mais le public ne pouvait tolérer qu'il fût mutilé pour confectionner des objets de curiosité, sorte de profanes reliques.

A cette époque, il était de mode, parmi les bibliophiles, de faire relier des livres précieux en peau humaine quand on parvenait à s'en procurer, et l'un de mes maîtres ayant appris que je devais être chargé de procéder à l'autopsie de Pranzini, m'avait écrit pour me demander un lambeau de sa peau (1). Je lui répondis de s'adresser au Chef des travaux, ce qu'il ne fit pas d'ailleurs.

Je relève dans le journal *La Lanterne*, organe puissant alors, les détails qui suivent sur cette affaire qui causa non moins d'émotion et de trouble à la Faculté de médecine, qu'à la Préfecture de Police. Dans le n° du 21 septembre 1887, on peut lire :

La Lanterne racontait, il y a quelque temps que le cadavre de Pranzini avait été mutilé après l'autopsie, sans qu'on ait pu trouver le coupable. L'auteur de cette profanation avait enlevé une partie de la peau de la cuisse. Quelques jours après, nous apprenions qu'un maroquinier recevait un lambeau de peau humaine destiné à la fabrication de deux porte-cartes. Le commerçant avait tout d'abord prostesté contre un pareil travail, et son client aurait insisté en excipant de sa qualité de docteur et de la situation officielle qu'il occupait dans la médecine ; il aurait ajouté qu'il s'agissait de la peau du supplicié Pranzini.

« Voici les renseignements complémentaires sur cette monstrueuse affaire. Une enquête a été ouverte par l'honorable doyen de la Faculté de médecine, le docteur Brouardel, et le coupable est à peu près découvert grâce aux révélations des garçons d'amphithéâtre. L'inculpé est un jeune agrégé de la Faculté qui se trouve en ce moment en villégiature dans le nord de la France. Par ordre télégraphique, il aurait été mandé pour fournir des explications, sur sa conduite, au doyen. Les charges relevées contre ce fonctionnaire sont graves ; les premiers résultats de l'enquête ont établi que ce n'est ni au laboratoire d'histologie de la Faculté, ni au laboratoire d'anthropologie que le lambeau de peau a été soustrait.

« Il importe, ajoutait *La Lanterne*, dans l'intérêt du corps enseignant de la Faculté aussi bien que dans celui du public, que pleine et entière lumière soit faite, et que le coupable soit rigoureusement puni. Il y a de sinistres plaisanteries de carabin qu'on ne se permet plus quand on est agrégé de la Faculté et fonctionnaire public. Dans ces conditions un acte de ce genre est un abus de pouvoir indigne chez celui qui le commet, une sorte de sauvagerie, de scepticisme odieux et absolument inqualifiable ».

L'article se terminait en demandant que l'on sévisse contre le coupable qui tombait sous l'article 360 du code pénal, ainsi conçu : « Sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et de 10 à 200 fr. d'amende, quiconque se sera rendu coupable de violation de tombeau ou de sépulture ... ».

Quel était donc l'agrégé sur lequel s'étaient portés les les premiers soupçons et que Brouardel avait rappelé de Granville en toute hâte ? Il s'agissait de Poirier qui allait être nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de Farabeuf qui reprenait la chaire d'anatomie de Sappey. A dire vrai, l'accusation dont il était l'objet et dont il allait d'ailleurs se disculpter, n'étonnait personne. Poirier était coutumier de fanfaronnades de ce genre ; il se plaisait à montrer aux élèves de son pavillon quand il était prosecteur, une blague à tabac qu'il avait fait fabriquer avec la peau du sein d'une femme, et il n'était pas homme à reculer devant un larcin pour chaparder, dans son service, un morceau de la peau de Pranzini.

J'avais connu Poirier pendant mon internat à la Salpêtrière et il affichait déjà une extraordinaire liberté d'allure : très arriviste, il aimait à se mettre en avant, à crâner, comme nous disions, et n'avait que du mépris pour les règlements administratifs ou autres. Il se croyait tout permis à cause de ses relations dans le monde politique. J'avoue que je partageai à ce moment les soupçons de Brouardel, d'autant plus que je craignais d'être mêlé personnellement à cette affaire scandaleuse. L'enquête établit cependant que l'agrégé de la Faculté était hors de cause et que les lambeaux de peau avaient été dérobés par un garçon d'amphithéâtre nommé Godinet, agissant pour le compte du brigadier de police Rossignol. Celui-ci, pour se concilier les bonnes grâces des deux chefs de la sûreté à la Préfecture de police, Taylor et Goron, avait voulu leur offrir un bibelot rare comme souvenir du célèbre criminel.

On s'était servi d'une carte de Poirier pour obtenir du maroquinier qu'il voulût bien tanner la peau. L'irritation du public quand il connut la vérité sur ce scandale, se tourna contre les policiers. Le chef de la sûreté se défendit en chargeant tout le monde. « J'ai eu tort, déclara-t-il, d'accepter le carnet que m'offrait Rossignol. Si je l'ai fait, deux motifs m'y poussaient. Le premier c'est que je ne voulais pas froisser mon subordonné Rossignol, qui s'était mis en quatre croyant m'être agréable ; le second, c'est que j'aurais blâmé la conduite de mon adjoint M. Goron, qui avait déjà reçu son carnet. Je ne suis pas collectionneur, ajoutait-il j'ai horreur de ces choses-là, mon intention était de détruire le carnet quand cet incident est survenu ».

Le sous-chef de la sûreté, M. Goron, demanda à être seul puni, bien qu'il n'eût pas donné d'ordre formel à Rossignol pour se procurer les lambeaux de peau. Quant à Godinet le garçon d'amphithéâtre, le premier coupable dans ce larcin, il nia avoir reçu 5 fr. comme salaire et une absinthe chez le mastroquet. Poirier, fort mécontent des soupçons qui avaient pesé sur lui, alla se plaindre à

---

(1) Mon ami le Dr Paul Dorveaux, archiviste de l'Académie des Sciences, avec son amabilité coutumière, a bien voulu me communiquer les documents suivants qui trouvent leur place, à propos de l'affaire Pranzini.

Le brigadier de police Rossignol mis en cause au sujet du vol de la peau commis à l'Ecole pratique de la Faculté, a publié des mémoires dans lesquels il cherche à se justifier de cette accusation.

Il fut mandé chez le juge d'instruction avec le garçon d'amphithéâtre Godinet. Ce dernier déclara en riant qu'il ne pouvait comprendre l'inculpation dont il était l'objet, car tous les jours, il faisait porter chez le naturaliste Tramond, des ossements humains décharnés après la dissection pour préparer des squelettes. Quant à Rossignol, il prétendit avoir ramassé par terre un lambeau de la peau de Pranzini, au milieu d'autres débris anatomiques considérés comme inutilisables ; d'ailleurs les poursuites ne furent pas continuées.

Trois ans auparavant, en 1884, M. Flandinette, préparateur au laboratoire d'anthropologie, avait fait relier, avec la peau de Campi, le récit du crime de cet assassin célèbre. Déjà en 1863, à Boston en Amérique, l'histoire du criminel Welton aurait été également reliée avec sa peau.

Depuis longtemps, la peau humaine a été utilisée à la place du veau et du maroquin, et les bibliophiles conservaient précieusement les volumes ainsi reliés. Le professeur Cornil avait plusieurs livres reliés de cette manière dans sa bibliothèque qui fut dispersée à l'hôtel des ventes, après sa mort. On ignore si ces livres firent prime aux enchères.

Dans l'*Intermédiaire des Chercheurs*, on relève qu'un ouvrage de Legouvé « le Mérite des Femmes » était relié en peau humaine avec un certificat d'un médecin des hôpitaux qui l'authentifiait. On cite aussi, comme curiosité, un volume des poèmes d'Edgar Poë traduit par Stéphane Mallarmé dont la couverture, en peau humaine, était ornée d'un dessin de Manet représentant un corbeau repoussé et doré.

Aurélien Scholl parle d'un exemplaire de la Constitution de 1793 relié ainsi.

Il est bien probable que cette reliure datait de l'époque, car la peau des décapités était alors plus commune que celle des suppliciés, aujourd'hui.

On rapporte qu'un citoyen demanda à la Convention Nationale l'autorisation de tanner la peau humaine et qu'une tannerie de ce genre aurait été installée dans le château de Meudon.

Harmand de la Mairie, dans ses « Anecdotes sur la Révolution », publiées en 1820, prétend que St-Just aurait fait tanner la peau d'une jeune fille qu'il aurait laissé décapiter, parce qu'elle lui aurait refusé ses faveurs, et qu'il aurait fait confectionner une culotte avec la peau des cuisses.

Il est malheureusement certain que dans les guerres de Vendée, il n'était pas rare que les cadavres des Chouans fussent affreusement mutilés ; un officier de santé fit écorcher 30 cadavres pour en faire tanner la peau. Un général républicain nommé Beysser avait une culotte en peau de Chouan, qu'il portait en montant à cheval.

On a peine à croire à de telles horreurs ; mais la férocité et la sauvagerie, à cette époque de délire révolutionnaire, ont dépassé tout ce que l'imagination peut concevoir.

son ami Spuller, alors ministre, des méfaits des policiers, et il obtint la promesse que l'on sévirait contre eux. L'affaire alla jusqu'au conseil des ministres et l'on fit annoncer qu'une information judiciaire était ouverte sur les faits qui s'étaient produits après l'autopsie de Pranzini. Pendant plus d'une semaine, après le 25 septembre, l'émotion fut grande parmi le personnel de la Préfecture de police. On ne cessait dans les journaux de réclamer des sanctions contre les policiers. Bien des personnes ont pensé que les chefs de la police voulurent détourner l'attention du public de ce scandale qui avait trop duré, en sortant de leurs cartons des documents bien autrement importants, et déjà anciens probablement ; il s'agissait de la vente des décorations de la Légion d'honneur par M. Wilson, gendre du président de la République. La production de ces documents dans la presse causa une immense indignation parmi le public, qui fit tout de suite oublier la peau de Pranzini. Cette hypothèse sur l'origine de l'affaire des décorations devient très probable quand on rapproche les dates. C'est en effet, le 6 octobre 1887, une douzaine de jours seulement après l'incident de la peau, que l'on procéda à l'arrestation des complices de Wilson, du général Caffarel et de la femme Limousin, le général d'Andlau était en fuite.

Cet enchaînement de circonstances est vraiment singulier. Dans ce temps les fraudes et les manœuvres malpropres pour obtenir le ruban rouge étaient considérées comme de véritables crimes et non comme de simples délits de médiocre importance. Les mœurs ont changé.

Le 17 novembre, la Chambre des Députés autorise les poursuites contre Wilson lui-même, et, le 2 décembre, pour donner satisfaction à l'opinion publique, indignée de la conduite de son gendre, M. Grévy, président de la République, se crut obligé d'adresser sa démission au parlement par message spécial.

Alors, on considérait volontiers l'affaire des décorations comme une réaction de défense de la police qui se tirait ainsi d'un mauvais pas, et j'ai entendu souvent répéter que M. Grévy avait glissé sur la peau de Pranzini.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1928.

M. le prof. *H. Vincent* expose les résultats donnés par la Sérothérapie anticolibacillaire qu'il a fait connaître. Il cite des exemples de guérison ou d'amélioration considérable de septicémies, de pyélonéphrites suppurées, etc., à bacillus coli. Le sérum est à peu près sans action chez les simples « porteurs de germes » colibacillaires, sans présence de pus dans l'urine.

Cette méthode est un complément très utile du traitement dans les infections colibacillaires qui compliquent secondairement les lésions des reins et de la vessie. L'injection préventive du sérum est indiquée chez de tels malades la veille ou le jour de leur opération, en vue de prevenir les complications septiques, ainsi que chez les opérés pour appendice gangréneuse.

L'action de l'insuline sur la pression artérielle. — *MM. Pierre Gley* et *N. Kisthinios*. — Certains auteurs avaient étudié l'action de l'insuline sur la pression artérielle et étaient arrivés à des conclusions différentes, les uns trouvant qu'elle abaisse cette pression, les autres qu'elle ne la modifie pas. Les expériences de Pierre Gley et N. Kisthinios expliquent cette contradiction : elles montrent que la chute de la pression n'est due ni à la substance hypoglycémiante des extraits pancréatiques, ni à l'hypoglycémie insulinique, mais qu'elle est produite par une substance hypotensive distincte.

Cette substance hypotensive, qui ne paraît pas être de nature peptonique, existe en plus ou moins grande quantité dans les diverses insulines. Celles qui sont très pures n'en contiennent pas. Pour cette raison, certaines préparations d'insuline provoquent la chute de la pression artérielle chez le chien et neutralisent l'action hypertensive de l'adrénaline, tandis que d'autres ne possèdent pas ces propriétés.

L'insuline dans le traitement de certaines formes d'angine de poitrine chez les sujets non diabétiques. — *MM. R. Giroux* et *Kisthinios*, se basant sur les bons effets obtenus par l'emploi des préparations insuliniques dans les artérites des membres, ont étudié méthodiquement l'action de l'insuline chez les malades atteints d'angine de poitrine.

Ils rapportent à ce propos, quatre observations très concluantes, dans lesquelles le traitement a fait disparaître les crises. Dans certains cas, l'amélioration s'est poursuivie pendant plus de trois mois, et, dans une observation, en particulier, avant le traitement, le malade était contraint de garder le lit par suite de la fréquence et de l'intensité du syndrome douloureux. Les doses employées ont été de 20 unités cliniques pendant une quinzaine de jours. L'amélioration a été très rapide et dès la 4e ou 5e injection, les douleurs avaient disparu.

Les auteurs insistent sur le fait que ce n'est pas par l'action de l'extrait pancréatique sur la glycémie que l'amélioration s'est produite, mais vraisemblablement par un principe hypotenseur contenu dans les extraits pancréatiques utilisés.

Ils notent que certains extraits pancréatiques ne fournissent que de très médiocres résultats. Cette notion ne saurait surprendre car l'influence exercée sur le système vasculaire par les extraits pancréatiques n'a rien à faire avec le principe hypoglycémiant.

Ils considèrent que c'est dans des différenrences pharmacologiques plutôt que cliniques qu'il faut chercher la raison des insuccès que l'on observe parfois dans le traitement des affections vasculaires en général et en particulier de l'angine de poitrine.

MM. R. Giroux et Kisthinios attirent, en outre, l'attention sur les modifications qualitatives de l'aorte qu'ils ont notées à côté de la disparition des symptômes subjectifs. Ils ont observé, en effet, une diminution de l'opacité de l'aorte.

Ces faits autorisent les auteurs à conclure que l'extrait pancréatique, par l'action rapide et favorable qu'il exerce sur certaines crises angineuses, est à recommander dans le traitement de l'angine de poitrine chez les diabétiques ou non.

L'action des extraits pancréatiques (insuline) sur l'hypertension artérielle. — *M. Kisthinios* — On sait le rôle pathogénique que certains auteurs, M. Vaquez notamment, font jouer à l'hyperadrénalinemie dans l'hypertension artérielle. N. Kisthinios ayant vu, dans un travail physiologique fait en collaboration avec Pierre Gley, que certaines préparations d'insuline possèdent la propriété de neutraliser l'action hypertensive de l'adrénaline et de provoquer la chute de la pression artérielle, a soumis 14 hypertendus à un traitement insulinique. Les malades recevaient un régime riche en hydrates de carbone pour éviter l'hypoglycémie qui, d'après les expériences physiologiques, n'a aucun rapport avec la chute de la pression artérielle. En outre, ils ne recevaient aucune autre médication et ils continuaient à se livrer à leurs occupations habituelles. Les résultats ont été très favorables. Les malades traités par l'insuline qui s'était montrée la plus active sur la pression artérielle dans les expériences physiologiques, ont été considérablement améliorés. Après un traitement de quinze jours consistant en une injection quotidienne de 20 à 40 unités cliniques d'insuline, la pression artérielle s'est abaissée dans presque tous les cas de 5 à 6 cm. d'Hg. pour la maxima et de 4 à 5 cm. pour la minima. Les signes fonctionnels et subjectifs ont disparu ou ont été très améliorés.

Elections. — MM. Bierry (de Marseille) et Mathis (de Dakar) sont élus membres correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques, etc.).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1928.

M. le médecin inspecteur général DELORME rapporte des souvenirs personnels sur sa vie de chirurgien et d'anatomiste. Il montre comment ses dispositions pour le dessin l'ont aidé, au cours de sa carrière déjà longue, puisque l'orateur porte gaillardement aujourd'hui ses 81 ans. Ce sont des séances de dissection à l'hôpital de Versailles, où l'aumônier lui dispute les sujets et lui cherche noise ; puis à l'hôpital du Gros-Caillou, où il dissèque en compagnie des aides majors. Chacune de ces études est fixée par un dessin : il fait de même à propos de chaque intervention chirurgicale d'un cas intéressant et ceux-ci pendant la guerre furent particulièrement nombreux. les croquis anatomiques ou chirurgicaux qui passent sous les yeux des assistants sont à la fois exacts et pleins de goût. L'artiste, chez M. DELORME aide le savant et dans ses belles planches sur Lunéville, sur le Maroc, il peut donner libre cours à son temperament qui est remarquable.

M, LAIGNEL-LAVASTINE analyse ensuite deux livres recents : « Les fous. Les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent » de M. MAURICE DE FLEURY et « La psychanalyse et les méthodes « d'investigation de l'inconscient » de M Auguste MARIE. Par les maximes du dernier chapitre, M. de FLEURY rejoint les grands médecins philosophes, humanistes nourris du meilleur suc des lettres et des sciences. M. Auguste MARIE sans passion, à la lumière du bon sens, remet la psychanalyse à sa veritable place, celle qu'elle conservera dans l'Histoire de la medecine : une phrase de Freud lui même lui sert de conclusion. La psychanalyse est la découverte, pour cet auteur, d'une « superstructure que nous devons asseoir sur sa base organique. »

M. BARBILLION lit une étude sur La Fontaine et le quinquina. Le poème du bonhomme date du 13 janvier 1682. Il fut composé sous l'inspiration de la Duchesse de Bouillon, à qui Psyche est aussi dédié. Le celèbre remède avait été rapporté par les Jésuites à Rome en 1642 et était devenu l'objet d'un commerce florissant. En 1682, il était partout à la mode depuis que l'anglais Talbot en avait vendu la recette plus de 40.000 livres à Louis XIV. Les médecins se querellaient à son sujet et les salons leur faisaient écho. La Duchesse de Bouillon, compromise dans l'affaire des poisons, vivait en exil à Nérac. Elle espérait, grâce au poème auquel son nom s'associait, désormais rentrer en grâce auprès de la Cour. Et, comme dans une féerie du Théâtre de Versailles, les divinités mythologiques groupées autour d'Apollon chantent les merites du quinquina, pendant que le monstre de la fièvre s'anime de toutes les forces des esprits animaux dechaînés. Cette étude suivant vers par vers le poème, nous montre les Muses au service de la science, s'inspirant à l'occasion d'un célèbre traite du quinquina, dont les cinq éditions avaient été rapidement enlevées. Elle complète ainsi heureusement l'étude du Dr DELAUNAY sur La Fontaine et les médecins.

Cette séance avait débuté par un compte-rendu de M. NEVEU de sa gestion d'archiviste, qui permet actuellement aux chercheurs de se documenter sur l'Histoire de la Médecine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 novembre 1914.

De la biopsie dans le cancer du corps utérin. — ***M. Léo*** craint qu'un traumatisme, même très léger, comme le prélèvement d'une parcelle de tissu à examiner, puisse déterminer la dissémination des cellules cancereuses. En général, il pose l'indication opératoire d'après les signes cliniques.

Sur la radiographie de profil de la hanche. — ***M. Massart*** utilise le procédé d'Arcelin qui lui permet d'avoir une image en deux plans des butees osteo-plastiques.

M. Rœderer, pour ces radiographies de profil, place la plaque en avant et l'ampoule en arrière, procédé inverse de celui de ***M. Judet***.

Un cas curieux de polydactylie — ***M. Bressot*** (de Constantine) communique l'observation d'un homme présentant six doigts aux deux mains et aux deux pieds. Pas de malformations chez les ascendants. Wassermann négatif.

Indications chirurgicales dans les cas de thrombose chronique splénique et portale. — ***M. Ch. Buizard*** fait un rapport sur un travail de ***M. Anders Frick*** (de Chicago). L'auteur conclut : 1° en cas de thrombose splénique, la splenectomie est indiquée quand il existe des hemorragies ou de l'anémie ; 2° en cas de thrombose portale, la splénectomie associée à une opération de Talma est indiquée quand apparaissent aussi des hemorragies ou de l'anemie ou quand il y a une diarrhée chronique ou de l'ascite.

Les modifications du fond de l'œil et la pression sanguine dans les artères de la rétine au cours de l'augmentation de la pression intracrânienne, de l'œdème de la papille et de l'atrophie optique. — ***M. Raymond Petit*** fait un rapport sur un travail de ***M. Conrad Berens*** (de New-York). L'auteur fait une étude précise de ces modifications, en particulier au cours de l'evolution des tumeurs cerébrales, des abcès du cerveau, etc.

A propos de deux cas de cholécystostomie d'urgence pour calculs biliaires. — ***M. Victor Pauchet*** fait un rapport sur un travail de ***M. Déolind Pasquals*** (de Buenos-Aires). L'auteur cite deux observations de crises aiguës avec syndrome peritonéal où il a fait d'urgence la cholecystostomie.

Pancréatite erkystée subaiguë terminée par une crise aiguë ayant déterminé l'intervention Guérison — ***M. Thérenard*** communique cette observation. Il passe en revue les affections toxiques ou septiques dont la pancréatite est le plus souvent la conséquence et insiste en particulier sur la nécessité d'une intervention secondaire pour remédier aux lesions des voies biliaires ou duodéno-jéjunales qui sont les lésions causales les plus fréquentes.

Tumeur maligne apparue au niveau d'une cicatrice de blessure par balles. — ***M. Bressot*** (de Constantine communique l'observation suivante : un homme a le pied gauche traversé par une balle ; sept mois après, au niveau de l'orifice de sortie, apparait une tumeur qui, cliniquement et histologiquement, est une tumeur maligne (fibro-sarcome). Fait à l'appui des relations possibles de cause à effet entre un traumatisme et l'apparition d'une tumeur maligne

MM. Burty, Dufourmentel, Ozenne, Séjournet signalent des faits identiques.

Rareté de l'appendicite chez les indigènes et les colons menant la vie de la brousse. — ***M. Nicolas*** (de la Nouvelle-Calédonie) signale que depuis 21 ans il n'a pas observé un seul cas d'appendicite chez les indigènes et les colons qui mènent la vie de la brousse, tandis que, dans la même colonie, on constate des cas d'appendicite chez les colons qui vivent dans les villes. Il pense qu'on ne peut attribuer ce fait qu'à la différence du genre de vie et en particulier de l'hygiène intestinale.

Kyste dermoïde fistulisé de la région sacro-coccygienne. — ***M. Muller*** (de Belfort) communique ce cas observé chez un homme. La fistule apparut à l'âge de 17 ans ; suppuration d'abord intermittente, puis continue. L'auteur opéra le malade quinze ans après. Guérison.

Trois cas d'embolies post opératoires. — ***M. Moncany*** (de Corbeil) signale le fait que, sur environ huit cents opérations pour hernie simple, il a constaté trois cas (en 1913, 1922 et 1928) d'embolies pulmonaires après l'opération, les deux premiers cas terminés par la mort, et que les malades qui ont présenté ces accidents étaient les trois frères.

Fracture de l'olécrâne chez un vieillard. Ostéosynthèse (vissage). — ***M. H. Blanc*** présente un malade de 78 ans chez lequel il a fait cette ostéosynthèse au moyen d'une vis de Lambotte. Au bout de dix jours, la vis devint mobile et inutile et fut enlevée : cependant le résultat fut très satisfaisant.

GLANURES

A propos du bal de l'Internat. — *Le Jeune Médecin*, cette nouvelle revue dont le Dr Crouzat a su faire, en moins de deux ans, un des organes les plus vivants de la Presse médicale actuelle, prend nettement position dans la question du bal de l'Internat (n° 18, 1er novembre 1928).

« Le bal de l'Internat : c'est d'abord une réunion de gars qui veulent rire, ensuite un bal...

Les assistant, au lieu d'y aller en smoking ou en habits y vont en costume léger et bariolé.

C'est un bal où, contrairement à beaucoup de sauteries familiales, la joie et la franche gaieté du bon Rabelais est reine toute puissante.

La loi du Thélémite « faire ce que tu vouldras » est la seule à observer.

J'ai assisté à des bals *publics* de l'Opéra ; je crois que la pudibonderie des auteurs de la lettre aurait beaucoup plus à se déchainer contre eux, plutôt que contre le bal de l'Internat qui est un bal *privé* et où ils n'ont absolument rien à voir. Nul n'est tenu d'y venir, personne ne peut y entrer sans une carte d'invitotion strictement personnelle.

La Section Parisienne de la ligue pour le Relèvement de la moralité publique n'a pas à donner son avis.

Quant à juger les réalisations esthétiques qui sont, aux dires de la « Voix des Jeunes », nettement en décadence, quant aux caricatures qui ne sont point humoristiques, paraît-il, si j'en crois la teneur de la lettre, nul doute que le bal de l'Internat deviendrait une réunion extrêmement spirituelle et esbaudissante le jour où (espérons qu'il n'arrivera jamais) il subirait une réforme dans le sens de la « Voix des Jeunes ».

Ce jour-là, on pourrait dire de façon certaine que l'Internat aurait vécu, et que l'esprit des vieilles salles de garde d'antan, qui s'évanouit tous les jours un peu plus, aurait disparu complètement et définitivement ».

Carrière était-il daltonien ? M. Thiébault-Sisson avait dit d'Eugène Carrière en parlant dans *Le Temps*, de l'exposition du jubilé au Salon d'automne, qu'il était daltonien. Il a reçu, à ce sujet, de sa fille, Mme Delvoné-Carrière une lettre de protestation que nous reproduisons avec les remarques dont l'accompagne l'éminent critique du *Temps* :

Je crois de mon devoir de vous signaler une erreur qui ne vous appartient pas, mais qui est assez répandue et que votre article reproduit, au sujet de la vision des couleurs par mon père. Mon père n'était pas daltonien ; sa vue était parfaitement normale et excellente, et l'affirmation contraire n'a aucun fondement dans la réalité. Il était d'une sensibilité extrême aux couleurs, lui qui s'était décidé à se faire peintre par amour pour Rubens. Cette sensibilité n'a jamais diminué, et il a toujours aimé et apprécié avec délicatesse le jeu des tons et des nuances dans la peinture des autres comme dans la nature. Nul n'a été

plus sensible à l'harmonie d'un bouquet ou d'une toilette de femme. Il a renoncé à la couleur consciemment, parce que, disait-il, on ne peut exprimer tout à la fois, et pour aller loin dans un sens, il faut savoir faire des sacrifices.

D'où est venue la légende ? Je me rappelle la visite à l'atelier, après 1900, d'un oculiste dont je ne retrouve pas le nom. La légende existait déjà, puisqu'elle avait inspiré à ce médecin la curiosité d'interroger mon père et de vérifier ses dires. A-t-il publié quelque chose en suite de cette visite ? Je me souviens seulement que cette visite amusa fort mon père, en lui révélant l'interprétation que certains avaient trouvée de sa façon de peindre. « Les gens, disait-il, sont avides d'explications matérielles ; ils croient que la peinture est affaire d'œil et de main, et bien peu se doutent que tous ses modes valables d'expression sortent d'un travail intense de l'esprit. »

Avant d'aller plus loin et de donner notre sentiment sur l'opinion énoncée par la fille du maître, demandons-nous en quoi le daltonisme consiste.

J'ouvre le Dictionnaire médical de Larousse et j'y trouve la définition suivante : « *Daltonisme.* — Un savant anglais Dalton, qui ne voyait pas le rouge, ayant décrit le premier cette altération de la vision, on a donné son nom, par extension, à toutes les anomalies analogues de la vue, dans lesquelles on ne distingue pas une ou plusieurs couleurs : vert, rouge, violet, bleu, mais le terme scientifique est *dyschromatopsie* (mal couleur-voir). On réserve celui d'*achromatopsie* pour l'absence de toute vision colorée, les personnes, très rares, qui sont atteintes de cette lésion ne percevant la teinte que des variétés plus ou moins colorées du gris. »

Si je comprends bien le français, le terme de daltonien s'applique, dans la conversation courante, non seulement aux gens chez qui l'on constate l'absence de toute vision colorée, mais à ceux qui ne perçoivent que d'une façon plus ou moins restreinte les variétés de nuances des couleurs, et ceux-là, paraît-il, sont légion, puisqu'on lit dans le même dictionnaire que, sur 100 enfants, les statistiques établissent qu'il en est 30 qui n'ont des variétés de nuances des couleurs qu'une perception inexacte et fausse.

Carrière faisait-il partie de cette seconde catégorie de daltoniens ?

Une conversation que j'ai eue, il y a de longues années, avec lui, en un temps où Lisbeth Carrière jouait encore au cerceau, à moins qu'elle ne fût au biberon, me permet de pencher pour l'affirmative.

J'avais rencontré Corrière chez Puvis de Chavannes, un dimanche matin. Encore inconnu du public, l'artiste jouissait déjà, chez les peintres, d'une estime plus que sérieuse due à ses rares qualités expressives et aux accents très ressentis de son dessin. Il inaugurait alors la série de ses portraits monochromes environnés d'une atmosphère vaporeuse qui ajoutait une pointe de mystère à ces représentations de la personne humaine.

Nous étions sortis de compagnie de l'atelier de Puvis de Chavannes, et Carrière m'avait entraîné chez lui. Nous y avions continué la conversation. J'étais avide de savoir si la nouvelle manière attestée par son dernier envoi au Salon devait être considérée comme un accident sans lendemain ou si l'artiste avait décidé de renoncer pour toujours au bénéfice de la couleur.

Voici ce que me répondit Carrière : « La couleur m'est indifférente et ne me paraît nullement nécessaire à un peintre. On peut faire avec du noir et du blanc des morceaux admirables — voir Velasquez et Frans Hals. Mais je dois vous dire, au surplus, que la nature ne m'a pas gâté sous le rapport de la vision des couleurs. » Fouillant alors dans un amas de vieilles toiles, il en tira un grand motif de paysage, un *Verger au printemps*, animé d'une demi-douzaine de figures. « Voyez, ajouta-t-il, ce que je faisais à ma sortie de l'Ecole des Beaux-Arts. Est-il rien de plus criard que les nuances dont j'ai affublé ces jeunes femmes ? Je croyais bien pourtant avoir perpétré un chef-d'œuvre. Les railleries de mes camarades m'ont détrompé. Après plusieurs autres essais, je me suis rendu compte que, si je voyais la couleur je la voyais plutôt mal, et que je n'étais pas fait pour la rendre avec ses raffinements, ses subtilités et ses nuances. Je me suis donc rejeté vers des façons de camaïeux, rehaussés de quelques touches légères de couleurs, portraits d'enfants presque tous, et de bons juges m'ont affirmé que j'y avais réussi. J'ai poursuivi, mais mon instinct m'a fait repousser peu à peu toute intervention de la couleur, et elle ne jouera aucun rôle, désormais, dans mes interprétations de la vie. »

Que ressort-il de ces déclarations, sinon que Carrrière n'avait pas une perception très exacte ni très nette des nuances de la couleur ? S'il en avait été autrement, s'il avait perçu d'instinct toutes les nuances et toutes les modulations de la couleur, il ne s'en serait pas refusé le prestige. Il a eu la sagesse d'y renoncer, et cela n'enlève rien à sa gloire. En quoi serait-il diminué par l'appellation de daltonien ? J'imagine, au contraire, qu'il n'en est que plus grand, et cela coupe court à toute discussion sur ce point.

Les programmes scolaires en 1816. — Nous nous plaignons aujourd'hui que les programmes soient trop chargés ; ils ne l'étaient pas moins en 1816, dit M. Le Breton (*La jeunesse de*

Victor Hugo, in-12. 1927. p. 67), à en juger par une lettre de Victor Hugo à son père où il lui indique son emploi du temps : « Tu sais sans doute que les cours du collège nous tiennent depuis 8 h. du matin jusqu'à 5 h. du soir. Le cours de mathématique professé par M. Gaillard dure depuis 8 h. jusqu'à 10 h. 30; après les cours, M. le professeur donne de son propre gré à ses élèves privilégiés des leçons d'algèbre, auxquelles il a la bonté de nous inviter, en sorte que nous ne pouvons revenir à la pension qu'à 12 h. 30 ; depuis 1 h. jusqu'à 2 h., nous avons trois fois la semaine la leçon de dessin ; à 2 h. nous partons pour nous rendre en philosophie d'où nous ne sommes revenus qu'à 5 h. du soir. Depuis 6 h., jusqu'à 10 h. nous nous occupons soit aux leçons de mathématiques que nous donne M. Decotte, soit aux devoirs du collège ».

Le véritable Horace Bianchon. — On avait attribué le masque d'Horace Bianchon à Bouillaud. M. A. Augustin-Thierry (*Le Temps*, 6 décembre 1928) l'attribue à Gilbert Breschet. Né en 1783, à Clermont-Ferrand, Breschet passa sa thèse en 1812. Successivement prosecteur, chef des travaux anatomiques, agrégé en 1823, professeur en 1828, il entra à l'Académie de médecine en 1832 et en 1836 à l'Académie des sciences où il succéda à son maitre Dupuytren. Il mourut en 1845. Son nom n'est plu guère connu aujourd'hui que des anatomistes qui parlent du sinus ou des veines de Breschet. En nous le présentant comme le prototype d'Horace Bianchon, M. A. Augustin-Thierry l'a peut-être sauvé de l'oubli.

BIBLIOGRAPHIE

Les Romantiques. *Les Romantiques* formeront une collection de monographies critiques, biographiques et documentaires, consacrées aux plus grands écrivains français de l'Ecole romantique dont le centenaire occupe aujourd'hui les esprits et ne pourrait être plus utilement commémoré.

Volumes très vivants d'un ton alerte où la vie et l'œuvre de l'écrivain apparaîtront constamment mêlées avec la continuelle réaction de l'une sur l'autre ; où l'on trouvera le portrait physique et moral des écrivains avec leurs manières de penser, de travailler, de parler, de réussir, et de vivre ; où l'on pénètrera dans leur intimité. Simplement de « l'histoire » et de « l'histoire littéraire », pas de roman.

En vente : Alfred de Vigny, par Robert DE TRAZ, 1 vol. — Jules Michelet, par Daniel HALÉVY, 1 vol. — Alfred de Musset, par Emile HENRIOT, 1 vol. Chaque volume : 10 fr. Librairie Hachette, 79, boulevard St-Germain, Paris.

Les chefs d'œuvre de la littérature expliquée. Collection publiée sous la direction de René DOUMIC.

Cette collection s'adresse à tous ceux qui sont curieux d'acquérir une connaissance complète des chefs-d'œuvre de notre littérature et des littératures anciennes ou étrangères.

Les premières pages résument la vie et l'œuvre de l'écrivain jusqu'à la date du chef-d'œuvre qui va être étudié. Une analyse détaillée, qu'illustrent de larges citations et qu'accompagne un commentaire suivi, met sous les yeux du lecteur les passages essentiels, fait ressortir les traits caractéristiques et éclaire tout ce qui a besoin d'explications. Une étude à la fois historique et littéraire fournit tous les renseignements que l'érudition a pu recueillir sur la composition de l'œuvre et sa publication, la replace dans son cadre social et dans son milieu d'idées, souligne les mérites qui lui ont valu son rang de chef-d'œuvre. Il reste, après avoir indiqué l'accueil que lui ont fait les contemporains, à la suivre à travers le temps, à passer en revue les diverses interprétations qu'elle a reçues et à préciser l'influence qu'elle a exercée.

Un coup d'œil sur les œuvres qui ont suivi et sur les dernières années de l'écrivain complète l'étude et permet un jugement d'ensemble.

Dans chacun de ces volumes, l'auteur est guidé par un double souci : utiliser les travaux les plus récents, en présenter les résultats sous une forme aisée, accessible à tous les lettrés.

Ainsi la *Collection des chefs d'œuvre de la littérature expliquée* ne dispense pas de lire les textes : elle aide à les lire comme doivent être lues les œuvres capitales de la littérature universelle.

En vente : Le Misanthrope de Molière, par R. DOUMIC, 1 vol. — La Nouvelle Héloïse de J.-J. Rousseau, par D. MORNET, 1 vol. Chaque volume de 300 à 350 p. in 16, sur papier de luxe « vergé Hollandia », 15 fr. Librairie Mellotée, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

La vie galante à Lyon au bon vieux temps. Histoire anecdotique et illustrée des mœurs intimes lyonnaises à toutes les époques, par Claudius ROUX et Noré BRUNEL. 1 vol. de 400 p., 95 pl. en phototypie, tirage à 500 ex. Prix : 300 francs.

Les souscriptions sont reçues jusqu'au 23 décembre 1928 par M. Cl. Roux, au Palais des Arts, place des Terreaux, à Lyon.

Revue d'histoire littéraire de la France, publiée par la Société d'Histoire littéraire de la France, paraît tous les trois mois. Le n° : 14 fr. Abonnement : un an : France 50 fr. Librairie Armand Colin 103, boulevard St Michel, Paris.

Sommaire du n° de janvier-mars 1928 (160 p.) : J. Milon : Deux opinions sur Pascal (L'abbé Bremond, Paul Valery). — P. Barrière : Le lyrisme dans la tragédie de Corneille. — G. Charlier et L. Herrmann : Diderot, annotateur de Perse. — F. Vermale : Les origines du « Pape » de J. de Maistre. — Mélanges. — Comptes-rendus. Chronique.

Sommaire du n° d'avril-juin 1928 (160 p.) : E. Gros : Les origines de la tragédie lyrique et la place des tragédies en machines dans l'évolution du théâtre vers l'Opéra. — A. Fusil : Lucrèce et les philosophes du XVIIIe siècle. — M. Cressot : Le sens de « Dominique ». — Mélanges. Comptes-rendus. — Chronique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

L'Alimentation, publié sous la direction du Dr Pomiane, 160 p. : 15 fr. (La Vie technique, industrielle, agricole et coloniale).

Causeries sur l'art de bien gérer sa santé, par le Dr Paul Farez, in-8, 364 p. : 16 fr. (Expansion scientifique française).

Recherches sur les vicissitudes de la liberté en médecine depuis Louis XV jusqu'à nos jours, par F. Guermonprez, in-8, 312 p. : 35 fr. (Legrand).

Etudes médicales autour de la loi du 5 avril 1928, relative aux assurances sociales, par F. Guermonprez, in-16, 240 p. : 12 fr. (Legrand).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

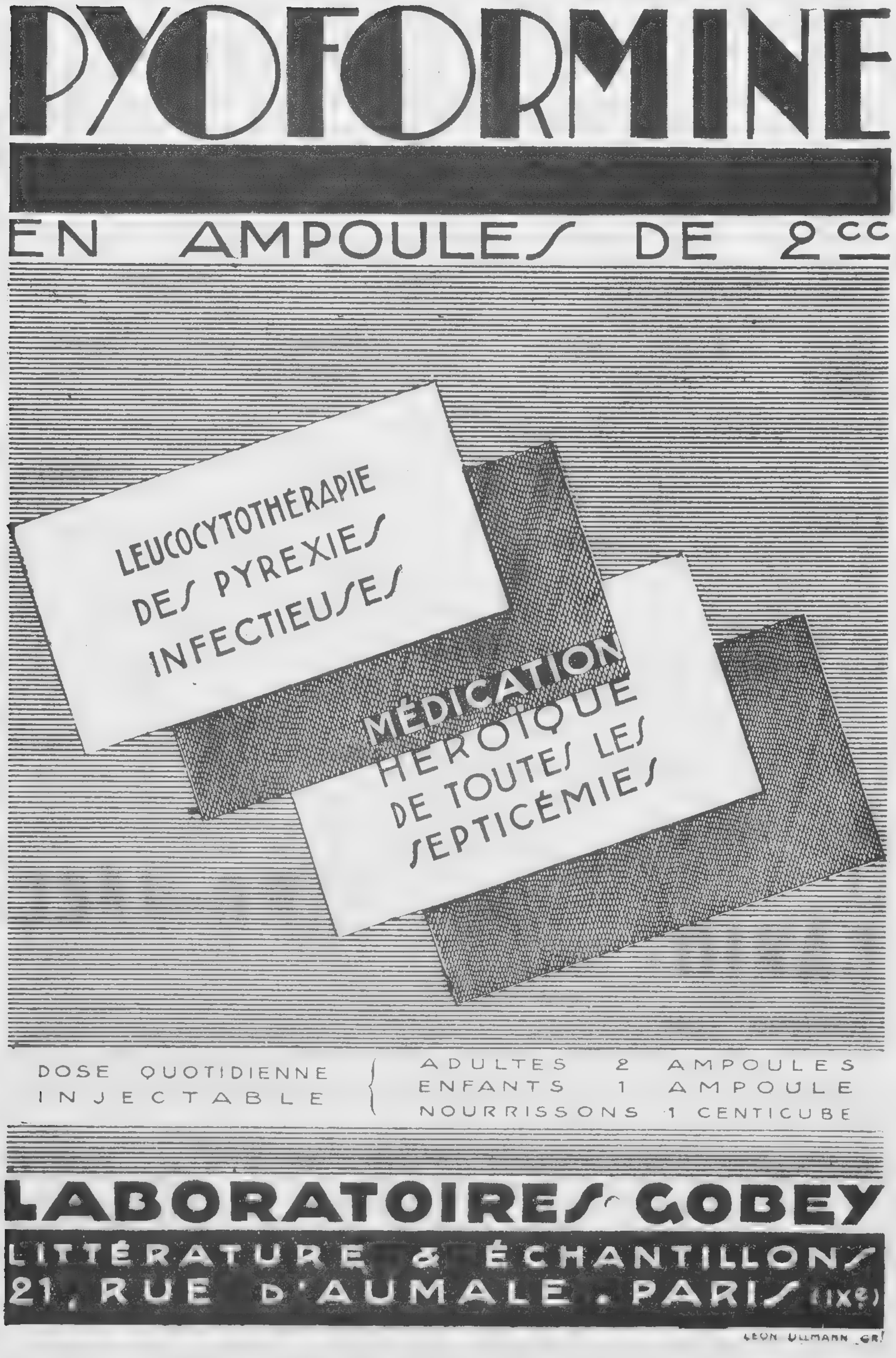
CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 52 LE NUMÉRO : 50 Centimes 22 DÉCEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE


PYOFORMINE
EN AMPOULES DE 2cc
LEUCOCYTOTHÉRAPIE
DES PYREXIES
INFECTIEUSES
MÉDICATION
HÉROÏQUE
DE TOUTES LES
SEPTICÉMIES
DOSE QUOTIDIENNE
INJECTABLE
ADULTES 2 AMPOULES
ENFANTS 1 AMPOULE
NOURRISSONS 1 CENTICUBE
LABORATOIRES GOBEY
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
21, RUE D'AUMALE . PARIS (IXe)

NOUVELLES

Assistance publique. — *Liste par ordre de mérite des candidats reçus externes des hôpitaux.*—1. Mlle Dauban; MM. Fingmusan, Pinel Hamburger ; Mlle Lautmann ; MM. Morax, Brocard ; Mlles Heimbiez, Brenot, Berni.

11. MM. Barrayo, Le Beau, Boulle, Rouvillois, Cauhepé, Bernard, Lesguillons, Yaïch, Gautier, Halbron.

21. Judet, Maury, Seguin, Ullmann, Seringue, Bloch, Netter, Levecq, Grumbach ; Mlle Grillo.

31. MM. Cordebar, Nastorg, Lachmann, Varangot, Tempier, Jeulin, Cirviset, Grépinet, Huguier ; Mlle Karcher.

41. MM. Rachstein, Sobel, Cadars, Chatain, Cahen, Roux, Mareger Mlle Weissberg ; MM. Gaignerot, Salleron.

51. Broutman, Bismut, Wattez, Got, Vildé, Chazel, Salomon Rambert, Theurkauff, Rinet.

61. Matron, Chapireau ; Mlle Epstein ; MM. Guny, Lortat-Jacob, Chevalier, Pasquereau, Camelot, Solomon, Lacombe.

71. Pagès, Faugeron ; Mlle Melon ; MM. Picquart, Bernard ; Mlle Oechmichen, M. Rosenbach ; Mlle Buttner ; MM. Gilbert, Falk.

81. Duperrat, Pottier ; Mlle Burdin ; MM. Palangié, Tantin, Poirier, Traut, Guichard, Vincent, Richard.

91. Temerson, Zaipffel, Mlle Barnaud, MM. Raybaut, Jouanneau Barbier, Mardi, Lesauvage, Rosanoff, Grumberg.

101. Pinto, Fenichel, Losay, Vincent, Vannier, L'Huillier, Bigey, de Botton, Boudonnet, Martini.

111. Mouchotte (Jean), Olivier, Rodier, Meyer, Krivine, Ghozland, Simon, Haguier, Poisson, Flourens.

121. Domart, Jones, Macrez, Escare, Goyer ; Mlle Feydit ; MM. Bouquet, Gondot, Longuet, Winter.

131. Allilaire, Gaultier, Auclair, Brault, Champeau, Martinot, Rouchy, Boutron, Soulignac, Vendruyes.

141. Dechaume, Moucharmont ; Mlle Caubet ; M. Guébel ; Mlle Luneau ; MM. Pécher, Mifsud, Margout, Ludner, Ripard.

151. Mlle Legagneux ; MM. Moreau, Weisz, Callot, Daugauthier, Moulinier, Doukan, Chancerel, Gaube, Tervier.

161. Huriez, Froin, Braustein, Daunois, Wimphen, Klein, Gérard, Merbeau, Boisseau, Bourne.

171. Le Cœur, de Mestier du Bourg, Gesta ; Mlle Delaage ; MM. Moreno, Giraud, Grable, Hubermann, Bécam, Monceau.

181. Lichtenberg, Naud, Charlot, Boivin, Chanel, Carrez, Perret, Attal, Hechter, Bourdeau.

191. David, Vautier, Davidovici, Bornetet, Mlle Mahieu ; M. Lavergne ; Mlle Challiot ; MM. Blumen , Gelbert, Aucler.

201. Cailleux, Amphont, Varay ; Mlle Miczyh, MM. Morin, Benguigni, Laboureux ; Mlle Thueux ; MM. Boutakoff, Camard.

211. Vaissière, Lamasson, Martin, Claudet ; Mlle Millaut ; MM Mouchotte (M.), Bouteau, Boissonnet, Filhoulaud, Roche.

221. Ferval, Marclaud, Barre, Szigati, Ovary, Copelovitch, Manel ; Mlle Mollaret ; MM. Nuridsany, Delie.

231. Mlle Comby ; MM.Ferrière, Maroger,Fabre, Lurie, Guermann, Pavet ; Mlle Marion ; MM. Catz, Dublo.

241. Ernoux ; Mlle Grangette ; MM. Brosson, Dougar, Tran, Ba-Huy, Le Foll, Defossez, Mathivat, Opolon, Beauchet.

251. Habrekorn, Delaître Bauvois, Salamon, Fleury, Borde, Gatel, Peyne, Chambon, Mathiot, Beaugenot.

261. Kun, Koge, Bacquelin, Adrianopoulos ; Mme Le Goff ; MM. Masson, Montaigne, Fresquet, Vigé, Laguzet.

271. Peyaud, Brunot ; Mme Leneman ; Mlle Finkelsteine; MM. Alaurant, Boucher, Trepsat, Chevé, Achard, Fulconis.

281. Guison, Pirona, Djian, Hilaire, Kalmanovitch, Lybossiez, Divet, Marcher, Daum ; Mlles Moyen.

291. Sabetay ; MM.Giordan, Coustenoble, Wintel, Pouhin, Maillard Mlle Petitet ; MM. Nicaise, Papazoglou, Oster.

301. Weyssel, Mme Gaston ; MM. Martin (J.), Fabre, Marquet, Laplaone ; Mme Bougreois ; MM. Schneyder, Jaltch, Lauriat.

311. Malartre, Martin (Noël), François, Dainville ; Mlle Lair ; MM. Leié, Rosenstein, Muhbrad, Feldstein, Valot, Touze.

321. Laval, Mougin, Boye, Léon, Cazettes, Laboureau, Wallencien, Roux, Maurue, Florence.

331. Pasquier, Cormélie ; Mlle Flajoliet, Velet, Gioco, Hai, Danis, Fouyol, Lachaud, Bzowski.

341. Garfunkel, Krauter, Henry, Cucherousset, Mirebeau, David, Vannier, Lauriat ; Mlle Weiller ; MM. Bobard.

351. Duchemin, Marcais, Oudin, Boyer, Lamiraud, Lantier.

Concours de l'Internat des Hôpitaux. — A la suite de ce concours sont nommés :

Internes en médecine. — 1. MM. Gosset, 79 points ; Rudler, 76 ; Gadaud, Delay, 75 1/2 ; Joseph, Hesse, 75 ; Henrion, 72 1/2 ; Mme Graud née de Mayo, 52 ; MM. Guichard, 71 ; Contiades, 70.

11. Langlois, 69 1/2 ; Mme Arager née Oguse, MM. Graud, 69 ; Gasné, 68 1/2 ; Gaston, 68 ; Fauvert, Ardouin, Poilleux, 67 1/2 ; Ribadeau-Dumas, Graffui, 67.

21. Haïk, Judet, 67 ; Maës, Pichon, Puymartin, Mlle Weiss, 66 1/2 ; MM. Arrondel, Pautrat, 66 ; Hervy, Mme Baillon, 65 1/2.

31. Fau, Meyer, Brisset, 65 ; Richard, Louvet, Leroy (Robert), 64 1/2 ; Thomas, Antonelli, Cottet, Hilaire, 64.

41. Jonard, 63 1/2 ; Lapiné, Reyt, Beuzard, 63 ; Gilbrin, Peney, 62 1/2 ; Asselin, Gavois, Limasset, Blanquine, 62.

51. Bolgert, Durrbach, Mlle Fayot, MM. Piollet, 62 ; Voillemin, Roquejeoffre, Terrenoire, Vialle, Golé, Fournié, 61 1/2.

61. Lacoste, Amid, Vandenbossche, 61 1/2 ; Grivaud, Mlle Rioni, Franco, Maisler, Mlle Willm, 61 ; MM. Lançon, Martin (René), 60 1/2.

71. Aubin, 60 1/2 ; Mlle Bégaud, MM. Gorodiche, Masson (Pierre), Patte, Sergent, Rachelsberg, 60 ; Sterin (Lucien), Alavoine, Mutricy, 59 1/2.

81. Griffiths (Bernard), Mme Gauthéron, MM. Koang, 59 ; Robin, David (Jean), Duvid (Pierre), Mlle Develay, M. Trocuié, 58 1/2.

Externes en premier. — 1. MM. Rousseau, Lepart, Bloch, 58 1/2 ; Bergenstein, Mme Blondel, M. Patey, 58 ; Mlles L'Hoir, Valentin, Lacost ; MM. Gallot, 57 1/2.

11. Boudin, Naulleau, 57 1/2 ; Cuvillier, Fort, Prost, Hauert, 57 ; Nicolas, Cohen Asdriel, 56 1/2 ; Bosquet, Lardennois, 56.

21. Durel, Coste, Fichet, Schwartz, Aboulker, 56 ; Brisard, Martin (Jean), Benassy, Sallet, Mlle Pichot, 55 1/2.

31. Mlle Baguette, MM. Robert, 55 1/2 ; Kreyts, Gaudin, Bousser, Hoeffring, Lachter-Pacter, Bernard, Facquet, Eck, 55.

41. Sterni (Raymond), 55 ; Baussan, Bridot, Jomain, Bourgeois, 54 1/2 ; Vaudour, Ficher, Chomet, Mlle Le Diouron, MM. Macé de Lépinay, 54.

51. Catalette, 54 ; Ollivier (Henry), Lévy-Klotz, Lemoine, Bonnet, Paul, Périer, 53 1/2 ; Cain, Laflotte, Labesse, 53.

61. Bréhier, Barrier, Delinotte, Deparis, 53 ; Brandy, 52 1/2 ; de Ginestet, Mariau, Postel, Gorecki, Grasset, 52.

71. Mlle Hallard, M. Thorel, Mlle Cligny, MM. Bons, Loisel, Boisramé, Mlle Lepine, MM. Olivier (Jean), 52 ; Roulin, Mlle Vidal, 51 1/2.

81. MM. de Langre, Durieux, Jarousse, Leuret, 31 1/2 ; Meillaud, Royer de Véricourt, Billiard, Salomon, de Palma, Belêtre, 51.

91. Werner, Cacuira, Loutsch, Albeaux, 51.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 28 novembre. — MM. Lattès et Dechaume, 29 ; Cabrol, 22 ; Vilenski, 30.

A la suite de ce concours, MM. Vilenski et Lattès sont nommés stomatologiste des hôpitaux.

Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise (Oise). Les internes en fonctions reçoivent une indemnité de 3.600 pour la première année ; 3.900 pour la deuxième année et 4.200 francs la troisième année. Cette indemnité est de 4.800 à 6.600 francs s'ils sont docteurs en médecine.

L'établissement leur rembourse la moitié de leur abonnement de chemin de fer, en 3e classe, pour le trajet Paris-Clermont.

Enfin, ils bénéficient des avantages en nature habituels (logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage).

Assistance Publique. — *Mutations dans le corps médical des hôpitaux au 1er janvier 1929.* — Médecins. — 1° Remplacement de M. le Dr LEREBOULET des Enfants-Malades, nommé professeur de clinique aux Enfants-Assistés en remplacement de M. le professeur MARFAN, atteint par la limite d'âge.

Enfants-Malades : M. WEILL-HALLE, de Hérold : Hérold : M. PAISSEAU, de Tenon ; Tenon : M. MILHIT, de la Maison de Santé ; Maison de Santé : M. DUVOIR, de Necker ; Necker : M. RICHET, de Bicêtre ; Bicêtre : M. ROUILLARD, titularisé.

2° Remplacement de M. le Dr GOUGEROT, de Broca, nommé professeur de clinique à St-Louis en remplacement de M. le professeur JEANSELME, atteint par la limite d'âge.

M. le Dr WEISSENBACH, titularisé.

3° Remplacement de M. LE NOIR, de St-Antoine (limite d'âge) ; St-Antoine : M. VILLARET, de l'Hôtel-Dieu ; Hôtel-Dieu : M. STEVENIN, titularisé.

4° Remplacement de M. HUDELO, de St-Louis (limite d'âge). St-Louis : M. SÉZARY, de Broca ; Broca : M. TOURAINE, des Ménages ; Les Ménages : M. BRODIN, titularisé.

5° Remplacement de M. BRÜHL, de Bichat, atteint par la limite d'âge.

Bichat : M. TROISIER, de Ste Périne ; Ste-Périne : M. WEIL (M.-P.), de Bicêtre ; Bicêtre : M. FEUILLIE, titularisé.

6° Remplacement de M. ENRIQUEZ, de la Pitié (décédé)

Pitié : M. LOEPER, de Tenon ; Tenon : M. HEUYER, titularisé.

7° Remplacement de M. COYON, de St-Antoine (décédé).

St-Antoine : M. FAURE-BEAULIEU, de Andral ; Andral : M. MAY, titularisé.

8° Remplacement de M. ISRAËLS DE JONG, de Ambroise-Paré, décédé.

Ambroise-Paré : M. MONIER-VINARD, de Andral ; Andral : M. FAROY, de la Salpêtrière ; Salpêtrière : M. HUBER, titularisé.

9° Service de tuberculeux de Broussais : M. FLANDIN, titularisé.

Mutations intérieures à l'hôpital Tenon : M. P.-E. WEIL prend le service de M. LOEPER, passé à la Pitié ; M. BRÛLÉ prend le service de M. WEIL ; M. LAROCHE prend celui de M. BRÛLÉ, et M. HEUYER, titularisé, prend le service de M. LAROCHE (Service de tuberculeux).

II. Chirurgiens. — Aucune mutation.

III. Oto-rhino-laryngologistes. — Aucune mutation.

IV. Ophtalmologistes. — Remplacement de M. MORAX, de Lariboisière, atteint par la limite d'âge.
Lariboisière : M. POULARD, de Necker-Enfants-Malades ; Necker-Enfants-Malades : M. MONTHUS, de Laënnec ; Laënnec : M. CANTONNET, de Beaujon ; Beaujon : M. COUTELA, titularisé.
V. Accoucheurs. — La désignation de l'accoucheur de Bretonneau sera faite très prochainement.
VI. Stomatologistes. — 1° Remplacement de M. ROY, de la Pitié, atteint par la limite d'âge : M. BOZO, qui était en disponibilité ; 2° Remplacement de M. FREY, de Bicêtre, atteint par la limite d'âge : M. RICHARD, titularisé ; 3° Remplacement de M. GOURC, de Hérold, atteint par la limite d'âge : M. RUPPE, titularisé ; 4° Reouverture de la consultation de Broussais : M. PUIG, titularisé.

XXe Congrès Français de médecine (Montpellier, octobre 1929). — Le XXe Congrès Français de Médecine se tiendra à Montpellier, sous la présidence de M. le professeur VEDEL, le mardi 15 octobre 1929 et jours suivants avec un programme qui sera publié prochainement.
Nous rappelons que le bureau de ce Congrès est ainsi composé : Prof. VEDEL, président ; professeurs VIRES et LEENHARDT, vice-présidents ; Prof. RIMBAUD, secrétaire général ; Prof. CARRIEU, trésorier ; Prof. BOULET secrétaire général adjoint.
Les rapports porteront sur les questions suivantes :
1° Etiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine. Rapporteurs : MM. CANTACUZÈNE, Bucarest ; P. TEISSIER et COSTE, Paris ; SACQUÉPÉE et LIÉGEOIS, Paris.
2° L'hypotension artérielle. Rapporteurs : MM. LIAN et BLONDEL, Paris ; DUMAS, Lyon ; G. GIRAUD, Montpellier.
3° Le traitement des syndromes anémiques. Rapporteurs : MM. E. HÉDON et JEANBRAU, Montpellier ; LAMBIN, Louvain ; J. CARLES, Bordeaux.
L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.
Des séances spéciales du Congrès seront aussi réservées aux communications étrangères aux questions rapportées.

Le comité du Congrès de Montpellier fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations.
Les titres des communications devront être adressés le plus tôt possible au secrétaire général, et, si le bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.
La cotisation est fixée à 60 francs pour les membres adhérents (docteurs en médecine, et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 30 francs pour les membres associés (membres non medecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux étudiants en médecine).
Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le Prof CARRIEU, trésorier, 5 bis, rue de la Merci, Montpellier. Chèques postaux Montpellier 100-14.
Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Prof. RIMBAUD, secrétaire général, 1, rue Levat, Montpellier.

Hôpital Saint-Louis. (Dr LORTAT-JACOB). — *Pratique dermato-syphiligraphique.* — Le Dr LORTAT-JACOB, médecin de l'hôpital Saint-Louis, fera, chaque mardi et chaque samedi, à 10 heures, à partir du 8 janvier 1929, une conférence clinique, avec présentation de malades et démonstrations de laboratoire. Rédaction d'ordonnances dermatologiques commentées.
Tous les lundis, à 11 heures : Leçon clinique sur un sujet de dermato-syphiligraphie, avec la collaboration de MM. LEGRAIN, assistant de consultation ; ROBERTI et SOLENTE, assistant et assistant adjoint du dispensaire antisyphilitique ; de M. BRÉGER, chef de laboratoire, et le concours de MM. FERNET, médecin de Saint-Lazare, et GASTINEL, ancien chef de clinique de la Faculté.

Nécrologie. — M. le docteur Gaston BARBIER, médecin-chef de l'hôpital de Saint-Mihiel, décédé à Lyon, dans sa 62e année. — M. André PERROUD, de Lyon, pharmacien, directeur des laboratoires Perroud.



TRAVAUX ORIGINAUX

Casimir DAVAINE

(1812-1882)

Eloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la séance annuelle du 11 décembre 1928

Par M. **Ch. ACHARD.**

Il devient de plus en plus rare qu'une grande découverte soit l'œuvre d'un seul homme. A mesure que les sciences progressent, les faits nouveaux, les lois nouvelles, se laissent moins facilement trouver. Les efforts conjugués de plusieurs suffisent à peine, le plus souvent, à les dévoiler, et la collaboration devient la règle du travail scientifique, surtout en matière de biologie. Bientôt les esprits encyclopédiques ne seront plus qu'un souvenir, car le monde apparemment a beaucoup grossi depuis que le géant Atlas en pouvait à lui seul porter toutle poids.

L'une des plus grandes découvertes de notre temps et de tous les temps, celle des microbes et de leur rôle dans les maladies, qui a voué le nom de Pasteur à l'immortalité, a été préparée, confirmée, développée par les travaux de nombreux chercheurs, dont le nom est resté quelque peu caché. C'est que, aux yeux éblouis de ses contemporains, l'illustre fondateur de la microbiologie a brillé d'un tel éclat que toute autre gloire auprès de lui s'est trouvée perdue dans son rayonnement.

Parmi ces gloires de second plan, celle de Davaine est l'une des plus pures et des moins contestables. A lui revient, en effet, l'honneur d'avoir, le premier, par ses patientes observations, trouvé le microbe d'une maladie humaine, et ce n'était pas par simple formule de politesse, mais avec un sentiment de vraie justice, que Pasteur lui écrivait en 1879 : « Je me félicite d'avoir été si souvent le continuateur de vos savantes recherches ».

Casimir-Joseph Davaine naquit le 19 mai 1812 à Saint-Amand-les-Eaux, le sixième de neuf enfants. Ayant perdu sa mère à l'âge de neuf ans, il fut envoyé pour faire ses classes au collège de Tournai en 1826, puis à Lille. Venu à Paris en 1830, il y commenca ses études de médecine. Cinq ans après il était externe de Rayer à la Charité, où il se liait avec Claude Bernard, et deux ans plus tard, le 13 décembre 1837, il soutenait sa thèse, sous la présidence de Velpeau, sur l'hématocèle de la tunique vaginale.

Dans le monde médical et scientifique de l'époque, Rayer, son maître, tenait une place éminente. « M. Rayer, disait Littré qui fut de ses amis, ne se contentait pas d'être parmi les premiers de la médecine de Paris, soit par sa clientèle, soit par ses travaux ; il avait l'amour de la science et fondaitla Société de Biologie ; il appuyait de tout son crédit les Claude Bernard et les Charles Robin, à qui il facilitait l'entrée du professorat. »

Ayant distingué Davaine, Rayer usa aussitôt de sa collaboration et de ses talents de dessinateur pour son *Traité des maladies des reins*, pour ses travaux sur la morve et pour les *Archives de médecine comparée*, qu'il dirigeait.

Lorsque, en mai 1848, il fonda la Société de Biologie, il fit appel à la jeunesse travailleuse des hôpitaux, du Muséum, de l'Ecole d'Alfort. Claude Bernard et Charles Robin, ses élèves, en furent les premiers vice-présidents, Lebert et Follin, les secrétaires; Huette, collaborateur de Claude Bernard pour le *Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale*, y remplit les fonctions de trésorier-archiviste, dans lesquelles bientôt Davaine lui succéda, ayant été élu membre titulaire de la Société en novembre 1849. Dès lors Davaine se trouvait intimement mêlé au mouvement scientifique dont la jeune Société se proposait de prendre la direction et dont le but n'était rien de moins que de pénétrer le mystère de la vie, comme disent les littérateurs, et plus exactement de chercher dans les phénomènes physico-chimiques l'interprétation des phénomènes physiologiques. Audacieuse promesse, brillamment tenue.

Dès son enfance, curieux de toutes choses et collectionneur de bêtes, de plantes et de cailloux, Davaine était porté par ses goûts vers l'étude de l'histoire naturelle. On ne saurait donc s'étonner de le voir dans ses premiers travaux décrire diverses malformations animales et humaines. Ses préparations anatomiques servirent à la rédaction du chapitre consacré au développement du cerveau dans le célèbre *Traité d'anatomie* de Bourgery, Claude Bernard et Jacob. Un mémoire sur la génération des huîtres lui valut, en 1854 le prix de physiologie expérimentale à l'Académie des sciences.

Mais c'est surtout à l'étude des vers parasites qu'il s'adonna pendant cette période de jeunesse. Nul n'était plus compétent pour écrire le *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, paru en 1860, ouvrage classique, couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine, dont une seconde édition fut publiée en 1877 et que M. Abbott Smith traduisit en anglais.

Au cours de ses recherches, Davaine avait observé l'anguillule du blé niellé et constaté le très curieux phénomène de la reviviscence des larves desséchées. Il avait créé le mot et décrit la chose d'après les observations faites sur huit espèces de protozoaires et un certain nombre de plantes inférieures. La médaille d'or d'Olivier de Serres et un prix de physiologie expérimentale à l'Institut récompensèrent ces recherches.

Davaine avait encore étudié l'anguillule du vinaigre, dont l'origine était attribuée par certains à une génération spontanée, mais dont il avait découvert la provenance dans la souillure de grains de raisin tombés sur le sol. Dans les selles de malades et notamment de cholériques, il avait décrit, en 1854, des « animalcules infusoires ».

Mais ce n'étaient que des préludes. Ce qui a fait sa gloire et inscrit son nom parmi ceux des fondateurs de la microbiologie, ce sont ses travaux sur la bactéridie du charbon. Familier de l'étude des parasites gros et petits, animaux et végétaux, il était bien porté à chercher dans des parasites microscopiques la cause, souvent soupçonnée mais encore insaisissable de maladies humaines. Ses travaux sur le charbon non seulement ont assigné à cette maladie une cause vivante et spécifique, mais en ont fait la base la plus solide sur laquelle aient pu s'édifier la microbiologie naissante et la pathologie des infections.

C'est le sort de beaucoup de maladies d'avoir été pendant longtemps confondues avec d'autres de natures très différentes. L'ancienne médecine appelait charbon, outre la maladie charbonneuse proprement dite des animaux et de l'homme, plusieurs autres maladies putrides et gangréneuses que Chabert, à la fin du XVIIIe siècle, eut le mérite de séparer. Mais le mot charbon fut encore conservé pour désigner trois formes morbides chez les animaux : la *fièvres charbonneuse* ou charbon interne sans tuméfactions extérieures, le *charbon essentiel*, débutant par des tuméfactions externes suivies de fièvre, et le *charbon symptomatique* où la fièvre apparaît d'abord suivie de tuméfactions. Or, ces deux dernières formes aujourd'hui sont attribuées à une même infection, rare d'ailleurs, produite par la bactérie de Chauveau et appelée *charbon bactérien*, tandis que la première seule est le vrai charbon, produit par la bactéridie de Davaine.

Commun à l'homme et aux animaux, ce *charbon bactéridien* se manifeste chez l'homme par une lésion de la peau, la *pustule maligne*, et beaucoup plus rarement par le *charbon intestinal* ou le *charbon pulmonaire*. Chez les animaux, il tue rapidement le mouton avec une tuméfaction considérable de la rate, d'où le nom de *sang de rate*; les bœufs et les chevaux survivent un peu plus longtemps à cette infection qu'on appelle chez eux la *fièvre charbonneuse*.

Cette pluralité de formes et de noms n'était évidemment pas faite pour simplifier la question de la cause virulente et de l'unité microbienne de la maladie.

Aussi les causes de charbon étaient-elles mal définies : on savait qu'en certaines contrées la maladie sévissait sous forme d'épizooties. Bien plus, certains champs maudits, comme on les surnommait, avaient la triste réputation d'être mortels

pour les troupeaux. Pour expliquer de tels faits, on invoquait le sol marécageux, les pluies abondantes, la saison chaude. Mais les contradictions abondaient, car si, en Corse, on pratiquait l'émigration des troupeaux sur la montagne pendant les chaleurs pour éviter l'humidité, en Beauce au contraire on pratiquait la transhumance en faisant émigrer les troupeaux de ce pays sec dans la Sologne marécageuse où la maladie était exceptionnelle, et en Auvergne on voyait le charbon épargner la plaine et mériter le nom de mal de montagne.

D'autres accusaient sans plus de preuve l'alimentation défectueuse, la mauvaise hygiène des étables. Même un défenseur un peu attardé des idées de Broussais, en 1842, Delafond, n'allait-il pas jusqu'à prétendre que le charbon des animaux était dû à une trop bonne santé, à un sang trop généreux, trop riche en éléments solides et qu'il convenait de corriger par les saignées ?

Pourtant on savait la maladie contagieuse et transmissible à l'homme par écorchure et piqûre. Dès 1823, Barthélemy l'avait inoculée au cheval et l'avait aussi transmise par ingestion. Il avait reconnu que le virus était fixe et non un principe volatil, la maladie ne se propageant pas par la cohabitation des animaux. Une expérience de Leuret, curieuse pour l'époque, avait, en 1824, par une communication établie entre la jugulaire d'un cheval charbonneux et celle d'une jument saine, transmis à cette dernière la maladie du premier.

Par malchance — car il y a, dans l'évolution des sciences, des circonstances malencontreuses et les recherches ne convergent pas toutes en même temps vers le même objet — c'est à cette même époque que les célèbres expériences de Gaspard, de Dupuytren, de Magendie, montraient qu'on produisait des maladies en injectant dans les veines des matières putrides. On en concluait, à tort et trop vite évidemment, que les maladies virulentes pouvaient être engendrées par toutes sortes de produits de putréfaction et qu'elles n'étaient pas spécifiques.

C'était la même idée qu'on appliquait à la fièvre typhoïde, Pour cette maladie, en effet, à la théorie spécifique de Budd, s'opposait la théorie de Murchison qui en faisait une maladie putride, provoquée par les putréfactions intestinales et d'origine spontanée, autochtone. Le charbon ne pouvait échapper à la même conception théorique. Raimbert (de Châteaudun), en 1859, dans son *Traité des maladies charbonneuses*, concluait à la nature putride du virus. L'étiologie du charbon se trouvait ainsi accommodée aux idées régnantes et ce n'est pas la seule fois, dans l'histoire des sciences, que le règne des idées se soit montré fâcheusement autocratique.

Cependant un rapport de Boutet, présenté à l'Académie de Médecine le 4 mai 1852, avait résumé les expériences faites par l'Association médicale et vétérinaire d'Eure-et-Loir avec la collaboration de Rayer et de Davaine. Elles avaient établi par l'inoculation l'unité de la maladie sous ses différentes formes de la pustule maligne de l'homme, du sang de rate du mouton, de la fièvre charbonneuse du cheval, de la maladie du sang de la vache.

Mais surtout, en août 1850, Rayer avait communiqué à la Société de biologie une note intitulée *Inoculation du sang de rate*, où, avec la collaboration de Davaine, il montrait que dans le sang du mouton inoculé avec du sang de rate, les globules rouges étaient agglutinés et l'on voyait de petits corps filiformes, deux fois larges environ comme les globules et dépourvus de mouvements spontanés.

Puis treize années se passent après la note de Rayer sans que Davaine revienne sur le sujet. Il ne l'abandonne pas cependant, car il continue quelques recherches avec les vétérinaires d'Eure-et-Loir. Mais en 1861, la communication de Pasteur sur le ferment butyrique est pour lui un trait de lumière. Frappé de la grande analogie des vibrions butyriques avec les corpuscules qu'il avait observés dans le sang de rate, il reprend ses investigations, retrouve dans six cas les baguettes de ce qu'il appelle maintenant bactérium, signale en passant leur disparition du sang sous l'action de la putréfaction et termine sa communication à l'Académie des Sciences par cette conclusion : « Ces corpuscules se sont évidemment développés pendant la vie de l'animal infecté et leur relation avec la maladie qui a entraîné la mort ne peut être mise en doute. »

Quelques semaines plus tard, il confirme par 14 nouvelles expériences ces conclusions et dans un mémoire de la Société de biologie, reposant sur 137 expériences, il distingue le virus charbonneux des produits putrides et propose pour les bâtonnets du charbon le mot bactéridies, préférable à celui de vibrions, parce qu'ils sont immobiles, et à celui de bactéries à cause de leur plus grande longueur.

Cette fois, Davaine a nettement pris position en faveur de la spécificité du virus. Mais pendant ces treize années de silence, une série de travaux avaient paru sur la nature du charbon et les bâtonnets avaient été vus, quoique diversement interprétés, par d'autres observateurs, ce qui ne manqua pas de susciter quelques discussions de priorité.

En 1855, Pollender avait constaté dans le sang de cadavres d'animaux charbonneux l'état agglutinatif des globules et la présence de bâtonnets résistant aux réactifs comme des cellules végétales ; mais il ne savait si ces bâtonnets se trouvaient déjà dans le sang avant la mort.

Brauell, en 1857, avait trouvé, quelques heures avant la mort, ces bâtonnets ou vibrions dans le sang d'animaux charbonneux inoculés avec le sang d'un cadavre humain ; mais il concluait que ces vibrions n'étaient pas spécifiques, car quelques jours après la mort, ils devenaient mobiles comme ceux qu'on trouve dans les cadavres en putréfaction. Il confondait ainsi le microbe du charbon avec ceux de la putréfaction.

Ces auteurs avaient donc vu les mêmes bâtonnets que Rayer et Davaine, mais sans faire avancer la question de leur rôle pathogène et de leur caractère spécifique.

Plus intéressantes sous ce rapport étaient les expériences faites en 1860 par Delafond à l'occasion d'une épizootie de charbon qui frappait les chevaux de la Compagnie des Petites Voitures à Paris. Delafond trouvait dans le sang, pendant les dernières heures de la vie, les bâtonnets et faisait même de leur apparition un signe pronostique de mort prochaine. En outre, il notait leur disparition sous l'influence de la putréfaction et distinguait les corpuscules charbonneux des bâtonnets mobiles de la putréfaction, tels que *vibrio lineola* et *bacterium termo*. Il remarquait que les vibrions mobiles ne produisaient pas le charbon quand on les inoculait aux animaux. Il affirmait, en outre, la nature cryptogamique des bâtonnets charbonneux, car il avait vu qu'ils s'accroissaient en se cultivant dans le sang, et il avait songé à chercher, mais sans pouvoir en constater, s'ils formaient des spores.

Ainsi les observations de Delafond et celles de Davaine distinguaient formellement les bâtonnets charbonneux des vibrions de la putréfaction et la maladie charbonneuse des maladies septiques engendrées par les manières putrides.

C'est pourtant sur une confusion persistante de ces deux microbes et de ces deux maladies que se fondaient les objections opposées à Davaine.

Leplat et Jaillard, ses principaux contradicteurs, rapportèrent en 1864 des résultats contraires, obtenus avec des bactéries quelconques, avec du sang charbonneux altéré par la putréfaction et qui, dépourvu en réalité de bactéridies, était recueilli, par conséquent, dans des conditions défectueuses.

Davaine s'appliqua dans une série de recherches nouvelles à montrer les différences entre la maladie charbonneuse et les maladies provoquées par les produits de putréfaction. Celles-ci ont une incubation plus courte, elles ne déterminent pas la tuméfaction de la rate, ni l'agglutination des globules rouges et sont inoculables aux oiseaux.

Une autre opposition, celle de Bouley et Sanson, qui avaient, en 1868, transmis le charbon avec du sang dépourvu de bactéries, venait de ce que, dans leurs expériences, le charbon bactéridien se trouvait associé au charbon bactérien.

Pour que la question s'éclaircît définitivement, il fallut attendre les discussions sur la septicémie qui eurent lieu quelques années plus tard.

Pendant ce temps, Davaine poursuivait l'étude du charbon. Il établissait que la durée de l'incubation était d'autant plus courte que la dose de virus était plus forte. L'emploi de la seringue de Pravaz, dont il apprenait les avantages aux expé-

rimentateurs, lui permettait ce dosage, tandis qu'on avait jusque-là pratiqué les inoculations un peu à l'aveugle, à la lancette ou avec un fil imprégné de matière virulente et passé en séton sous la peau. Par ce procédé de mesure, Davaine montrait que le sang charbonneux était encore virulent à la dose d'un millionnième de goutte.

Avec Raimbert, en 1864, il trouvait les bactéridies dans la pustule maligne de l'homme.

Il s'attachait parallèlement à l'étude de la septicémie qu'il considérait comme une putréfaction accomplie dans l'organisme d'un animal vivant et qu'il comparaît à la pourriture des fruits. Celle-ci avait été de sa part l'objet d'études approfondies, faites en partie dans la propriété de son ami Claude Bernard, à Saint-Julien. Claude Bernard semble pourtant avoir eu sur ce sujet de tout autres idées, si l'on en croit la publication posthume, faite par Berthelot, et qui provoqua une controverse fort vive avec Pasteur sur la nature de la fermentation alcoolique. La pourriture, écrivait Claude Bervard, n'est qu'une maturation anticipée. Ainsi, la putréfaction des fruits serait plutôt le dernier degré de leur maturité qu'un accident en quelque sorte pathologique. Davaine, au contraire, avait reconnu qu'elle était due à des moisissures, à des mucédinées, dont il distinguait plusieurs espèces diversement colorées et quelque peu différentes dans leurs effets.

Ces diverses pourritures, il les reproduisait à volonté en les cultivant sur des fruits intacts. Il développait de cette manière des colonies sur de véritables milieux solides, alors que Pasteur et ses aides ne se servaient encore que de cultures en liquides. Sa technique devançait donc l'emploi des milieux gélatinisés de Robert Koch, grâce auxquels , à partir de 1881, les chercheurs allemands ont pu découvrir en peu d'années les microbes de nombreuses maladies humaines : fièvre typhoïde, choléra, diphtérie, tétanos, blennorragie, tuberculose, pour ne citer que les plus importantes. Peut-être les microbiologistes de notre pays eussent-ils pu s'attribuer l'honneur de ces découvertes, s'ils eussent accordé plus d'attention aux fruits gâtés de Davaine.

Comprenant tout l'intérêt du monde nouveau des microorganismes pathogènes que ses travaux contribuaient à dévoiler, Davaine avait entrepris l'étude générale de ce qu'on appelait encore les vibrioniens, le mot microbe n'ayant été créé par Sédillot qu'en 1878. Tandis que la tendance générale était de considérer ces êtres microscopiques comme des animaux, c'est parmi les végétaux qu'il les rangea, en les rapprochant des conferves.

Le praticien qui doublait en lui le biologiste ne pouvait se désintéresser de la thérapeutique. Etudiant l'action des antiseptiques sur la bactéridie charbonneuse en 1873, il donna la préférence à l'iode et traita la pustule maligne par les injections iodées.

Quant au problème pathogénique, il ne put le résoudre, mais il n'en eut pas moins le mérite d'en poser les termes et d'indiquer les deux théories qui furent discutées à l'origine de la microbiologie pour interpréter le mode d'action des bactéries sur l'organisme, l'une invoquant la privation d'oxygène, ou de différents corps nécessaires à la vie de l'organisme ; l'autre, la sécrétion de substances nuisibles.

Sans doute, après les recherches de Davaine, restait-il encore beaucoup à faire pour compléter l'histoire de la bactéridie charbonneuse. Koch, en 1876, en découvrit les spores, dont Pasteur révéla le rôle dans l'étiologie de la maladie. Pasteur surtout, en 1881, créa la vaccination par le virus atténué, qui a rendu à l'agronomie de si précieux services. Mais il est juste de reconnaître à Davaine le mérite d'avoir montré en 1873 l'effet de la chaleur sur la virulence de la bactéridie. En outre, à mesure que se perfectionna la technique, on apprit à cultiver la bactéridie et à s'en servir pour étudier toutes sortes de problèmes de microbiologie générale, tels que la résistance des microbes, l'action des toxines, l'immunité, la transmission des virus de la mère au fœtus. Mais l'importance et l'intérêt des travaux accomplis depuis ne sauraient laisser méconnaître que Davaine en fut l'initiateur et qu'il mit entre les mains des microbiologistes de la première heure un objet d'études qui se prêtait admirablement aux recherches par ses dimensions, par la facilité de sa culture, de sa coloration, de son inoculation, et qui était comme un outil de travail des plus maniables.

Si l'on veut bien se représenter les difficultés que rencontrait à cette époque l'étude des microbes pathogènes, comment ne pas être saisi d'admiration pour la patience et l'ingéniosité dont Davaine a fait preuve ? Ne disposant d'aucun laboratoire, il faisait au domicile de Rayer ses observations au microscope. Dans son jardin de Garches, il se livrait à ses travaux sur les moisissures, et quant à ses animaux d'expériences, lapins et cobayes, il en confiait la garde à l'un de ses amis fortunés, Adolphe d'Eichtal, qui, sans peut-être bien mesurer les risques encourus, leur donnait généreusement asile et les abritait dans des caisses sous le vestibule de son hôtel. Est-il beaucoup de microbiologistes et des plus grands, qui aient fait si belle œuvre avec moyens si pauvres.

Une fois encore s'est vérifié pour la science française ce que Claude Bernard disait en 1867 dans son rapport sur le développement de la physiologie en France : « Pour avancer dans la physiologie comme dans les autres sciences expérimentales, il faut deux choses : le génie qui ne se donne pas ; les moyens de travail, dont on peut disposer. La physiologie française ne réclame que ce qu'il est facile de lui donner ; le génie physiologique ne lui a jamais manqué. »



Casimir DAVAINE.

L'importance des travaux de Davaine n'avait pas échappé aux médecins de son temps. Peut-être même, parce qu'ils concernaient plus directement la pathologie humaine, ces travaux étaient-ils mieux compris des médecins que ceux de Pasteur. Ils soulevèrent de leur part moins d'objections et ce fut surtout parmi les vétérinaires que se comptèrent les opposants.

Un des maîtres de la médecine, Andral, avait dit qu'il pensait à refaire sur les sujets traités par Davaine son éducation médicale. Il est vrai qu'à cette appréciation fort juste, il avait ajouté que les bactéries mèneraient un jour Davaine à l'Institut : erreur de pronostic qui n'amoindrit en rien l'hommage au savant.

Notre Académie avait élu Davaine le 18 février 1868 à la place de Trousseau dans la section de thérapeutique et histoire naturelle. Il y prit plusieurs fois la parole sur divers sujets de parasitologie, sur les moyens de multiplier le vaccin jennérien pendant la guerre de 1870, sur différents points de l'histoire du charbon, sur la septicémie. C'est au cours de la discussion sur la septicémie, en 1879, qu'il dit, en une phrase

dont les biologistes pourraient faire leur devise : « Nous savons que les exceptions en physiologie et même en pathologie n'existent que par notre ignorance de toutes les conditions dans lesquelles les faits se sont produits. »

L'âge vint sans altérer son amour de la science, ni sa philosophie souriante. Atteint d'une affection néoplasique de l'abdomen, il expira au milieu des siens le 18 octobre 1882, dans sa propriété de Garches, non loin du lieu qui devait voir, treize ans plus tard, l'agonie de Pasteur.

Les portraits qui nous ont été conservés de Davaine nous le montrent, au physique, très ressemblant au curieux signalement qu'en a tracé, au double titre d'ami et d'historien de la médecine, son collaborateur Laboulbène : « De taille moyenne, avec le visage allongé, encadré d'un collier de barbe et de longs cheveux bruns, les mains longues et adroites. Le teint était coloré, le front haut, le nez droit. La bouche fine et prête à sourire surmontait un menton proéminent, signe de fermeté. Ses yeux bons regardaient fixement et franchement. Tel je l'avais connu à la Charité dans le service de Rayer, ajoute Laboulbène, tel il était resté toujours, très soigneux de sa personne, simple et distingué : ses cheveux seulement avaient un peu blanchi. »

Au moral, Davaine était un homme simple et modeste. S'il est vrai, selon le mot de Jules Ferry, qu'avoir du caractère c'est ordinairement avoir un mauvais caractère, Davaine fit exception, car il avait un caractère aimable et l'on ne peut nier pourtant qu'il ait eu ce qu'on appelle du caractère et de fort bonne espèce. Aux attaques il répondit toujours sans acrimonie par des faits précis, exposés avec autant de clarté que de simplicité.

Contraint par la nécessité à pratiquer la médecine, il avait trouvé auprès de clients fortunés, grâce au bienveillant appui de Rayer, les ressources suffisantes pour assurer sa vie matérielle avec la liberté de consacrer une grande part de son temps à la science dont il avait la passion et qu'il servit avec honneur.

En 1870, la guerre ayant interrompu ses travaux, il était devenu médecin d'ambulance pour soigner les blessés et les varioleux dans la capitale investie. Tandis qu'une batterie prussienne, établie sur l'emplacement de sa maison détruite, tirait sur Paris assiégé, il trouvait assez de force d'âme pour écrire, dans ce temps de malheur, un petit livre sur les *Eléments du bonheur*.

Admirable leçon de philosophie, non point à la manière forte et farouche des héros cornéliens, mais sous la forme vraiment humaine d'une morale éprise de droiture et de bonté supérieure qui, sachant dominer la tristesse présente des biens perdus et de la patrie en deuil, n'en gardait pas moins la foi robuste en l'immanente justice et l'indéfectible confiance en une humanité meilleure.

On connaît le tableau pessimiste que Pline avait dessiné de l'homme et de son infériorité naturelle : « A l'homme seul entre les animaux a été donné le deuil, à lui le luxe, à lui l'ambition, à lui l'avarice, à lui le désir immense de vivre, à lui la superstition.

Davaine, qui certes ne retrouvait pas dans cette sombre peinture sa propre image, réfutait dans son opuscule cette opinion péjorative : « La nature, disait-il, n'est point pour l'homme une marâtre impitoyable. Au jour de sa naissance, jeté nu sur le sol, il est reçu par sa mère qui le protège, ses vagissements sont un langage qu'il adresse à celle qui lui a donné le jour. A l'homme seul entre les animaux a été donnée la reconnaissance filiale, à lui la noblesse des sentiments, à lui l'enthousiasme, à lui la générosité, à lui la science, à lui le respect des aïeux, et l'espérance de la vie future. »

Parmi les conditions du bonheur, il plaçait la santé, bien entendu, et le nécessaire acquis par le travail, montrant que c'est par le travail que l'homme est devenu le conquérant du monde physique. N'est-ce pas, en effet, avait dit le Bonhomme, le fonds qui manque le moins ?

Cette doctrine aimable fait songer au philosophe optimiste qui, loin de se plaindre que les roses cachent des épines, se réjouit de trouver auprès des épines les roses.

Mais la recette de Davaine n'était point pour tous infaillible, et l'envoi de son livre à son ami Claude Bernard lui valut cette réponse du grand homme désabusé, à qui, au défaut de la paix du foyer, la gloire ni le travail n'avaient procuré le bonheur : « Je vous remercie, écrivait Claude Bernard, et je suis content de voir que vous possédez votre sujet, c'est-à-dire que vous êtes heureux, je voudrais pouvoir en dire autant. »

C'est qu'il n'est de vrai bonheur qui ne se partage. C'est un bien qu'il faut goûter, non avec la foule louangeuse des amitiés de surface, mais dans le cercle intime des êtres chers. Et Davaine connut cette joie du foyer.

C'est aussi que le bonheur, perpétuelle espérance de l'homme est un peu comme la belle Philis et, s'il se fait trop désirer, mène à la désespérance.

C'est enfin que le bonheur est chose toute personnelle. Quelque bonne volonté qu'on y applique, on ne fait pas le bonheur d'autrui. Chacun doit faire le sien propre sans en laisser le soin aux seules circonstances. Il faut se proposer un idéal et, selon l'expression pittoresque d'Emerson, accrocher sa charrue à une étoile, non pas certes avec la prétention d'y atteindre, ce qui ne serait que chimère et déconvenue, mais pour la satisfaction de conformer à cet effort ses pensées et ses actes, comme à une discipline mûrement choisie et librement consentie. C'est la grandeur de cette servitude volontaire qui peut donner le plus sûr bonheur.

Si Davaine fut heureux, c'est qu'il eut la sagessse de ne point porter trop haut ses ambitions sociales. Il ne brigua point de places officielles. L'Académie de médecine l'élut, l'Académie des sciences ne l'élut point : ni l'un ni l'autre de ces évènements ne semble avoir affecté sa sérénité. Le travail, la recherche constante de la vérité scientifique étaient sa loi et la source de son bonheur.

Le bon serviteur de la science, comme tout bon serviteur de l'humanité, ne doit-il pas tenir pour sa plus haute récompense au couchant de sa vie, de se dire qu'il peut mourir en paix parce qu'il a goûté la joie suprême d'une tâche bien remplie ? Et s'il a quelque regret de n'avoir point achevé tout son programme, l'aveu ne coûte rien à sa modestie d'avoir trop présumé de ses forces. Mais les hommages de ses contemporains, ceux même de la postérité ne sauraient entrer dans ses comptes. En faire état serait vanité. L'histoire, œuvre des hommes, est faillible, et si les découvertes sont avec le temps reconnues et prisées à leur valeur, il faut avouer que les contemporains et même la postérité ne savent pas toujours mettre correctement les noms d'auteurs sur les étiquettes. Le vrai savant n'en a cure. Il lui suffit qu'il ait apporté à l'édifice sa bonne pierre et qu'elle ait servi à la solidité et à la beauté de l'œuvre, sans qu'il prenne souci d'y inscrire sa signature ni d'en réclamer le prix. Et mieux que tout autre, le médecin se peut satisfaire de l'anonymat de son offrande, déshabitué qu'il est par sa pratique d'escompter l'honoraire de la reconnaissance.

Ce n'en est pas moins le devoir de la postérité de rétablir de son mieux la vérité historique, car le vrai a toujours sa beauté, car c'est un acte probe et sain que de faire régner la justice jusque dans le passé, car il est moral de proposer aux générations en quête de gloire l'espoir d'une consécration légitime, encore que parfois posthume. Aux grands enfants que sont les hommes, la sagesse des nations ne recommande-t-elle pas d'enseigner que la vertu est récompensée toujours et, autant que possible, ici-bas ?

Et puis ne trouvez-vous pas bien qu'à la tribune de notre Académie le mérite scientifique, comme la vertu sous une autre coupole, soit à l'honneur une fois l'an ?

BIBLIOGRAPHIE

Le pH en biologie, par Marcel Vérain et Jean Chaumette. Un volume in-8 écu de 168 pages avec 20 figures : 16 fr. (*Collection Médecine et Chirurgie pratiques*). Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris).

Le but des auteurs est de réunir dans un ouvrage facilement consultable les éléments essentiels d'un sujet particulièrement vaste sur lequel il a été beaucoup écrit et qui est loin d'avoir dit son dernier mot.

Les deux praticiens qui ont écrit cet ouvrage emploient cette nouvelle méthode de recherches depuis plusieurs années ; ils se sont tenus au courant d'une technique qui se modifiait chaque jour pour ainsi dire et eux-mêmes en ont précisé plusieurs points. Praticiens, ils ont rencontré les difficultés qui accompagnent inévitablement une méthode à ses débuts et leur livre voudrait épargner ces tâtonnements à ceux qui les suivront dans cette voie.

Que l'on ne s'étonne pas de l'importance qu'ils ont donnée à l'étude purement théorique de la question. Ils ont su la traiter avec une clarté qui lui enlève toute aridité en lui laissant toute sa précision. Pareil début était d'ailleurs indispensable pour la bonne intelligence des diverses méthodes employées à l'heure actuelle, et surtout pour permettre au biologiste d'en tirer tout ce qu'elle peut donner.

Tuberculose infantile, par le Dr H. Barbier, 1 vol., in-8 254 pages 85 figures : 25 fr. (Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique Carnot et Lereboullet). (Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Cet ouvrage est consacré exclusivement à l'étude anatomique et clinique des formes évolutives de la tuberculose pulmonaire chez les enfants, depuis les premiers mois de la vie jusqu'à quinze ans. L'auteur s'est astreint uniquement à l'observation de faits qu'il a recueillis en grand nombre pendant les vingt-cinq années qu'il a passées à l'hôpital Hérold, consacréaux enfants malades. L'auteur s'est abstenu de toute discussion ou interprétation théorique, dont il ne mésestime pas la valeur.

Ce qu'il a recueilli, ce sont des faits humains, qu'il a étudiés, classés, comparés, faisant à sa façon une médecine expérimentale qui paraît conforme aux règles de Claude Bernard, dont il a uniquement appliqué les conclusions qu'il en tirait à l'âge correspondant des enfants.


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des Compte-Gouttes

VARIÉTÉS

Dernière année d'apprentissage [1]

ÉPILOGUE

L'hôpital Bichat en 1885. — F. Terrier, bourru bienfaisant. — Le service d'Henri Huchard. — Un interne surmené. — Le doigt entre l'arbre et l'écorce. — Une ridicule affaire d'honneur.

Le 31 décembre 1884, ayant fait charger sur un camion de l'A. P. ma bibliothèque, ma table de travail et mon fauteuil, — parce que je savais ne trouver dans mon futur logement qu'un guéridon et deux chaises — je partis en compagnie de mon jeune collègue Gabriel Lepage pour coucher à l'hôpital Bichat, en ces lointains parages de la porte de Saint-Ouen, sur les « fortifs ».

Le quartier n'était guère sûr: on voyait des figures suspectes aux coins des rues et on entendait des coups de sifflet depuis la « Fourche » (bifurcation de l'avenue de Clichy et de l'avenue de Saint-Ouen) jusqu'à la porte du Bastion.

Au cours de l'hiver, quand nous rentrions tard, nous avions des revolvers ; mais nous ne risquions rien, car les escarpes nous reconnaissaient et avaient besoin de nous. Tantôt l'un, tantôt l'autre des internes de garde avait l'occasion de recoudre quelqu'un de ces Messieurs, après une de leurs explications à coups de couteau, et, quand nous passions, nous entendions : « Laisse donc, c'est un des carabins ! »

Le chef de service le plus en vue était le chirurgien Félix Terrier, déjà presque illustre par la substitution de l'asepsie à l'antisepsie et la hardiesse de ses interventions en chirurgie viscérale, — réputé aussi pour son caractère difficile. J'en eus un jour la preuve. Mais, après explications, nous devînmes si bons amis que bien des fois au cours de ma vie je trouvai près de lui aide secourable et conseils affectueux.

Ses internes étaient Lepage, qui est devenu accoucheur, Poupinel, aide d'anatomie, qui s'est tourné du côté du laboratoire, renonçant à poursuivre la carrière des concours à cause de sa santé et que Farabeuf appelait « le sage » Poupinel. Enfin Stéphane Bonnet, qui a été le chirurgien gynécologue si apprécié de l'hôpital Saint-Michel, fut pour la salle de garde un économe modèle ; mais, comme il avait un excellent caractère, on aimait à le taquiner et, s'il apparaissait avec un vêtement neuf, quelqu'un s'écriait : « Je m'explique que le prix des repas ait augmenté le mois dernier ! »

Gouguenheim dans son service s'était spécialisé en laryngologie ; son interne Léon Cahn est mort jeune.

Mon chef était Henri Huchard, dont j'avais gardé le meilleur souvenir depuis mon externat, mais dont le caractère et les habitudes s'étaient quelque peu modifiés. C'était toujours l'érudit ayant beaucoup lu et retenu, ardent à enseigner, parlant clairement, bon écrivain, très bon journaliste ; mais, comme clinicien, il ne s'intéressait plus guère qu'aux cardiopathes et aux aortiques. Deux traits de son caractère s'étaient précisés. Il exigeait que son entourage lui fût exclusivement inféodé. Dans l'ordre de ses recherches et en matière de priorité il était devenu excessivement ombrageux, surtout vis-à-vis des membres de la Faculté. Si l'on nommait l'un d'eux, il voyait rouge (à la lettre) ; on eût dit qu'ils lui apparaissaient toujours dans leurs toges cramoisies. Je sentis que sa sympathie pour moi se refroidissait, quand il sut que depuis deux ans je recueillais le cours de Pathologie générale. Pourtant il parut me témoigner la plus entière confiance, trop entière même à mon gré ; car il cessa presque de faire son service et d'examiner les malades, débordé par une clientèle croissante et très appelé comme consultant, préoccupé surtout de préparer ses leçons fort intéressantes sur les maladies du cœur, qui attiraient une fois par semaine beaucoup de visiteurs, et de rivaliser avec G. Sée et Dujardin-Beaumetz dans l'étude et la vulgarisation de toutes les nouveautés médicamenteuses.

Depuis le succès de l'antipyrine, c'était l'époque d'engouement pour les antipyrétiques et les analgésiques... C'était à qui publierait le plus vite le nom et les mérites d'un nouveau corps en *ine*. Mon chef m'apportait fréquemment un flacon d'un produit inédit, en me chargeant de l'expérimenter et de lui fournir des conclusions pour la prochaine séance de la Société de thérapeutique. Je venais d'assister à ce genre de recherches précipitées à Cochin et j'en étais trop las pour les continuer avec zèle dans des conditions moins favorables, cette fois sans direction et sans laboratoire. Je laissai sans doute voir mon peu d'entrain et, à la fin du premier semestre, le refroidissement s'était accentué entre mon chef et moi.

Au début de juillet, il m'annonça qu'étant très fatigué il allait prendre un congé de trois mois, pendant lesquels son remplaçant serait un médecin du Bureau central.

Je menais alors une existence bien difficile, compliquée par l'éloignement de Bichat. Trois fois par semaine j'assistais au cours de Pathologie générale à la Faculté pour y réunir les admirables *Leçons de Bouchard* sur les auto-intoxications et les maladies infectieuses, que j'ai publiées plus tard. Je devais, trois autres jours, aller corriger à l'imprimerie les épreuves de l'*Union médicale*, comme secrétaire de la rédaction. Je composais chaque semaine le numéro du *Concours médical*, y écrivant le leader article, après entente avec le Dr A. Cézilly, qui venait exprès de Chantilly à une heure convenue, apportant l'énorme dossier des lettres de praticiens passionnés par la question des Syndicats naissants et des procès qui s'ensuivirent, sans préjudice des Revues critiques sur des points de pathologie et de clinique. Enfin j'envoyais chaque semaine un *Premier Paris médical* à Naples où le professeur G. Rummo m'avait embauché dans son journal la *Riforma medica*.

Dans de telles conditions de surmenage, j'avais moi-même besoin de repos et surtout d'un service d'hôpital plus central. A ce moment Chantemesse, interne médaille d'or dans le service de Bouchard à Lariboisière, fut nommé médecin des hôpitaux, et son chef, que je voyais trois fois par semaine à la Faculté, m'offrit de prendre la place vacante. Il me parut que, en l'acceptant, je n'allais causer aucun ennui à mon chef actuel, puisqu'il s'absentait pour longtemps. Le lendemain donc, je fis part à celui-ci de l'offre qui m'était faite, en lui demandant l'autorisation de l'accepter. J'ajoutai que j'avais pris soin d'assurer mon remplacement par un collègue des plus distingués, plus utile que moi comme collaborateur en matière expérimentale.

Ce fut avec une vraie stupeur que je vis son visage s'empourprer, ses traits convulsés par une expression de colère folle, et que je l'entendis bégayer presque, tant il était peu maître de ses sentiments : « Je n'aurais fait aucune objection à votre changement de service, si vous n'aviez choisi précisément un nouveau maître avec lequel je suis en profond dissentiment. Si vous insistez, nous ne nous reverrons jamais. Quant au successeur que vous m'offrez, je n'en veux pas. Venant de vous, il me serait suspect. » Cela dit, il me tourna le dos et partit.

Je restai plusieurs heures cruellement perplexe et je m'ouvris de mon embarras à Lepage, qui avait été plus

---

[1] Voir le n° du 15 décembre 1928.

longtemps que moi externe de M. Huchard et connaissait bien son caractère impulsif ; il me conseillait de passer outre et j'hésitais encore, quand je reçus coup sur coup plusieurs pneumatiques de mes anciens chefs, conçus à peu près dans les mêmes termes : « Qu'avez-vous donc fait à M. Huchard ? Il me fait savoir que vous vous conduisez indignement à son égard. » Je cours chez chacun de ces maîtres, y compris mon rédacteur en chef de l'*Union médicale*, Richelot ; je raconte les faits exactement et chacun d'eux me répond que je suis parfaitement dans mon droit et que je n'ai qu'à passer outre. Ainsi fis-je.

Je n'ai su que plus tard qu'il existait entre mon ancien et mon nouveau maître des griefs secrets d'ordre professionnel et thérapeutique au sujet de la dilatation de l'estomac, de la dyspepsie des liquides et du régime sec! Je m'étais nconsciemment exposé au danger proverbial de mettre le doigt entre l'arbre et l'écorce.

Quand je fus sur le point de passer ma thèse, je sus, par ceux de mes anciens chefs qui avaient été confidents de la fureur indignée de M. Huchard au moment où nous étions séparés, que son ire s'était calmée et qu'il me reverrait volontiers. Je lui portai donc un exemplaire, où il lut la dédicace imprimée dans laquelle je le remerciais pour les encouragements et les bons offices que j'avais reçus de lui comme externe en 1878 et pour l'honorable liberté d'action qu'il m'avait laissée comme interne à Bichat en 1885. Son accueil fut courtois dès le début, et même affable au départ ; il me tendit la main en me disant que tout était oublié et qu'il me souhaitait une heureuse carrière.

Je le crus et ne pouvais prévoir le brusque et brutal revirement qui se produisit, deux ans plus tard, quand je me présentai au Concours des hôpitaux. Un de mes juges, dont M. Huchard avait été jadis l'interne et le collaborateur pour l'étude de la myocardite varioleuse, se déclara indigné que j'eusse l'audace de concourir après m'être si mal comporté vis-à-vis d'un de mes maîtres. Bientôt un de mes collaborateurs de l'*Union médicale* me montrait une lettre dans laquelle mon ancien chef m'accusait de « lâcheté » et de « trahison »! — La conséquence fut un épisode qu'on peut rétrospectivement appeler tragi-comique : envoi par moi (34 ans, très myope) de témoins à mon accusateur (44 ans, borgne) et demande de rétractation ou de réparation *per arma* ; — de son côté exclamations de surprise, mais refus de constituer des témoins ; — d'où procès-verbal de carence inséré, après approbation du doyen Paul Brouardel, dans l'*Union médicale* du 13 octobre 1887. — Puis silence jusqu'en 1890.

A l'occasion de ma nomination au Bureau Central, je fus très surpris de recevoir de mon ancien détracteur une lettre de félicitations. En 1892, quand il eut la douleur de perdre sa fille, je lui envoyai mes condoléances et nos rapports demeurèrent corrects et courtois jusqu'à sa mort. Pendant la violente et presque enragée campagne de presse dirigée par Henri Huchard, en 1906, contre Charles Bouchard, à l'occasion de la réforme des études médicales, je suis resté à l'écart de la lutte. Depuis qu'ils ont disparu l'un et l'autre, deux fois rapporteur du « Prix de Dévouement médical », fondé par Huchard en mémoire de sa fille Marcelle, j'ai rendu le plus complet hommage à la noblesse du sentiment qui a inspiré le fondateur.

***

Lariboisière en 1885. — *Le plus grand et le meilleur de mes maîtres.* — *Un émouvant souvenir de Pasteur.*

Je ne pouvais passer sous silence ce pénible épisode de mes années d'apprentissage à retentissement si prolongé. Je reviens à l'année 1885 où je rentrais pour la quatrième fois à Lariboisière, y ayant été externe, interne provisoire, puis titulaire et prédestiné à y terminer prématurément ma vie hospitalière comme chef de service, mais — qui l'eût pu prévoir ? — en uniforme de médecin lieutenant-colonel (nouveau style).

A la salle de garde j'eus d'aimables collègues, encore Varnier, et H. Feulard, Constant Hillemand, qui devait être un des plus ardents et des plus brillants positivistes de notre temps; Antoine Florand, dont la carrière hospitalière fut si consciencieuse et la clientèle urbaine si étendue, Festal, Chartier, Laffitte, Potocki, Spiro Clado, Morel-Lavallée, Graverry. Où sont la plupart d'entre eux ? Mais où sont les neiges d'antan.

Pendant les six mois que je passai dans le service de Bouchard, je travaillai beaucoup. Une grave épidémie y avait amené un grand nombre de cas de fièvre typhoïde et mon chef, qui depuis plusieurs années recherchait les meilleurs traitements en combinant l'antisepsie générale, l'antisepsie locale et la balnéation, suivait chaque cas minutieusement ; les observations étaient prises et tenues à jour avec le plus grand soin sous mon contrôle par les externes, dont Paul Le Noir, qui était en même temps le secrétaire particulier du chef et avec lequel je nouai dès lors une amitié qui n'a fait que croître avec le temps, grâce au parallélisme de nos destinées.

Pour combattre l'hyperthermie en évitant le choc nerveux des bains froids, le mode de balnéation consistait en 8 bains par 24 heures, à 2 degrés au-dessous de la température du malade et lentement refroidis jusqu'à 30 degrés ; cela nécessitait une surveillance étroite. J'étais presque constamment dans les salles et j'appris énormément au point de vue des détails de la pratique.

D'autre part, je réunissais des matériaux pour ma thèse de doctorat.

Parmi les incidents notables, je citerai un cas de rage à forme délirante qui fut particulièrement dramatique : le pauvre malheureux, qu'on avait isolé dans une petite salle servant de laboratoire, victime d'hallucinations qui lui faisaient croire qu'on en voulait à sa vie, se barricada et, quand on essaya de l'en faire sortir, soutint un vrai siège, lançant sur les infirmiers et les malades les plus proches les pièces de verrerie, microscopes et autres objets balistiques. Il fallut faire intervenir le poste de police voisin pour renforcer les infirmiers. On finit par s'emparer de lui sans accident.

A cette occasion, il me fut donné d'approcher de Pasteur et de causer avec lui pour la première et unique fois. Je n'ai pas besoin de dire combien cette circonstance m'a impressionné. Sur les instances de la famille et bien qu'il sût que le traitement antirabique ne pouvait plus être utile, Bouchard avertit Pasteur, qui vint à 10 h. du soir visiter le pauvre rabique. Le bruit s'était répandu que le grand homme allait venir ; quand il entra dans la salle faiblement éclairée, guidé par moi et suivi de Bouchard, toutes les têtes s'inclinaient vers ce vieillard qui, d'une marche traînante et d'un pas incertain, se dirigeait vers la chambre d'isolement où on entendait gémir et délirer le patient.

Sur le visage de Pasteur, quand il fut auprès du lit, se lisait une profonde impression de tristesse découragée à la vue de l'infortuné condamné à succomber dans quelques heures au mal implacable, dont eût pu le préserver le traitement fait en temps utile ; la morsure presque insignifiante remontait à plusieurs mois et le patient n'y avait pas pris garde.

L'année se termina trop vite à mon gré.

J'avais trouvé réunies chez le dernier de mes maîtres




TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE
TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE
LA VÉRITABLE MARQUE

les qualités qui m'avaient le plus frappé chez les plus réputés des médecins que j'avais approchés auparavant : l'originalité des vues et la puissance de généralisation de Charcot, l'habileté dans l'interrogatoire et l'esprit critique de Lasègue, l'observation minutieuse et sagace d'Ernest Besnier. En outre, la fréquentation quotidienne me faisait découvrir cette bonté profonde et cette générosité, qu'ont souvent méconnues des observateurs superficiels, parce qu'elles se dissimulaient sous une dignité froide et imposante.

Dès ce jour se formèrent entre mon nouveau maitre et moi les liens d'une affection, qui ne peut être qualifiée que de paternelle indulgence d'un côté et de filiale confiance de l'autre, — liens que la mort seule a pu rompre en 1915 et dont témoignera, aux yeux de ceux qui le trouveront peut-être dans l'avenir sous la poussière des bibliothèques, le livre intitulé : « *Un médecin philosophe : Charles Bouchard, son œuvre et son temps* ». Quelque chose comme : *La vie de Bayard par le Loyal serviteur*, « mutatis mutandis ».

Epilogue.

Un juge constipé. — Allocution présidentielle : humour et bonté. — Le temps perdu est-il retrouvé comme mon dossier ? — Projets d'avenir.

Honneur au candidat,
Qui va passer sa Thèse
Sur la Paracenthèse.
Omnibus vinum dat :
Vive le Candidat !

(*Vieille chanson des Philiatres.*)

Non je n'avais rien à dire de nouveau sur la ponction, mais sur un sujet qui passionnait alors l'opinion : les causes et conséquences de la dilatation habituelle de l'estomac. Le professeur Bouchard avait ouvert la campagne et je m'étais enrôlé sous son fanion ; j'avais étudié un coin particulier de ce territoire encore inexploré : la prédisposition des gastrectasiques à se laisser infecter par les bacilles d'Eberth et, en outre, la fréquence avec laquelle la gastrectasie se constitue à la suite de cette infection.

Quant à restaurer l'usage de payer bouteille à tout venant, comme sous le Décanat de Guy Patin, je n'ai pas songé un instant à en faire la demande au Doyen Brouardel, non par esprit de lésine, mais pour ne pas me singulariser.

Me voilà donc affublé de la toge que l'appariteur de la Faculté loue aux candidats et, malgré le paradoxe étymologique, candidat en toge noire, donc plutôt « nigrat », je m'assieds devant mes trois juges, Bouchard, président.

L'un des assesseurs, chirurgien, ne me fit aucune objection, observant que seule la dilatation aiguë de l'estomac, qui peut succéder à certaines opérations, aurait été de sa compétence et que je l'avais explicitement écartée.

L'autre, savant estimé pour sa grande érudition, mais réputé non sans raison d'une humeur atrabilaire, que son teint cholémique expliquait, me critiqua avec une ironique âpreté d'avoir dit incidemment que la constipation habituelle et prolongée a des inconvénients sérieux. Il affirma connaître « intimement » des personnes qui restaient souvent plusieurs jours en état de rétention stercorale et ne s'en portaient pas plus mal. Cette intimité, qu'il soulignait, m'interdisait d'user d'un argument *ad hominem*, et je me contentai de lui rappeler que Voltaire avait plaint les plaideurs devenus justiciables d'un juge constipé. Les deux autres juges sourirent ; mon critique n'insista pas.

Alors le *Præses* me tint la petite homélie suivante, que les lecteurs indulgents m'excuseront de reproduire, d'abord comme un gentil modèle de bonté et d'humour, et parce qu'elle contribuait à innocenter mon passé et à m'encourager pour l'avenir... en présence de mon vieux père, qui rôdait dans l'assistance.

« Monsieur le candidat, vous vous êtes acquitté honorablement de la série des Actes et vous avez acquitté exactement les Droits que notre « Alme Mère », l'Université, et cette Faculté « très salubre » imposent à ceux qui aspirent au diplôme de docteur en médecine.

« En compulsant votre dossier, je constate que vous étiez inscrit comme étudiant depuis 1871. Ainsi vous avez mis trois lustres à parcourir une carrière, pour laquelle les règlements n'en exigent qu'un et à laquelle les plus consciencieux n'en consacrent que deux ! Je ne prétends pas conclure que vous avez eu trop peu de zèle ou trop peu de capacité. Je m'explique votre lenteur par la constatation d'un hiatus au milieu de vos études et il paraît que, quand on a voulu préparer votre dossier pour la soutenance de votre thèse, le secrétariat a dû le rechercher dans ses Archives, où sont entassés les dossiers des étudiants qui ont cessé de faire acte de candidats depuis plusieurs années. Je ne sais si le temps perdu peut se retrouver aussi facilement.

« Quand j'ai eu le plaisir de faire votre connaissance, vous m'avez rappelé que j'ai déjà été votre juge il y a huit ans pour la médecine légale. Vous m'avez fait souvenir que je vous avais interrogé sur un cas trop fameux (famosus, sens péjoratif) d'empoisonnement d'une dame par son médecin au moyen de la digitaline (affaire Lapommerais).

« Vous fûtes d'accord avec moi que, si un médecin peut, dans certains cas, par suite d'erreur de dose, invoquer des circonstances atténuantes, il en a perdu le droit, s'il a administré le poison volontairement, *larga manu*, à une cliente, après lui avoir fait préalablement contracter une assurance sur la vie au profit de son médecin. Vous m'aviez correctement répondu sur les procédés de recherche qui furent utilisés dans ce cas d'un diagnostic difficile, le poison employé étant alors très peu connu, et je vous avais accordé la note : satisfait. Malheureusement, vous aviez été moins brillant en face du collègue qui vous avait interrogé sur la thérapeutique et votre moyenne finale fut un « passable ».

« Depuis cette époque lointaine, vous ayant eu comme interne pendant six mois, j'ai pu constater à l'hôpital que vous avez corrigé votre insuffisance d'alors en matière de thérapeutique et je me porterais garant qu'il n'est pas à redouter que vous mettiez à mal vos clients par voie médimenteuse, même involontairement.

« Si l'on était tenté de vous reprocher l'interruption ou la lenteur de votre scolarité, vous pourriez invoquer deux vers du poète longtemps cher aux adolescents, Musset :

Il faut, dans ce bas monde, aimer beaucoup de choses
Pour savoir, après tout, ce qu'on aime le mieux.

« Je pense que vous le savez maintenant. C'est après mûr examen que vous vous êtes décidé pour la médecine.

« De votre dissertation inaugurale, sans préjuger l'opinion de mes collègues, je ne puis personnellement qu'être satisfait : vous avez pris la défense de mes idées et vous avez su apporter en leur faveur plusieurs arguments nouveaux d'ordre expérimental, ainsi que de nombreux documents cliniques.

« Vous avez cessé d'être apprenti ; vous voici notre confrère et je vous souhaite de passer un jour maitre à votre tour. J'ai constaté, et d'autres me l'ont dit, que vous saviez vous rendre utile à vos maitres et aux malades qu'ils vous ont confiés. Continuez à être utile. Vous avez semé. Récoltez. »

La séance levée, l'appariteur m'apporta au nom du jury la

note : extrêmement satisfait » ; après lui avoir restitué ma toge et remis la rémunération d'usage, je pus enfin embrasser mon bon père qui avait les larmes aux yeux : « Depuis si longtemps que tu sèmes, tu vas donc enfin récolter ! ».

— « Mon grand père, répondis-je, était cultivateur : tu sais que, pour faire une bonne récolte, il faut d'abord défricher, puis semer de bonnes graines. Mon terrain était, sans doute, dur à défricher, mais j'espère avoir bien sélectionné les graines. » — « Et maintenant, ajouta mon père, avec une nuance d'inquiétude : « Quelle est ton ambition ? » — « Je crains qu'elle ne soit pas facile à satisfaire. Ce serait de soigner les malades de mieux en mieux pour les aider à guérir aussi souvent que possible, au moins de les consoler, les égayer et les soulager. Enfin, si j'avais le bonheur de devenir Médecin des Hôpitaux, je voudrais expliquer chaque jour aux jeunes gens de bonne volonté ce qu'il faut faire pour exercer honorablement et utilement une profession si belle, mais si difficile. »

(*Fin.*)

Paul Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1928.

M. **Achard**, rendant compte d'une mission qu'il vient d'accomplir en Orient, donne des détails sur le rôle de la médecine française en Perse, où le Gouvernement fait appel à des professeurs français pour réorganiser l'enseignement à la Faculté de médecine de Téhéran. Convaincu de la nécessité d'une bonne culture générale, le Gouvernement a fait aussi venir de France des professeurs d'enseignement secondaire. Il vient d'envoyer dans notre pays une centaine d'étudiants, dont seize pour la médecine. Un conseiller d'hygiène français a été appelé.

Les hôpitaux en Perse sont très insuffisants si l'on excepte Téhéran. Il y a, en somme, dans ce pays, une œuvre médicale considérable à accomplir pour l'honneur de la France.

A Beyrouth, la Faculté Française a besoin de nouveaux services pour son Hôtel-Dieu et trouve difficilement des subsides que sa rivale américaine obtient à profusion. Il importe qu'une collaboration étroite s'établisse entre ces deux institutions dont les représentents ont tout intérêt à se rencontrer plus souvent et à se mieux connaître.

A Damas, une nouvelle Faculté syrienne s'apprête à restaurer l'éclat de l'ancienne Université arabe qui faisait de cette ville une des capitales intellectuelles de l'Islam. Elle compte quatre professeurs français. Des livres composés en arabe pour ses étudiants et ses dirigeants sont très favorables à l'influence française. Elle attire surtout des élèves musulmans et l'on peut espérer qu'elle deviendra bientôt la rivale de celle du Caire.

Celle-ci, fondée il y a un peu plus d'un siècle par un médecin français, Clot bey, est florissante sous le contrôle anglais. Au Caire est un hôpital français très bien aménagé. A Alexandrie, en revanche, où l'influence de la France est encore dominante, le petit hôpital français contraste fâcheusement avec le grand hôpital italien où règne l'activité et dont l'installation est toute moderne.

M. Achard conclut que la France ne doit pas ménager ses ressources aux œuvres médicales qui sont un des plus sûrs moyens de soutenir son influence en Orient.

Instabilité humorale, ses causes, ses effets et ses remèdes. — M. ***Auguste Lumière.*** — Un grand nombre d'affections chroniques relèvent d'altérations humorales conditionnées par la formation dans les liquides organiques de précipités. Ceux-ci sont dus à la pénétration dans la circulation, à la suite d'une infection locale ou d'un traumatisme, d'albumines alimentaires ou microbiennes qui créent l'état anaphylactique, c'est-à-dire sensibilisent le plasma vis-à-vis de l'antigène qui a déterminé l'imprégnation première. Les multiples infections des divers appareils déterminent donc une instabilité humorale de plus en plus grande et complexe. L'excès ou le défaut des sécrétions internes rendent les humeurs plus aptes à la floculation.

La thérapeutique doit, symptomatiquement, chercher à atténuer la sensibilité organique par l'emploi des sédatifs du système nerveux sensitif ou sympathique. Elle doit, en outre, empêcher la formation des floculats par désensibilisation. Celle-ci est relativement aisée quand on sait quel est l'antigène sensibilisateur. Si la protéine est ignorée, on s'adresse à la peptonothérapie qui échoue souvent parce qu'il n'y a pas une peptone, mais des peptones diverses. De l'avis de l'auteur, il ne convient pas de recourir d'emblée aux protéines pour rendre aux humeurs leur résistance normale à la floculation. Il faut s'adresser aux corps qui tendent à empêcher la formation des floculats et à les dissoudre, comme l'hyposulfite de magnésium en injection intra-musculaire, ou à ceux qui provoquent l'hyperleucocytose et parmi lesquels la première place semble présentement occupée par les huiles (huile de chènevis). Contre les albumines microbiennes sensibilisatrices, comme celles du bacille de Koch ou du bacterium coli, les dermo-vaccins donnent des résultats des plus intéressants. Enfin, comme modificateurs puissants de l'état humoral, il faut compter l'autohémothérapie et l'opothérapie.

Les différents types de néphrite avec azotémie. Leurs diagnostics différentiels. — M. ***L. Blum***, ***Van Caulaert*** et ***Grabar*** montrent qu'à côté de la néphrite azotemique classique, il existe une néphrite avec un syndrome azotémique dû au menque de sel. Cliniquement, ces deux formes sont très difficiles à séparer et ont été confondues jusqu'ici. Le diagnostic se fera à l'aide de la détermination du chlore dans le plasma, dans les globules et dans le liquide céphalo-rachidien. La détermination de la réserve alcaline est également nécessaire. Enfin, il existe une néphrite avec syndrome azotémique d'origine mixte où, à l'azotémie d'origine rénale, se superpose une azotémie due au manque de sel. Les états dits urémiques peuvent être différenciés selon les mêmes principes. Ce demembrement des néphrites azotémiques comporte les conclusions suivantes :

1° Dans toute néphrite azotémique la détermination du chlore est aussi nécessaire que la détermination de l'urée ;

2° Les règles établies par Widal pour le pronostic restent vraies pour l'azotémie rénale, mais elles ne s'appliquent à l'azotémie par manque de sel que dans les cas où la cause véritable de l'azotémie n'est pas reconnue ;

3° L'azotémie rénale accompagnée de chloropexie réclame la suppression de tout apport de sel dans la nourriture. L'azotémie par manque de sel exige au contraire l'apport immédiat de sel.

Encyclopédie par l'image. Histoire Sainte. Un volume in-8°, papier de luxe, 85 illustrations, couverture en couleurs, broché : 4 francs. Librairie Hachette.)

Les images et les textes de ce petit livre aideront les esprits cultivés à mettre au point leur admiration quelquefois indécise, quelquefois condamnée au flou devant telle statue, tel vitrail, tel chapiteau de nos cathédrales, en face de tel ou tel tableau de nos galeries, à la lecture de quelques beaux vers de nos poètes lyriques :

« Booz ne savait pas qu'une femme était là
Et Ruth ne savait pas ce que Dieu voulait d'elle.

NOUVELLES

Conférences du dimanche. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Pais a organisé, pendant l'année scolaire 1928-1929, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain), entrée : 49, rue des Saints-Pères. Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1928-1929. — 13 janvier. M. Baudouin : Les glycémies. Importance physiologique, clinique et thérapeutique. — 20 janvier. M. Lemaire : Pronostic de la tuberculose du premier âge. — 27 janvier. M. Sainton : Les obésités glandulaires. — 3 février. M. M. L.-Kindberg : Les suppurations pulmonaires et leur traitement. — 10 février. M. Sorrel : Traitement de la coxalgie et de ses séquelles chez l'enfant et chez l'adulte. — 17 février. M. Lesné : Les régimes carencés. — 24 février. M. Béclère : Exploration radiologique en gynécologie. — 3 mars. M. Ribadeau-Dumas : La diphtérie de l'enfant en bas âge. — 10 mars. M. Milian : Syphiligraphie (une question à l'ordre du jour). — 17 mars. M. Mouchet : Les anomalies congenitales du squelette.

Département des Ardennes. — *Concours pour la nomination de trois médecins inspecteurs d'hygiène adjoints.* — Un concours sur titres pour trois emplois d'inspecteur adjoint des services d'hygiène du département des Ardennes, est ouvert à Mézières, jusqu'au 31 janvier 1929.

Le concours devra être réservé par priorité aux hygiénistes déjà en fonctions et aux diplômés des Instituts d'hygiène universitaires français, et seulement au cas où aucun des candidats ne serait retenu, aux autres docteurs en médecine.

Les candidats admis ne seront titularisés qu'après un stage d'un an.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 31 janvier 1929.

Le traitement annuel de début attaché à ces fonctions est de 27.000 fr., soumis aux retenues prévues par le règlement de la Caisse départementale de retraites, auquel s'ajouteront les indemnités ordinaires (résidence, charges de famille) touchées par les fonctionnaires du département.

Amphithéâtre d'anatomie. — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les Drs V. MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, MAGITOT et BOLLACK, ophtalmologistes des hôpitaux, et M. le Dr HARTMANN, commencera les lundi 7 janvier 1929 et mardi 18 juin 1929, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations sur l'œil humain ou l'œil animal.

Droit d'inscription : 350 francs. se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

PROGRAMME DU COURS. — 1° Opérations sur les muscles oculaires. — 2° Opérations sur la conjonctive et la cornée. — 3° Opérations sur les paupières. Opérations du ptosis. — 4° Opérations sur les voies lacrymales. — 5° Opérations antiglaucomateuses. — 6° Opérations palpébrales. Autoplasties. — 7° Opérations sur les nerfs de l'orbite et de la face. — 8° Opérations sur les paupières. Marginoplasties. — 9° Opérations sur le cristallin. — Opérations sur l'orbite.

Nouvelle clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine de Strasbourg (Année 1929.) — *Cours de perfectionnement du professeur Georges Canuyt du lundi 1er juillet au samedi 13 juillet* 1929. — Ce cours sera essentiellement pratique et chirurgical. Les auditeurs seront exercés individuellement aux méthodes d'examen et de traitement. Un développement tout particulier sera donné à l'enseignement de l'anesthésie locale et régionale, de la pathologie infantile et de la chirurgie oto-rhino-laryngologique.

Toutefois les interventions seront décrites, projetées sur l'écran et exécutées sur le vivant. Chaque auditeur opérera lui-même sur le cadavre.

Poutes les renseignements, s'adresseur au Professeur CANUYT. Faculté de Médecine, Strasbourg.

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Concours du clinicat.* — Sont nommés :

Clinique chirurgicale : M. MAGENDIE, chef de clinique ; M. CUEILLE, chef de clinique adjoint.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie : M. GUÉRIN, chef de clinique, M. ROUDIL, chef de clinique adjoint.

Clinique des maladies nerveuses et mentales : M. LAUBIE, chef de clinique.

Clinique des maladies cutanées et syphiltiques : M. LECOULANT chef de clinique.

Ecoles de perfectionnement des officiers de réserve du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — En outre des Conférences qui seront faites dans les quatre Ecoles annexes (médecins, pharmaciens, dentistes, officiers d'administration, des exercices pratiques prévus au programme d'instruction de l'Ecole de perfectionnement des officiers de réserve du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, seront exécutés au cours du 1er semestre 1929, dans les conditions suivantes :

1° *Exercices pratiques d'intérêt général communs aux quatre écoles annexes.* (Au grand amphithéâtre de la Sorbonne, entrée 47, rue des Ecoles). — Dimanche 20 janvier 1929, à 9 heures 30, par le Médecin lieutenant-colonel SCHICKELÉ : de la Section technique du Service de santé au Ministère de la guerre : Introduction aux exercices pratiques. Principes généraux d'organisation et de fonctionnement du Service de santé. — Dimanche 17 février 1929, à 9 heures 30, par le Médecin colonel de réserve VAUDREMER : Fonctionnement général du Service de santé dans un corps expéditionnaire. — Dimanche 17 mars 1929, à 9 heures 30, par le Médecin lieutenant-colonel SCHNEIDER, médecin-chef de l'Ecole supérieure de guerre : Fonctionnement du Service de santé dans une division d'infanterie dans la défensive. — Dimanche 14 avril 1929, à 9 heures 30, par le Pharmacien commandant de réserve BOTTU : L'exécution du Service de santé dans la guerre chimique. — Dimanche 26 mai 1929, à 9 heures 30, par le Médecin lieutenant-colonel SCHICKELÉ : de la Section Technique du Service de santé au Ministère de la guerre : Fonctionnement du Service de santé dans une division d'infanterie dans la défensive (suite).

2° *Exercices pratiques faits à l'intérieur de chaque école de perfectionnement.* — Médecins au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine). 19 février 1929, a 20 henres 30, par le Médecin commandant BOUYSSOU, stagiaire à l'Ecole de guerre : Le fonctionnement du service de santé régimentaire dans la défensive. — 16 avril 1929, à 20 heures 30, par le Médecin commandant JOUVELET, stagiaire à l'Ecole de guerre : Le fonctionnement du Service de santé régimentaire dans l'attaque.

Médaille du Dr P. Le Noir. — Le Comité, constitué pour offrir une médaille à M. le Dr Paul Le Noir, vous prie d'assister à la réunion que ses élèves, collaborateurs et amis organisent à cet effet à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 23 décembre 1928 à 10 heures 1/2, amphithéâtre Moïana (entrée de l'hôpital : Faubourg Saint-Antoine, nº 184.)

Au cours de cette cérémonie, la grande médaille frappée à son effigie par le maître Dammann lui sera remise solennellement. Une réplique petit modèle sera distribuée, à l'entrée, aux membres participants qui en feront la demande ou adressée à ceux qui n'auront pu y prendre part.

BIBLIOGRAPHIE

Le dernier des encyclopédistes : Paul Adam, par J. Desthieux. 1 vol. : 12 fr. Boivin, éditeur, 3, 5, rue Palatine, Paris.

Paul Adam a réalisé le type le plus accompli de l'écrivain complet : philosophe, sociologue, politique, estheticien, historien, journaliste, il a cherché partout les « cent visages » de la vérité dont ses romans sont les symboles.

On trouvera dans ce volume l'essentiel d'une œuvre énorme, mais non encore rassemblée : celle que le journaliste écrivit, au jour le jour, en marge de ses livres et des événements, sous la forme des chroniques auxquelles il n'apportait pas moins de soins qu'aux travaux de longue haleine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraitre :

Les courants continus et les courants faradiques, par L. Delherm et Laquerrière. vol. I. 90 p., 24 fig. : 10 fr. (Gauthier-Villars).

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.

Fondé en 1873. — N° 53 LE NUMÉRO : 50 Centimes 29 DÉCEMBRE 1928

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)

Ch. P. Paris 357-81 - R. C. Seine 230.790

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

Les abonnts partent du 1er de chaque mois.

France et Colonies	40 fr.
Etudiants	30 fr.
Belgique	45 fr.
Étranger 1re zone	70 fr.
Étranger 2e zone	90 fr.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — *Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec*

BRÉCHOT — *Chirurgien de l'Hôpital Trousseau*

CHIFOLIAU — *Chirurgien de l'Hôpital St-Louis*

CLERC — *Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière*

CODET — *Médecin des Asiles*

JEANNIN — *Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié*

LENORMANT — *Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié*

L. LORTAT-JACOB — *Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*

PAUL-BONCOUR (G.) — *Professeur à l'Ecole d'Anthropologie*

A. PHILIBERT — *Professeur agrégé*

Félix RAMOND — *Médecin de l'Hôpital St-Antoine*

Henri VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux*

RÉDACTION

Rédacteur en Chef :

Maurice LOEPER

Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses.* — 17 *décembre.* — M. Rodriguez Polanco. L'albuminurie d'origine syphilitique. — M. Beréni. A propos d'un cas de pouls lent permanent. — Forest de Faye. Etude de la tumeur blanche du poignet. — M. Vaissié. De l'importance qu'il convient d'attacher aux polypes muqueux.

Thèses vétérinaires. — M. Menet. De la castration de quelques oiseaux. — M. Grasset. Les œufs congelés.

18 *décembre.* — M. Redon. Les épididymites chroniques non tuberculeuses. — M. Ozarzabal-Enriquez. Traitement des luxations récentes semi-lunaires. — M. Benveniste. Le traitement des tumeurs cutanées. — M. Picot. Etude du traitement des mycétomes. — M. Parnet. Etude sur les ictères survenant chez les syphilitiques.

20 *décembre.* — M. Laborde. Les défenses sociales contre l'alcoolisme. — Mlle Chemin. Corvisart et la clinique. — M. Gottfried. De la radiographie dans le cancer du sein. — M. Odru. Le pronostic immédiat des ligatures des gros troncs.

Thèses vétérinaires. — M. Lavieille. Réflexions sur la thermométrie.

21 *décembre.* — M. Minor. La législation des avortements en U. R. S. S. — M. Echevarria de la Rosa. La sprue à Porto-Rico.

22 *décembre.* — M. Bailliot. L'ictère catarrhal prolongé. — M. Clavel. Etude du traitement de la syphilis. — M. Froyez. Accidents cardiaques au cours de la maladie de Basedow. — M. Person. Nouvel essai d'endocrinothérapie intersexuelle. — M. Master. La folie de R. Schumann. — M. Tellier. Descartes et la médecine. — M. Haimovici. L'introspection morbide en littérature. — M. Pernon. Lamarck. Influence de la cécité sur le génie.

4 *janvier.* — M. Trollé. Etude des dents de l'homme au point de vue anthropologique. — M. P. de Tanouarn. Ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires.

Thèses vétérinaires. — M. Lenient. Etude de la lymphadémie du nourrisson. — M. Jouveaux. Etude de l'appareil digestif chez le cheval.

5 *janvier.* — Thèses vétérinaires. — M. Vallaud. L'élevage dans la région de Saint-Benoît (Indre). — M. Deheq. Etude de la tension oculaire chez les carnivores.

La Maison syndicale des médecins à Paris. — Dans la dernière séance de sa première Assemblée générale, le 8 décembre 1928, la Confédération des syndicats médicaux français a décidé l'acquisition d'un hôtel, 95, rue du Cherche-Midi, dans lequel seront groupés tous les services des Groupements nationaux syndicaux et le secrétariat de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.)

Sans doute, il sera possible d'y abriter l'Association générale, si elle le désire. Peut-être pourra-t-on y aménager des bureaux pour les Syndicats de la Seine.

L'achat de l'hôtel est fait par une société anonyme, dite : « Société immobilière de l'hôtel Chambon ».

Le 15 décembre, cette société s'est constituée au capital de 300.000 francs, entièrement souscrits en actions, et en 7 jours, par des syndicats, des associations et des médecins syndiqués.

La société va émettre 500.000 francs d'actions et 800.000 francs d'obligations, les uns et les autres de 100 fr.

Tout syndicat, tout médecin syndiqué peut souscrire.

La souscription minima est de 100 francs et donne droit à une obligation.

Les actions et les obligations ont les mêmes droits et les mêmes avantages que dans toute société anonyme.

Les obligations recevront un intérêt de 5 % net d'impôt ; l'impôt restera à la charge de la Société.

Le Conseil d'administration de la société a l'intention de donner également 5 % aux actionnaires.

Les actions doivent, autant que possible, rester entre les mains des syndicats et les obligations être souscrites par les syndiqués. Les actions doivent être souscrites au moins par groupe de 10, à cause des frais élevés du timbre fiscal, pour la convocation aux Assemblées générales.

Les obligations, au contraire, peuvent être prises isolément. La règle sera donc, sauf exception : Les actions aux syndicats, les obligations aux syndiqués.

La somme de 1.600.000 francs comprend :

L'achat de l'hôtel pour 1.000 000 ; 250.000 francs de droits et 350.000 francs pour les réparations et frais divers.

La construction d'une grande salle de séance est actuellement envisagée, de manière à permettre la tenue des Assemblées générales dans la « Maison syndicale ».

Il sera même possible d'y organiser des banquets.

Tous les syndicats et tous les médecins syndiqués de France sont invités à souscrire par tranche de 100 francs.

Les médecins syndiqués peuvent le faire de deux manières : soit en s'adressant à leur syndicat ; soit sous forme de chèque, à M. le Dr Jayle, 2, rue Guynemer, Paris (6e).

Il est urgent de s'inscrire tout de suite, parce que le paiement de l'hôtel doit avoir lieu le 15 janvier (achat). Néanmoins la souscription restera ouverte jusqu'au 31 janvier 1929.

Si la somme nécessaire n'était pas couverte, la société immobilière serait obligée de passer par un emprunt qui grèverait ses charges.

Toutes les dispositions ont été prises pour que les médecins restent entièrement maîtres de l'affaire et que, dans un avenir qu'il faut considérer comme proche, la Confédération des syndicats médicaux devienne propriétaire de l'hôtel, si elle le désire, ce qui serait le mieux. Dans ce but, quelques souscripteurs ont déjà déclaré qu'ils remettraient immédiatement, qui leurs obligations, qui leurs actions, à la Confédération.

Il s'agit, en effet, avant tout, de permettre au Corps médical syndiqué d'être chez lui et de n'avoir pas de loyer à payer.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — *Service des médicaments spécifiques gratuits.* — Dans le but de développer la lutte contre le péril vénérien dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise et de permettre aux médecins praticiens d'y prendre une part plus active, en traitant eux mêmes ceux de leurs malades qui ne peuvent ni supporter la totalité des frais de leur traitement, ni se rendre dans un dispensaire pour s'y faire traiter gratuitement, la *Ligue nationale française contre le péril vénérien* a décidé de mettre gratuitement les médicaments spécifiques nécessaires à la disposition des médecins praticiens qui voudront lui apporter leurs concours, qui seront agréés par elle et se conformeront aux conditions suivantes :

Les médecins qui voudront participer à l'organisation de soins anti-vénériens créée par la *Ligue nationale française contre le péril vénérien* dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, devront adresser une demande au directeur général de la Ligue, en faisant connaître leur nom, titres et qualités, ainsi que les Associations professionnelles auxquelles ils appartiennent et toutes

autres références personnelles qu'ils pourraient faire valoir. Le Conseil d'administration de la Ligue statuera sur leur demande.

Les médecins admis prendront l'engagement de n'employer les médicaments mis à leur disposition que pour les malades ne pouvant faire les frais de leur traitement. Ils communiqueront au directeur de la Ligue, avec le diagnostic, la date de naissance et le sexe du malade : la Ligue attribuera à chaque malade un numéro d'ordre.

Les médecins traitants établiront pour chaque numéro une fiche, comportant les renseignements de diagnostic, d'examen de laboratoire et de traitement. Cette fiche sera à la disposition d'un médecin délégué de la Ligue qui pourra s'assurer de la réalité de la maladie, de la situation matérielle du malade et de l'emploi des médicaments. Ce médecin délégué sera tenu au secret professionnel.

Les médicaments seront délivrés par les pharmaciens au médecin traitant, sur la présentation de bons fournis par les soins du directeur général de la Ligue.

Les malades admis au bénéfice des médicaments gratuits devront payer à leur médecin traitant les honoraires usuels pour les soins reçus.

Les laboratoires de la Ligue seront à la disposition des médecins pour effectuer, à titre gratuit, les examens qui ne pourront être payés par le malade.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin délégué de la Ligue, ce désaccord sera soumis à une commission technique et sur la proposition de cette commission, le Conseil d'administration de la Ligue statuera.

Conférences de thérapeutique chirurgicale sur les affections des membres. — Sous la direction de M. le Dr Charles DUJARIER, chirurgien de l'Hôpital Boucicaut et avec la collaboration de MM. les Drs BRAINE, MOURE, PETIT-DUTAILLIS, chirurgiens des hôpitaux, CHEVALLIER et ISELIN, aides d'anatomie.

Ces conférences gratuites auront lieu du 7 au 17 janvier 1929, de 11 heures à midi, à l'Amphithéâtre des cours de l'Hôpital Boucicaut. Elles seront faites en liaison avec le cours de technique chirurgicale des membres, fait aux mêmes dates à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

S'inscrire à l'hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, service de M. le Dr Dujarier.

PROGRAMME. — Lundi 7 janvire Dr PETIT-DUTAILLIS : La chirurgie du système nerveux périphérique. Les indications opératoires et les résultats. — 2° Mardi 8 janvier. Dr M. ISELIN : Traitement des phlegmons des gaines et de leurs séquelles. Les greffes tendineuses. — 3° Mercredi 9 janvier. Dr DUJARIER : Indications et technique générale des ostéosynthèses. — 4° Jeudi 10 janvier. Dr MOURE : Plaies des troncs artériels des membres et anévrismes traumatiques. Indications opératoires. — 5° Vendredi 11 janvier. Dr DUJARIER : La chirurgie des pseudarthroses. — 6° Samedi 12 janvier. Dr CHEVALIER : Indications des arthroplasties. Leur pratique, les soins postopératoires, les résultats. — 7° Lundi 14 janvier. Dr DUJARIER : Le traitement des fractures et des pseudarthroses du col du fémur. — 8° Mardi 15 janvier. Dr BRAINE : Lésions traumatiques dés ménisques et des ligaments croisés. — 9° Mercredi 16 janvier. Dr DUJARIER : Le traitement des fractures de jambe et du cou-de-pied. — 10° Jeudi 17 janvier. Dr BRAINE : Les amputations et désarticulations du membre inférieur. Choix du procédé.

Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hopitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Guilleminet.

— M. le professeur Latarjet, titulaire de la chaire d'anatomie à la Faculté, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux Arts de Lyon, en remplacement de M. le docteur Gros, décédé.

La doctrine du S. M. S. au sujet de l'hospitalisation des assurés sociaux. — La dernière assemblée générale du 25 novembre 1928 a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, proposé par M. BARATOUX, au nom de la Commission spéciale et adopté par le Conseil d'administration.

« La S. M. S. proclame que tout assuré ne pouvant être soigné à domicile et devant être transporté dans un établissement, doit pouvoir continuer à être traité, selon le texte de la loi par le médecin de son choix, médecin qui a sa confiance et qui doit pouvoir le suivre partout où il aura besoin de ses soins. »

Afin d'éviter toute erreur d'interprétation et pour qu'il ne se crée pas de légendes, je crois, a dit M. Hartenberg, président du Syndical, nécessaire de reproduire ici les commentaires dont j'ai accompagné ce texte à l'Assemblée générale.(1)

Le S. M. S., en affirmant cette doctrine, ne prétend nullement vouloir empêcher les assurés sociaux d'entrer à l'hôpital. En vertu du grand principe du libre choix qui domine toute la législation des assurances sociales, l'assuré a le droit absolu de se faire soigner où bon lui semble et par qui lui plaît. Il doit donc pouvoir aller à l'hôpital si l'hôpital lui convient.

Dans quelles conditions y sera-t-il recueilli ? Ici, que personne ne se fasse d'illusions. Qu'on ne s'imagine pas que l'Assistance publique ait l'intention d'apporter la moindre modification de son régime traditionnel en faveur de cette catégorie nouvelle de malades payants. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, l'Assistance publique compte purement et simplement placer dans ses établissements les assurés sociaux futurs sur le même pied que les indigents actuels.

Quant aux médecins et chirurgins des hôpitaux, ils ne toucheront pas davantage d'honoraires pour les soins donnés et les som

(1) Ces commentaires complètent les explications diverses fournies par M. L. BOYER dans son article du *Bulletin* d'octobre 1928.

mes versées par les caisses pour les assurés tomberont dans le budget de l'Assistance publique.

***

Mais, si l'assuré a le droit, en vertu du libre choix, d'aller à l'hôpital, par contre, en vertu du même libre choix, il a aussi le droit de ne pas y aller. A côté de l'hôpital de l'Assistance publique devront exister des services ouverts à tous les praticiens où l'assuré pourra continuer à se faire soigner par son médecin habituel qui a sa confiance et sa sympathie.

Et cette possibilité paraît une condition indispensable, impérieusement exigée aussi bien par les intérêts du malade que par les intérêts du médecin.

Prenons un exemple concret : Un assuré appelle son médecin habituel. Celui-ci diagnostique une fièvre typhoïde. C'est une maladie longue, grave, qui exige des soins constants. Or, la femme de cet ouvrier travaille elle-même au dehors ; son garçon, âgé de 18 ans est apprenti ; une fillette de 10 ans va à l'école : impossible donc de soigner le malade à domicile. C'est ce que le médecin a déclaré à l'assuré.

— Mais alors, demande celui-ci, où allez-vous me mettre ?

— A l'hôpital.

— Quel hôpital ?

— Celui de tout le monde.

— Il n'y a donc pas d'hôpitaux spéciaux pour les assurés ?

— Non.

— Mais serai-je au moins soigné par vous ?

— Non, mon ami, je n'ai pas le droit de donner des soins à l'hôpital.

— Par qui donc serai-je soigné ?

— Je n'en sais rien, par le médecin du service dans lequel on vous placera.

— Comment, je suis un assuré social, c'est-à-dire un malade qui paye pour être soigné. Chaque mois, on me retient une certaine somme sur mon salaire pour les frais de médecin et du pharmacien, et je vais être jeté à l'hôpital des indigents, comme un vagabond ramassé dans la rue ! Et je vais être soigné par un médecin que je ne connais pas. Mon député m'avait dit cependant qu'avec les assurances sociales nous allions être soignés comme des bourgeois, dans de bonnes cliniques, par notre médecin préféré. Alors, on s'est f... de nous !

Et du côté du médecin, autre chanson :

Voici un praticien qui, par sa science et son dévouement, a su conquérir la confiance de son client. Depuis quelques années, il soigne ses petits bobos qui lui ont rapporté quelques consultations. Or, le jour où ce client tombe sérieusement malade, où des honoraires plus copieux seront à toucher (car n'oublions pas que tour, grands ou petits, nous vivons de la lutte contre la maladie !) cette source de revenus va lui être brusquement enlevée. Et si nous supposons que le cas d'un malade à hospitaliser peut se présenter plusieurs fois par semaine, chaque jour peut-être, dans une importante clientèle de quartier, on devine quel sera au bout de l'année le préjudice pour le praticien.

Et quel triste sort sera le sien. Les petits malades, les affections ambulatoires, drainés par les cliniques spéciales qui vont pousser comme des champignons à l'instar des cliniques d'accidents du travail, les grands malades alités, accaparés par l'hôpital. Que lui restera-t-il ? Le ventre creux et les yeux pour pleurer.

Tels sont les faits dont s'inspire notre doctrine sur la nécessité d'établissements de soins pour les assurés, ouverts à tous les médecins.

Et cette doctrine, aussi bien au point de vue de la loi qu'au point de vue des intérêts des malades et des médecins, nous paraît inattaquable.

Nécrologie. — Dr Louis Brocq, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis. — Dr Barbier, de Lyon, ancien médecin de l'hôpital de St-Mihiel. — Dr André Hameau. — M. le docteur Bolliet (de Lyon), décédé à l'âge de 77 ans — M. François Michon, ex interne suppléant des hopitaux de Lyon, décédé à Hauteville dans sa 34e année.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude d'une épidémie de fièvre typhoïde à l'hôpital Tenon
(Juillet-Août 1928)

Par E. SCHULMANN et V. OUMAMSKY.

L'étude d'une épidémie de fièvre typhoïde présente à l'heure actuelle un grand intérêt à de nombreux points de vue. D'abord parce que les épidémies sont devenues des plus rares et que leur existence permet d'apprécier au mieux les causes qui en facilitent l'éclosion et, par là, d'éviter leur retour. Ensuite, parce que, groupant dans un laps de temps réduit, dans un même service hospitalier, un grand nombre de cas assez voisins, elles permettent d'en reconnaître les particularités cliniques et évolutives. Enfin parce que l'étude des antécédents des malades montre l'importance du « terrain » sur lequel se développe le bacille typhique, en particulier la valeur de la vaccination.

C'est une véritable petite épidémie qui a eu lieu au courant des mois de juillet et août dans la région hospitalière desservie par Tenon. Ayant eu nous-mêmes plusieurs cas dans le service du Dr Paisseau, suppléé par l'un de nous, nous avons voulu vérifier s'il ne s'agissait que d'une coïncidence ou s'il y avait dans les différents services de l'hôpital une proportion analogue de dothiénentérie. Nous avons pu ainsi étudier, grâce à l'obligeance des différents chefs de service de l'hôpital, une *cinquantaine* de cas environ en deux mois — alors que les chiffres fournis par les statistiques antérieures étaient les suivants

NOMBRE DE CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE DANS LES ANNÉES PRÉCÉDENTES A L'HOPITAL TENON.

	1925	1926	1927	1928
Janvier	10	1	4	
Février	5	0	1	
Mars	3	0	1	
Avril	1	0	6	
Mai	5	3	9	
Juin	1	4	10	
Juillet	2	2	3	26
Août	4	7	3	18
Septembre	7	4	2	
Octobre	4	8	10	
Novembre	7	31	11	
Décembre	2	4	1	

AGE DES MALADES

Femmes	*Hommes*
15 à 20 ans : 8 cas.	15 à 20 ans : 5 cas.
20 à 30 ans : 12 cas.	20 à 25 ans : 3 cas.
30 à 40 ans : 10 cas.	25 à 30 ans : 2 cas.
40 à 50 ans : 4 cas.	30 à 40 ans : 1 cas.
(Répartition à peu près identique, quel que soit l'âge.)	40 à 50 ans : 0.
	Fréquence beaucoup plus grande chez les sujets jeunes (la proportion des non vaccinés parmi les sujets plus âgés étant beaucoup moindre).

VACCINATION

Malades non vaccinés antérieurement	Malades vaccinés antérieurement
43	1 (en 1915) n'aurait eu que 2 piqûres à cette époque.

RÉPARTITION SUIVANT LE SEXE

1925 : *Femmes* : 39, *Hommes* : 12 — total : 51, soit environ 1 h. pour 3 f.
1926 : *Femmes* : 41, *Hommes* : 23 — total : 64, 1 homme pour 2 femmes.
1927 : *Femmes* : 44, *Hommes* : 13 — total : 57, 1 homme pour 3 femmes.
1928 pour les 2 mois, juillet et août :
Femmes : 33, *Hommes* : 11 — total : 44, 1 homme pour 3 femmes.

En 1925, pour toute l'année, 51 cas, dont 2 pour juillet et 4 pour août ; en 1926, 65 cas, dont 2 en juillet et 7 en août ; en 1927, 64 cas, dont 3 en juillet et 3 en août.

Le nombre de fièvres typhoïdes de l'été 1928 est donc 10 fois plus fort que pour les mois correspondants des années précédentes. Il faut signaler qu'au mois de novembre 1926, une épidémie analogue s'était produite, étudiée à ce moment par M. P.-E. Weill.

Le caractère épidémique de cette fièvre typhoïde ressort non seulement du grand nombre de cas observés, mais encore de l'origine de ces fièvres typhoïdes. En effet, en recherchant le lieu d'habitation, c'est-à-dire le point de contamination, nous avons pu constater que la plus grande partie des cas observés étaient représentés par des malades de banlieue : sur 44 cas (que nous avons retenus pour cette étude, les 6 autres n'ayant pu être étudiés complètement), 18 seulement sont représentés par des malades de Paris, les 31 autres étant fournis par la banlieue. Certains points de banlieue ont été plus particulièrement atteints : c'est ainsi que Drancy entre à lui seul pour 8 cas dans notre statistique. Notre enquête dans la région nous a confirmé cette fréquence : plusieurs malades ont été hospitalisés à l'hôpital du pays pour dothiénentérie ; d'autres en assez grand nombre ont été soignés à domicile. Le Pré-Saint-Gervais et Pavillons-sous-Bois semblent avoir également été atteints avec prédilection.

Rôle du sexe.

Un fait est particulièrement frappant: c'est la prépondérance de la maladie chez les femmes. Alors que les statistiques d'avant-guerre donnaient 1 typhoïde chez la femme pour 5 chez les hommes (Widal, Lemierre et Abrami), nous avons constaté une proportion de 38 femmes pour 11 hommes, soit 3 femmes pour 1 homme. Cette proportion se retrouve d'ailleurs dans les typhoïdes des années précédentes : en 1925, 39 femmes pour 12 hommes ; en 1926, 41 femmes pour 23 hommes ; en 1927, 44 femmes pour 13 hommes, soit une proportion à peu près constante de 3 femmes pour 1 homme. Cette proportion a été également notée par d'autres auteurs.

L'âge des malades présente aussi quelques particularités qui méritent d'être notées. Il est très différent en ce qui concerne les hommes et les femmes.

Pour les femmes, on trouve à peu près la même proportion à tous les âges :

8 de 15 à 20 ans ;
12 de 20 à 30 ans ;
10 de 30 à 40 ans ;
4 de 40 à 50 ans.

Pour les hommes par contre, nous noterons :

5 cas de 13 à 20 ans ;
3 cas de 20 à 25 ans ;
2 cas de 25 à 30 ans ;
1 cas de 30 à 40 ans ;
0 après 40 ans.

C'est dire que la dothiénentérie est beaucoup plus fréquente chez les hommes jeunes : elle est exceptionnelle au-delà de 30 ans.

Cette différence dans la fréquence des typhoïdes chez l'homme et chez la femme, la répartition à peu près identique quel que soit l'âge chez la femme, alors qu'elle frappe essentiellement les sujets jeunes chez les hommes, est un fait remarqué bien des fois depuis 10 ans, mais sur lequel, nous semble-t-il, on ne saurait assez insister, fait en rapport avec le rôle capital de la vaccination préventive.

En effet, sur les 44 malades que nous avons observés, *un seul* avait été soumis à la vaccination antityphoïdique, en 1915, encore d'après ses dires n'avait-il eu qu'une vaccination incomplète. La population féminine n'est malheureusement pas encore systématiquement soumise à la vaccination. En ce qui concerne les hommes, la vaccination se faisant au régiment, on conçoit que ceux qui n'ont pas encore accompli leur service militaire, les réformés, enfin les étrangers, soient à peu près les seuls que l'on rencontre dans la statistique des cas de typhoïde dans le sexe masculin.

La vaccination apparaît donc une fois de plus comme le facteur essentiel susceptible de faire disparaître la fièvre typhoïde.

C'est un fait sur lequel on a insisté à maintes reprises ici même, mais on ne saurait trop le répéter, car seule *la vaccination obligatoire pour tous les sujets* permettrait d'éviter le retour d'épidémies analogues à celle que nous venons d'observer.

Mortalité.

La mortalité a été assez élevée ; 8 *décès sur 44 cas*, soit une proportion de 18 %. Les causes de mort se répartissent de la façon suivante :

1 cas de perforation intestinale ;
1 cas d'hémorragies multiples répétées ;
1 cas avec accidents pulmonaires à type pneumonique ;
5 cas avec complications cardiaques et adynamie.

Cette mortalité est à peu près celle toujours observée dans les milieux hospitaliers, puisque les statistiques antérieures à la guerre donnaient une proportion de 18 à 19 %. Il est curieux de noter que les formes revêtues par la typhoïde en certaines régions ont été particulièrement graves : pour Pantin, 2 cas avec 2 décès ; pour les Lilas, 2 cas avec 2 décès.

Caractères bactériologiques et cliniques.

Au point de vue bactériologique et clinique, quelques points nous ont paru intéressants à relever.

Nature du germe.

Tout d'abord, la nature du germe en cause : dans la grande majorité des cas il s'agit du *bacille d'Eberth*, 35 fois il a été retrouvé, alors que le paratyphique B n'était décelé que 9 fois et que le paratyphique A n'a jamais été rencontré. Dans deux cas, qui ne sont pas compris dans la statistique, l'allure clinique de la maladie a été celle d'une typhoïde absolument typique ; le sérodiagnostic est néanmoins resté constamment négatif (après 3 mois 1/2 de maladie pour un cas) tant pour l'Eberth que pour les para A et B. Dans un de ces deux cas l'hémoculture n'avait donné aucun résultat (malade arrivé vers le 20e jour de sa maladie à l'hôpital). Dans l'autre, elle avait montré un bacille mobile à Gram négatif : malheureusement l'identification n'avait pu être poussée plus loin et la souche non conservée. Il eût été peut-être intéressant dans ce cas de faire l'agglutination avec le germe causal lui-même.

Noter encore que tous les cas mortels sont dus au bacille d'Eberth et non au para B.

Au point de vue clinique, quelques points peuvent être intéressants à noter, car ils montrent qu'à un germe donné (pratiquement le même pour toute une agglomération en cas d'épidémie) se superposent des faits cliniques comparables. Nous noterons en particulier :

1° *La rareté du* « τῦφος » : il n'a été observé avec netteté que dans 9 cas seulement (et sur ces 9 cas, 6 sont été suivis de mort). Il a été discret, à peine marqué dans les 12 autres cas, dans les 23 autres, les malades ont conservé pendant toute la durée de la maladie leur connaissance entière.

2° La rareté relative de la dissociation du pouls et de la température : celle-ci n'a été nette que dans 6 cas seulement : 14 fois le pouls est noté très rapide, avec plus de 120-130 pulsations à la minute. Il ne paraît pas y avoir eu de rapports entre l'importance de la tachycardie et la gravité de la maladie — car parmi les malades dont le pouls battait au-delà de 130, il en est autant qui guérirent que de cas mortels.

3° *Les troubles intestinaux* ont été peu accentués. La diarrhée n'est pas plus fréquente que la constipation, la moitié des malades seulement ayant eu des selles liquides. De plus, même parmi ces derniers, rares sont les cas où la diarrhée fut très abondante. Le plus souvent il y avait une ou deux selles liquides seulement.

4° *Fréquence des rechutes*. Sur 36 cas (les 8 décès étant survenus précocement au cours de la maladie), nous noterons 21 cas accompagnés de rechutes : 2 fois les malades ont présenté 2 rechutes successives ; dans 7 cas la maladie s'est terminée sans donner lieu à aucune reprise fébrile. Huit cas sont encore en évolution et ne peuvent entrer dans cette statistique.

Conclusion.

De cette courte étude épidémiologique et clinique, il ne nous a pas été possible de tirer des conclusions nettes en ce qui concerne l'origine même de l'épidémie. Peut-être est-ce dans le mauvais état des lotissements, dans la rareté des eaux au cours de l'été, enfin dans la surpopulation de la banlieue, qu'il faut rechercher les causes qui ont permis le développement de cette épidémie. Le point qui nous paraît le plus intéressant et sur lequel nous voulons insister en terminant cette courte note, c'est l'importance capitale de la vaccination antityphoïdique. Le fait que sur 44 malades atteints de fièvre typhoïde, un seul avait été soumis à la vaccination antérieure, celle-ci ayant d'ailleurs été incomplète, nous semble un argument des plus convaincants et susceptible de contribuer à faire généraliser la pratique d'une vaccination dont les inconvénients sont nuls et dont par contre, les résultats peuvent être si féconds. Ce mémoire vient confirmer les recherches antérieures parues dans les *Bulletins* de l'Académie de médecine dues aux professeurs Chauffard, Vincent, Achard, aux docteurs P.-E. Weill et Courtois-Suffit.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

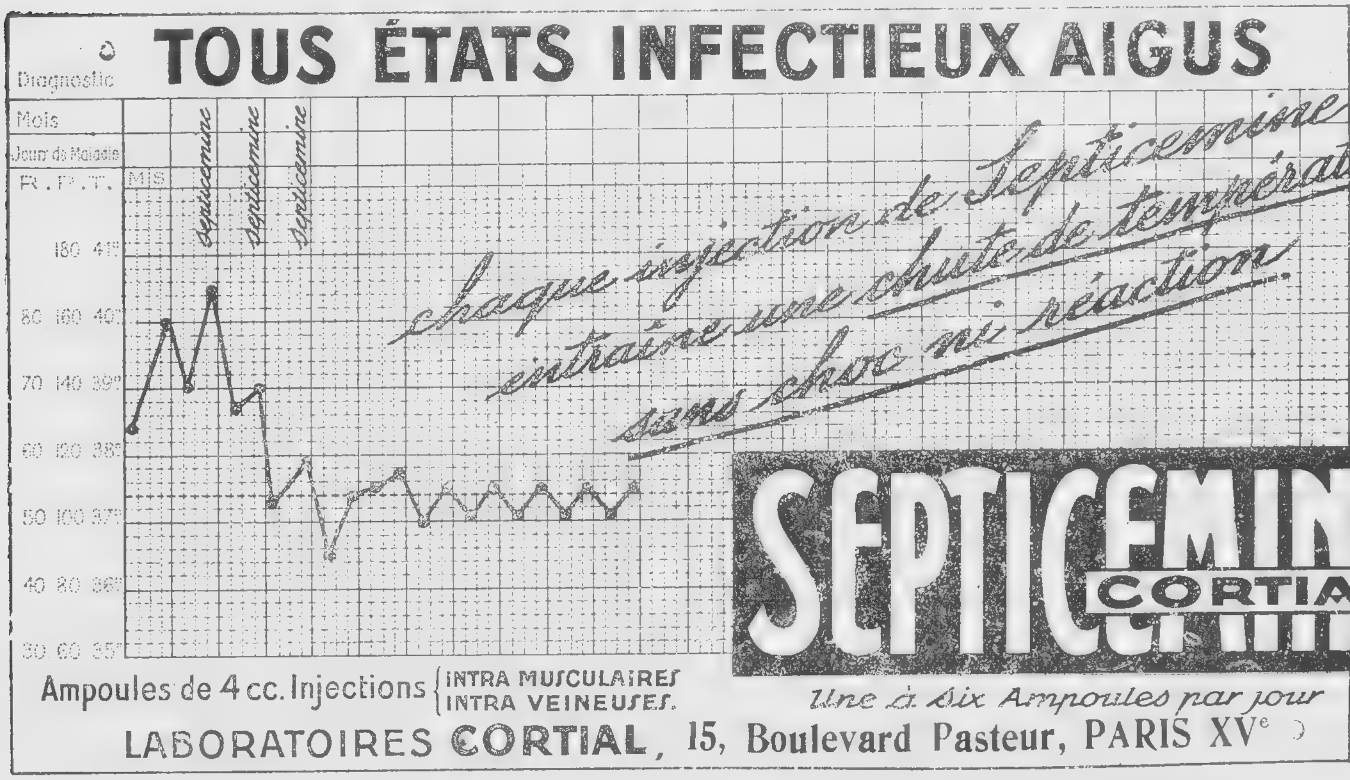
Exophtalmos pulsatile,

Par M. le Professeur **F. TERRIEN.**

Nous avons aujourd'hui à vous présenter une malade atteinte d'exophtalmie, affection assez fréquente, qui au premier abord paraît très simple comme diagnostic, alors qu'il est assez souvent fort difficile, quand il s'agit d'en préciser la nature et la variété. C'est pourquoi il est toujours intéressant, à propos de l'exophtalmie, d'insister sur ses caractères et sur sa nature.

L'exophtalmie est, vous le savez, la saillie de l'œil en avant (de ἐξ, ὀφθαλμός). Cette définition permet déjà d'éliminer les pseudo-exophtalmies, les fausses exophtalmies. Il ne faut pas confondre en effet avec l'exophtalmie la distension de l'œil, comme on l'observe à la suite du glaucome infantile ou de staphylomes. Chez les enfants, la sclérotique étant moins extensible, il arrive que l'œil se laisse distendre et a l'aspect d'un œil exophtalmique. Même remarque pour la myopie forte. Le myope a un œil qui est trop volumineux et quand la myopie est unilatérale elle peut donner également une impression d'exophtalmie. Je me rappelle avoir vu une fillette qui m'était amenée par sa mère, parce qu'à la suite d'une fièvre typhoïde très prolongée, l'œil était devenu volumineux et donnait tout à fait l'impression, l'apparence d'une exophtalmie, alors qu'en réalité il s'agissait d'une myopie forte développée à la suite d'une fièvre typhoïde. Ceci, rappelé en passant, montre bien l'importance des infections générales sur le développement de la myopie.

Certaines autres infections peuvent encore en imposer pour l'exophtalmie, par exemple la paralysie faciale : la fente palpébrale, ne se fermant plus, donne aussi l'aspect de l'exophtalmie.


TOUS ÉTATS INFECTIEUX AIGUS
Diagnostic
Mois
Jour de Maladie
R. P. T.
Septicemine
Septicemine
Septicemine
Chaque injection de Septicemine entraîne une chute de température sans choc ni réaction
SEPTICEMINE
CORTIAL
Ampoules de 4 cc. Injections {INTRA MUSCULAIRES INTRA VEINEUSES.
Une à six Ampoules par jour
LABORATOIRES CORTIAL, 15, Boulevard Pasteur, PARIS XVe

Il est relativement facile d'éliminer cependant ces causes d'erreur et de se convaincre s'il s'agit bien d'une exophtalmie vraie. En effet, en présence d'un malade présentant une propulsion de l'œil en avant, un œil saillant, d'abord il faut interroger le sujet. La malade qui fait l'objet de cette leçon présente une exophtalmie dont l'histoire est un peu particulière : c'est une femme qui, il y a 3 ans 1/2, douze jours après avoir accouché très péniblement d'un siège, se réveilla un matin avec un œil qui avait augmenté de volume dans le courant de la nuit. Ceci se passait huit jours après son accouchement. Cet état était resté à peu près stationnaire, puis des douleurs apparurent et c'est pour cette raison qu'elle vint dans notre service le 23 février de cette année.

La malade accuse des douleurs très vives de l'œil droit, du côté de l'exophtalmie ; celle-ci a augmenté de volume et c'est dans dans ces conditions qu'elle se présente aujourd'hui à nous, vous le voyez, avec une exophtalmie assez considérable du côté droit. Et non seulement l'œil est assez saillant, mais il existe tout autour un peloton assez réductible qui semble vasculaire ; enfin si on place la main sur l'œil on sent une sorte de pulsation. Il s'agit donc d'une exophtalmie pulsatile. Enfin à côté de la pulsatilité, il existe en outre une dilatation considérable de l'artère temporale, et des paquets veineux orbitaires. En même temps, à l'auscultation, on constate un bruit de souffle continu avec renforcement. Tels sont les symptômes présentés par cette malade que nous reverrons tout à l'heure.

Il s'agit donc en résumé d'une exophtalmie qui a ce caractère d'être apparue pour ainsi dire brusquement, douze jours après un accouchement ; d'être restée trois ans à peu près stationnaire sans s'accompagner de douleurs. Puis depuis six mois l'œil a augmenté de volume d'après les dires de la malade ; des douleurs sont apparues assez vives et à l'examen on remarque que non seulement l'œil est propulsé en avant, mais qu'il existe aussi des paquets vasculaires autour de l'exophtalmie ; on constate une sensation de pulsation accompagnée d'un souffle continu avec renforcement. L'acuité visuelle est assez bonne : 4/10. Le fond de l'œil est légèrement hyperhémié. La tension oculaire est tout à fait normale et la tension générale l'est également. Ce qui est intéressant c'est que la malade se plaint aussi de sensations de bruits, de bruissements, de sifflements dans la tête ; nous reviendrons tout à l'heure sur ces symptômes.

Quelle est la nature de cette exophtalmie, et quelles sont les causes qui ont pu la déterminer ?

En présence d'une exophtalmie, il y a tout d'abord un point de repère qui permet d'arriver à poser le diagnostic de nature et de cause.

D'une manière générale, je rappelle que lors d'exophtalmie bilatérale, lorsque les deux yeux son saillants, il s'agit presque toujours d'une exophtalmie d'ordre nerveux, symptomatique d'une maladie de Basedow.

L'exophtalmie unilatérale au contraire, telle celle de notre malade est d'ordinaire du ressort de la chirurgie ; il s'agit presque toujours, soit d'une tumeur de l'orbite, soit d'une inflammation de l'œil.

Exophtalmie unilatérale. — Elle peut s'accompagner de phénomènes inflammatoires ou non. Chez notre malade il n'y a pas eu de phénomènes de cet ordre : ni rougeur, ni chaleur, ni aucun des caractères habituels de l'inflammation. Les paupières ne sont pas infiltrées et on ne trouve pas là les symptômes de l'exophtalmie inflammatoire avec sa triade symptomatique : œil saillant, phénomènes inflammatoires, turgescence, infiltration des tissus de l'œil et naturellement immobilité du globe du fait de cette inflammation. En même temps il y a des symptômes généraux très accusés : fièvre très élevée, avec oscillations, exacerbation le soir, en somme c'est une pyohémie, une infection de l'orbite qui s'accompagne d'infection générale.

Donc, exophtalmie, phénomènes inflammatoires, fièvre, voilà la triade symptomatique.

En même temps un quatrième symptôme vient s'y ajouter, ce sont les troubles visuels, qui sont souvent considérables. Il est vrai que ces troubles visuels se retrouvent dans bien des exophtalmies et ne sont pas particuliers à l'exophtalmie d'ordre inflammatoire ; mais dans celle-ci, cependant ils sont beaucoup plus rapides, se développent dans l'espace de quelques jours en même temps que l'œil devient saillant, et qu'il se produit un gonflement de l'orbite ou des veines. Dans certains cas l'abolition de la vue peut être complète.

Nous pouvons donc éliminer chez notre malade l'existence d'une exophtalmie inflammatoire ; il ne s'agit chez elle ni de cellulite, ni de phlegmon de l'orbite, ni de thrombo-phlébite orbitaire.

Exophtalmie non inflammatoire. — A quoi est due l'exophtalmie non inflammatoire ?

Là encore on peut distinguer deux grandes classes d'exophtalmie, suivant que la propulsion de l'œil apparaît brusquement, ou au contraire lentement, peu à peu.

Chez notre malade l'exophtalmie est apparue brusquement peut-on dire. Car si elle n'a pas été tout à fait immédiate, comme on l'observe parfois dans certaines conditions de traumatisme, de fracture des parois de l'orbite ou à la suite de rupture des vaisseaux, elle s'est développée en quelques jours.

Il y a deux types d'exophtalmie brusque, immédiate ; l'exophtalmie par emphysème de l'orbite et l'exophtalmie par hématome de l'orbite.

L'emphysème, est dû, vous le savez, à la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire de l'orbite. Le mécanisme en est très simple : le plus souvent il s'agit d'un individu qui a fait une chute, qui est tombé sur le rebord orbitaire, chute qui a déterminé une fracture des parois de l'orbite. Alors, à l'occasion d'un effort, au moment où il s'est mouché par exemple, il a fait refluer l'air des fosses nasales qui, ne pouvant plus sortir par les narines, s'infiltre dans l'orbite, à la faveur d'une petite fissure de l'ethmoïde, filtre à travers les mailles du tissu cellulaire et l'œil est immédiatement propulsé en avant : c'est l'emphysème de l'orbite.

Le diagnostic en est facile. En général, au niveau de la peau, il y a une crépitation neigeuse : si on saisit la peau entre le pouce et l'index, on a une sensation de froissement comme si on poussait de la neige. A la percussion, la peau est sonore, étant infiltrée par de l'air, et souvent il s'y ajoute un signe spécial : au lieu d'être lisse, sa surface présente une sorte de « chagriné » qui tient à l'infiltration du derme relié au tissu conjonctif sous-jacent par des travées fibreuses. L'infiltration d'air dans l'épaisseur de la peau lui donne ici un aspect moiré, de « peau d'orange ».

Chez notre malade il n'y a rien de pareil.

Exophtalmie avec hématome. Ce peut être nous l'avons dit une autre sorte d'exophtalmie, l'exophtalmie avec hématome, conséquence de rupture vasculaire dans l'intérieur de l'orbite.

Rien de pareil non plus chez notre malade. L'exophtalmie à développement lent, non inflammatoire, peut être due enfin à une tumeur ou reconnaître une origine vasculaire. Or, il ne peut s'agir ici d'une exophtalmie par tumeur de l'orbite, car cette exophtalmie met alors des mois et même des années à se développer. La tumeur, qui siège à l'intérieur de l'orbite, refoule l'œil, mais l'exophtalmie dans ce cas *n'est pas réductible* ; l'œil ne se laisse pas refouler : il est arrêté par la tumeur qui l'a propulsé en avant.

Chez notre malade il s'agit d'une exophtalmie vasculaire. Le caractère de semblable exophtalmie est d'être réductible, telle l'exophtalmie due aux varices des veines de l'orbite (varicocèle). Mais, fait particulier, notre exophtalmie s'accompagne de pulsations et même d'un souffle.

Voilà les trois caractères caractéristiques de l'exophtalmie dont est atteinte notre malade. On pourrait même y ajouter un quatrième : le sifflement.

Voyons un peu maintenant ce qu'est l'*exophtalmie pulsa-*

tile, par quelle cause elle peut être déterminée et la thérapeutique qu'on peut lui opposer.

L'exophtalmie pulsatile n'a pas une histoire très ancienne ; elle remonte au siècle dernier : vous en trouverez les premières observations rapportées dans Mackenzie.

L'observation de Travers (1805) est à peu près superposable à celle de notre malade. Il s'agissait d'une femme de 34 ans, mère de 5 enfants, enceinte de quelques mois. Elle entend un bruit dans la moitié droite du front : douleur ; l'exophtalmie apparaît. On diagnostique un anévrysme avec anastomose de l'ophtalmique. On pensait à ce moment que l'exophtalmie pulsatile était due à un anévrysme de l'ophtalmique. On lie alors la carotide fait intéressant étant donné que cela se passait en 1805) et quatre à cinq ans plus tard la guérison était complète. Cinq ans après, en 1814 elle s'était maintenue. Donc la ligature de la carotide, qui paraît assez sérieuse comme intervention, avait donné il y a plus de cent ans déjà, un résultat excellent.

Dalrymple (1812) rapporte une observation à peu près superposable à la précédente : il s'agit d'une femme de 44 ans, enceinte de son sixième enfant, qui est prise subitement au milieu de la nuit, dans l'œil gauche, d'une douleur intense accompagnée de bruits, de bourdonnements dans la tête ; elle a une sensation de claquement de fouet dans la tête et finalement l'exophtalmie apparaît. Puis la malade accouche et pendant le travail le globe vient faire saillie entre les paupières ; la vision se perd ensuite, probablement par glaucome. L'exophtalmie était pulsatile, on entendait des pulsations très nettes et lorsqu'on comprimait l'artère carotide primitive, les tremblements et les pulsations disparaissaient.

Chez cette malade on lie la carotide primitive en 1813 et les résultats furent immédiats : dès le lendemain elle peut ouvrir les paupières pour la première fois et tout rentre dans l'ordre ; au bout de 2 ans l'œil avait repris un aspect normal, mais la vision demeura perdue.

A partir de ce moment, on discuta beaucoup sur cette question, mais on rapportait encore tous les symptômes de l'exophtalmie pulsatile à l'anévrysme de l'artère ophtalmique.

Il faut arriver aux observations célèbres de Nélaton (1855) pour voir se modifier les conceptions sur le mécanisme et la pathogénie de l'exophtalmie pulsatile. La première observation de Nélaton est rapportée dans la thèse de Henry (thèse de Paris, 1856).

Il s'agit d'un sujet qui reçoit à la partie interne de la paupière inférieure gauche un violent coup de parapluie. La pointe pénètre dans l'orbite ; aussitôt le sujet ressent une douleur très vive et les symptômes de l'exophtalmie pulsatile apparaissent à *droite* : l'œil devient saillant, on comprime la carotide primitive au moyen d'un appareil : la compression est intensive et prolongée. Le malade meurt 3 mois après l'accident des suites d'une épistaxis terrible. A l'autopsie on constate alors que le sinus sphénoïdal communique largement avec le sinus caverneux et on notait un anévrysme de la carotide dans le sinus caverneux.

Ces lésions, constatées par Nélaton, permettaient de comprendre le mécanisme de l'exophtalmie : propulsion de l'œil en avant, réplétion de toutes les veines de l'orbite, en particulier de la veine ophtalmique, puis anévrysme artérioso-veineux au niveau du sinus caverneux.

La carotide, vous le savez, plonge dans le sang du sinus caverneux, il y avait donc rupture de la carotide et en même temps, dans l'observation de Nélaton il y avait rupture de la paroi qui sépare le sinus caverneux du sinus sphénoïdal.

Cette observation démontrait à l'évidence le mécanisme des lésions en pareil cas. Mais elle fut retenue seulement comme un fait absolument exceptionnel et on continuait à attribuer l'exophtalmie pulsatile à un anévrysme de l'artère ophtalmique.

Lorsqu'une seconde observation de Nélaton, publiée dix ans plus tard (1863) montra des lésions identiques à celles observées tout d'abord.

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans qui avait fait une chute de voiture un mois avant : hémorragie nasale abondante, symptômes exophtalmiques à droite. On comprime la carotide, ce qui diminue l'exophtalmie ; on entend des pulsations, du souffle. On lie la carotide primitive : ceci amène une diminution du souffle et de l'exophtalmie mais le malade meurt de pyohémie. A l'autopsie on trouve une lésion à peu près identique à celle de la précédente observation — c'est-à-dire un anévrysme artérioso-veineux au niveau du sinus caverneux.

Voici donc deux observations cliniques de Nélaton. Aussi, à partir de cette époque, on conclut que l'exophtalmie était due à un anévrysme de la carotide, mais les uns disent lésion au niveau du sinus caverneux, les autres lésion artérioso-veineuse.

Il s'agit donc toujours du type habituel de l'exophtalmie, type réalisé par notre malade, c'est-à-dire le plus souvent exophtalmie pulsatile déterminée par la rupture de la carotide interne dans le sinus caverneux, et cela nous fait comprendre les symptômes de cette exophtalmie, dont je vous rappelle les quatre éléments cardinaux :

1° D'abord l'*exophtalmie*. Elle est la conséquence de la réplétion des vaisseaux et reconnaît une origine traumatique : l'œil est propulsé en avant par suite justement de cette réplétion des vaisseaux dans l'orbite. En même temps on peut sentir tout autour de l'œil une réplétion considérable, mollasse, des veines de l'orbite et souvent on se trouve en présence, à la partie supéro-interne de l'orbite, d'une tumeur molle qui siège en cet endroit et qui déplace l'œil un peu en bas et en dehors : donc exophtalmie considérable, d'origine traumatique. Cette exophtalmie est unilatérale, mais il importe ici de remarquer qu'elle peut être bilatérale.

En effet, par suite de cette réplétion et de son retentissement sur le sinus caverneux il peut y avoir une gêne de la circulation en retour, gêne qui peut se faire sentir du côté opposé à l'exophtalmie, si bien que celle-ci peut facilement devenir bilatérale.

2° Il y a les *pulsations* de l'œil, pulsations quelquefois assez légères pour ne pas être perçues directement. Il faut alors du soin et de la précision pour les sentir. Au contraire, elles sont parfois si considérables qu'elles sont très visibles à l'œil nu, pulsations qui semblent être souvent accompagnées d'une sorte de frémissement : c'est le thrill.

3° Thrill : en appuyant légèrement sur la tumeur on sent ce thrill : il est d'autant plus accentué que l'anévrysme artérioso-veineux est plus étendu.

Ce thrill est très facilement perceptible dans les anévrysmes superficiels, au pli du coude, quand il y a communication de la veine basilique et de l'artère humérale, à la suite de phlébotomie. Une saignée maladroite en était le plus souvent la cause et on observait alors fréquemment des anévrysmes artérioso-veineux, du temps où la saignée, aujourd'hui peut-être un peu trop décriée, régnait en maîtresse. Sur 91 observations en effet d'anévrysmes artérioso-veineux, 45 fois la phlébotomie devait être incriminée.

Car ce thrill, qui est surtout perceptible à l'endroit de la tumeur, serait dû d'après Broca au choc du sang, à sa vibration sur les bords de l'orifice de communication. On peut également sentir ce frémissement, ce thrill dans les anévrysmes plus profonds, quand ils siègent au niveau du sinus caverneux, mais il est alors bien moins accentué.

On note d'autre part, dans les cas d'anévrysme artérioso-veineux, l'existence d'un souffle : souffle continu à renforcement au moment de la systole cardiaque, perçu à l'auscultation.

4° Un quatrième élément qui ne fait presque jamais dé.


LAXAMALT
TRAITEMENT
DE LA
CONSTIPATION
AUCUNE CONTRE-INDICATION
50% huile de
paraffine
50% extrait
de malt
LABORATOIRES
LICARDY
38, Bd Bourdon
NEUILLY-PARIS


BAUME
RHODIA
A BASE DE
RHEUMACYLAL
SUCCÉDANÉ
INODORE DU
SALICYLATE
DE MÉTHYLE
MÉDICAMENT ACTIF.
PROPRE, NE TACHANT PAS
AGRÉABLE, DÉLICATEMENT
PARFUMÉ, SANS DANGER
GOUTTE
RHUMATISMES
LUMBAGO
2 PRÉSENTATIONS
FORME CRÈME
FORME LIQUIDE
USINES DU RHÔNE
BAUME RHODIA
BAUME RHODIA
RHODIA

faut, ce sont les sensations de « bruits dans la tête », bruits intra-craniens, que les malades décrivent de façon variable comme une sorte de sifflement, de rouet, de bruit de chemin de fer. Ces bruits revêtent quelquefois une intensité extraordinaire, au point d'empêcher tout sommeil. Un malade de Richet, ne pouvait dormir qu'en chemin de fer ou en voiture, les bruits extérieurs l'empêchait d'entendre les bruits intérieurs.

Chez notre malade, ces bruits ne revêtent pas l'intensité qu'on observe chez certains sujets ; néanmoins ils sont assez gênants.

Bref, tous ces phénomènes sont la conséquence de l'exophtalmie pulsatile. Si, en effet, l'on comprime la carotide du côté atteint, et surtout quand on comprime les deux carotides, on voit diminuer l'exophtalmie, disparaître le souffle, le frémissement, ce qui s'explique par la diminution de l'apport du sang dans le sinus caverneux.

A côté de ces symptômes essentiels de l'exophtalmie pulsatile, il en existe d'autres, moins constants mais assez intéressants cependant. Ce sont tout d'abord les *paralysies*. L'exophtalmie pulsatile peut s'accompagner en effet de paralysies, oculaires. Car, vous le savez, tous les nerfs moteurs de l'œil cheminent dans le sinus caverneux ; or ces nerfs peuvent être adultérés par la déchirure du sinus caverneux, et on peut voir une paralysie de la III[e] paire, de la IV[e] ou du moteur oculaire externe. Bien plus, ces troubles peuvent même mettre sur la voie du diagnostic, car au début, lorsqu'il s'agit d'un anévysme artérioso-veineux d'origine traumatique, le seul symptôme peut être cette paralysie du nerf moteur oculaire externe, le plus souvent lésé puisqu'il baigne dans la cavité même du sinus caverneux.

Mentionnons encore parmi les symptômes accessoires des phénomènes congestifs et la stase. Si on abaisse fortement la paupière inférieure de notre malade, on constate des veines très distendues et dilatées tout le long du cul-de-sac conjonctival-inférieur. Il y a de la congestion veineuse, les veines rétiniennes sont un peu plus volumineuses, ce qui s'explique par la gêne de la circulation en retour : de même que les veines ophtalmiques sont distendues il y a également distension des veines rétiniennes : donc il existe un peu de stase de ce côté.

Enfin on peut noter quelquefois de la mydriase. Notre malade n'en présente pas. Mais dans une observation d'Eissen la ligature de la carotide faisait disparaître cette mydriase. Ceci montre bien que celle-ci est due dans certains cas à l'excitation du sympathique. Car avec la ligature de la carotide, on avait lié en même temps le sympathique, d'où suppression de la mydriase.

Tous ces éléments permettent en somme un diagnostic assez facile, et ceci est important, car il est nécessaire d'intervenir pour faire disparaître l'exophtalmie, le pronostic de cette affection étant sérieux tant au point de vue de la vision qu'au point de vue de la vie même des malades.

Il importe ici de faire une différence entre l'exophtalmie d'origine *spontanée* et l'exophtalmie *suite de fracture*.

D'abord l'exophtalmie peut être spontanée : il est assez intéressant de noter que cette exophtalmie pulsatile spontanée est le plus souvent le fait de la grossesse. C'est au moment de la parturition que l'exophtalmie apparaît. Dans le travail de Lagrange : 12 fois sur 68, elle était apparue au cours de la grossesse.

Chez notre malade, c'est également à la suite d'un accouchement très pénible, d'un siège, que l'accident est survenu 12 jours après cet accouchement.

Ou bien l'exophtalmie est traumatique et des causes multiples peuvent la déterminer (lésions directes du sinus caverneux, fracture de la base du crâne, etc.

Il existe encore une 3[e] variété d'exophtalmie provoquée par des tumeurs à l'intérieur du crâne. Si par exemple la tumeur comprime le sinus caverneux elle peut donner lieu à ces phénomènes.

Enfin la 4[e] variété d'exophtalmie est réalisée par des tumeurs vasculaires intra-orbitaires, tumeurs qui lorsqu'elles sont pulsatiles donnent lieu naturellement au syndrome que nous étudions aujourd'hui, provoquant par leur seule présence la propulsion de l'œil en dehors avec bruit de souffle et de pulsations.

Tous ces éléments sont capables de donner lieu au syndrome de l'exophtalmie pulsatile.

Un point intéressant à retenir, au point de vue du développement de l'exophtalmie, est l'apparition beaucoup plus rapide de l'exophtalmie spontanée ; elle peut apparaître du jour au lendemain, tandis que l'exophtalmie traumatique met un certain temps à se développer.

Quoi qu'il en soit le pronostic est sérieux.

Tout d'abord au *point de vue général*, sans doute on a vu des cas favorables où l'exophtalmie disparaît peu à peu par suite de l'oblitération du sinus caverneux ; il se fait alors des phénomènes de thrombose, l'anévrysme disparaît, tout rentre plus ou moins dans l'ordre, l'exophtalmie diminue, les bruits disparaissent également. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

Le plus souvent au contraire, les phénomènes s'accentuent : l'exophtalmie s'exagère, la gêne circulatoire augmente, il se produit parfois des hémorragies par les fosses nasales qui peuvent entraîner la mort des malades

Le pronostic *visuel* est également très sérieux : on comprend en effet que l'œil ne supporte pas sans dommage cette gêne circulatoire, cette stase exagérée et qu'il se fasse une atrophie optique entraînant la perte de la vue.

Il peut encore survenir d'autres complications sur lesquelles il convient d'insister aujourd'hui.

Ce sont d'abord les troubles trophiques. On comprend que par suite de la compression des nerfs ciliaires il se produise une destruction de ces nerfs, puis secondairement une inflammation de la cornée, et en particulier des phénomènes de kératite, dus à la compression des filets du trijumeau : c'est la kératite neuro-paralytique. Cependant ces complications sont assez rares puisque dans le travail de Sattler, on les trouve seulement dans 18 % des cas. Mais si la forme classique de la kératite neuro-paralytique est relativement rare, la forme atténuée l'est beaucoup moins, se traduisant dans sa réaction la plus minime par une anesthésie complète de la cornée et celle-ci, on le comprend, se rencontre assez fréquemment.

Enfin le glaucome, considéré comme rare autrefois au cours de l'exophtalmie pulsatile, l'est devenu beaucoup moins. M. Hudelo qui a fait ici une excellente thèse sur ce sujet apporte cette statistique :

Avant 1880 le glaucome se rencontrait 1 fois sur 26 ;
De 1880 à 1902 le glaucome se rencontre 1 fois sur 12 ;
En 1902 à 1919 le glucome est noté 1 fois sur 8 ;
En 1919 sur 64 observations, 16 fois il a trouvé le glaucome, soit 1 fois sur 4.

Vous voyez que lorsqu'on pense à rechercher le glaucome, on le trouve assez souvent au cours de l'exophtalmie pulsatile et en particulier au cours de l'exophtalmie pulsatile d'origine spontanée. Ceci n'a rien de surprenant car cette exophtalmie pulsatile d'origine spontanée est généralement liée à des lésions des vaisseaux, à des altérations vasculaires. On s'explique alors que le glaucome se développe plus facilement sur des tissus adultérés, chez des individus âgés, à tissus vasculaires déficients, et par là même prédisposés au glaucome, que lorsque l'exophtalmie est apparue à la suite de traumatisme, sur un sujet en pleine santé et dont les tissus sont sains. Nous en avons cependant rapporté dans la thèse de Hudelo une observation personnelle où l'exophtalmie reconnaissait une origine traumatique. Notre malade, qui fait l'objet de cette leçon, n'a pas de tension, et ne présente à l'heure actuelle aucune trace de glaucome.

La pathogénie de ce glaucome est encore très discutée.

On a incriminé nombre de causes, en particulier l'hypersympathicotonie. Vous savez le rôle considérable attribué aujourd'hui au sympathique. Il peut se faire que le glaucome soit ici, sinon déterminé, tout au moins favorisé par l'hypersympathicotonie. Nous avons vu en effet dans certaines observations les malades présenter, en

◆◆

même temps que leur exophtalmie, de la mydriase, déterminée ici par la compression et l'excitation du sympathique. Mais à coté de ce facteur prédisposant au glaucome, il faut aussi, je crois, attribuer un rôle de premier plan à la stase veineuse se traduisant ici par cette distension des veines, de la veine ophtalmique surtout, par gêne de la circulation de retour, et accessoirement aussi par une congestion passive de tout le tractus uvéal.

La choroïde mesurant 300 μ d'épaisseur, sans doute une augmentation de quelques μ. ne peut guère retentir sur la tension oculaire. Mais il est un élément sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté : c'est la congestion des procès ciliaires.

Il y a réplétion des veines ciliaires et réplétion souvent considérable, c'est un fait ; or vous savez que le cristallin est séparé seulement des procès par un intervalle de 3/10e de millimètre ; on comprend donc qu'une turgescence des procès, provoquant leur contact avec l'équateur du cristallin, détermine alors, par refoulement en avant de la lame irido-ciliaire, le blocage de l'angle irien au niveau de la chambre antérieure, d'où hypertension.

C'est souvent par ce mécanisme que nous voyons apparaître le glaucome en général. Il n'est pas rare en effet, de constater des phénomènes d'hypertension de cet ordre : mais il y a ici nombre d'éléments capables de favoriser le glaucome.

Quoi qu'il en soit, retenons que le glaucome s'observe assez souvent à la suite d'exophtalmie pulsatile, surtou t d'exophtalmie pulsatile spontanée, comme chez notre malade. On l'a cependant noté parfois à la suite d'exophtalmies d'origine traumatique. Et j'ai suivi à l'Hôtel-Dieu un malade dont M. Hudelo a rapporté l'observation dans sa thèse ; il s'agissait d'une femme atteinte d'une exophtalmie pulsatile traumatique chez laquelle il fallut lier les deux carotides, à quelques semaines d'intervalle, bien entendu. Elle présentait un glaucome absolu bilatéral avec cécité des deux yeux. Le pronostic, vous le voyez, est sérieux.

Traitement. — Il ne faut pas s'attendre à la guérison spontanée car elle est exceptionnelle. On avait proposé autrefois différentes méthodes de traitement.

C'était tout d'abord l'acupuncture, des pointes de feu avec une grande aiguille rougie, puis la galvano-puncture. On en a obtenu quelques résultats, mais ces pointes de feu s'accompagnaient d'une inflammation terrible, avec fièvre, et souvent d'érysipèle, capable d'emporter les malades.

On a proposé la radiopuncture et aussi l'électro-puncture, c'est-à-dire l'électrolyse par courants de 25 à 30 milliampères. On a cité deux cas de Martin et Clarke ou avec 6 séances d'électrolyse dans ces conditions on obtint non pas la guérison nais une diminution considérable de l'exophtalmie.

Mais ce sont là des moyens qui ne peuvent être conseillés qu'après refus par le sujet d'une intervention sanglante.

Il en est de même des injections coagulantes. On a injecté dans l'anévrysme, la gélatine, l'ergotinine, le perchlorure de fer, quelquefois avec des résultats heureux. Mais il y a danger d'infection et en somme ces procédés ne sont pas inoffensifs.

Sans doute la ligature de la carotide n'est pas non plus inoffensive, mais il s'agit là d'une opération bien réglée, à ciel ouvert et qui, de ce fait, expose à moins de danger que ces procédés qui n'ont de bénin que l'apparence.

Mieux vaut donc, en somme, agir sur la carotide primitive, soit par compression, et si elle n'est pas suffisante, par ligature. M. Gayet, de Lyon, a rapporté dans les *Annales d'Oculistique* un cas où la compression digitale exercée pendant un an, à raison d'une heure par jour puis de 4 heures par jour, permit une guérison complète. Il est vraisemblable qu'il y avait alors une fissure légère de la carotide dans le sinus caverneux : cette compression permit d'obtenir par un arrêt de circulation la formation d'un caillot solide. Mais quand la lésion est très étendue ce traitement n'est pas suffisant.

Il aura tout au moins l'avantage de préparer l'intervention ; en favorisant la circulation collatérale, il prépare en somme le cerveau et tous les petits vaisseaux à ce changement de régime. Mais la compression à elle seule ne peut pas donner la guérison. Je parle de la compression digitale car la compression instrumentale, mal équilibrée, doit être rejetée. En même temps que la carotide, elle comprime la jugulaire et dans la seconde observation de Nélaton la mort survint trois mois après, à la suite d'une épistaxis terrible favorisée probablement par la compression jugulaire.

Donc il faut faire une compression répétée, momentanée, pendant plusieurs semaines, pour habituer le malade à la ligature de la carotide. C'est ce que nous avons fait chez notre malade et nous allons incessamment lier la carotide primitive du côté malade.

C'est là une opération assez sérieuse mais qui donne une mortalité beaucoup moindre dans l'exophtalmie pulsatile que dans tous les autres cas qui la nécessitent. En effet alors que la mortalité est de 12 % dans les autres affections, elle est ici de 4 %. Donc mortalité très faible et résultats excellents : l'exophtalmie diminua rapidement les bruits cessent instantanément, les douleurs disparaissent, puis tout rentre dans l'ordre.

Cette bénignité relative de la ligature ne peut nous étonner ici le territoire cérébral correspondant au côté lésé se trouvant accommodé déjà, du fait de la lésion du sinus caverneux, à l'insuffisance de l'apport artériel.

Quelquefois il faut lier les deux carotides, mais en tous cas, jamais en même temps. Retenez aussi qu'il est bon, comme je le disais tout à l'heure, de préparer la ligature par la compression digitale, pour habituer peu à peu le cerveau et préparer les phénomènes de suppléance cérébrale.

Un des inconvénients à craindre, c'est l'hémiplégie. J'ai vu au début de la guerre un malade qui, à la suite d'une blessure du paquet vasculo-nerveux du cou avait présenté un anévrysme artério-veineux de la carotide et de la jugulaire. On lia la carotide et le malade eut une hémiplégie qui dura deux jours. On n'avait en effet pas eu le temps de préparer ce malade à la ligature.

Mais dans les cas d'exophtalmie pulsatile, quand on peut habituer le malade à la compression, le cerveau se trouvant déjà naturellement préparé par la lésion à l'insuffisance d'apport sanguin, on n'observe pas en général d'hémiplégie.

Il y a huit ans MM. de Lapersonne et Sendral ont rapporté dans les *Archives d'Ophtalmologie* une observation dans laquelle on avait lié les deux carotides sans aucun accident consécutif et avec des résultats pleinement satisfaisants. Le malade fut revu ces jours-ci par le Dr Sendral et la guérison était toujours parfaite.

Si on a affaire à un sujet sain, jeune, n'ayant pas de lésion artérielle, pas de phénomènes d'hypertension, pas d'insuffisance circulatoire, on obtient de très bons résultats par la ligature d'une et au besoin des deux carotides. C'est ainsi que M. Cauchois, qui a fait un travail fort intéressant sur le traitement de l'exophtalmie pulsatile, paru dans le *Bulletin* de la Société de chirurgie du 2 février 1921, a obtenu de très bons résultats par la ligature des deux carotides primitives.

Sur 17 observations il a eu deux morts, et encore chez l'un, il avait fait une ligature double en une seule séance, les circonstances ne permettant pas d'attendre. Il est certain que le danger est dans ces cas assez considérable. Mais tous les autres cas ont été favorables : en attendant 2, 3 ou 6 mois pour faire la seconde ligature non seulement cette double intervention est bien supportée mais elle donne d'excellents résultats. On ne saurait donc hésiter à y recourir lorsque la première intervention est demeurée insuffisante.

Chez notre malade nous avons d'abord comprimé la carotide : nous demanderons ensuite à notre collègue,

M. Bergeret et de procéder à la ligature et si cette première ligature se montrait insuffisante, ce qui est très possible, nous n'hésiterions pas, quelques semaines plus tard, à conseiller la ligature de l'autre carotide primitive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1928 (*suite*)

Septicémie éberthienne et infection vésiculaire. — MM. ***Noël Fiessinger*** et ***Roger Cattan*** résument la longue observation d'une malade qui après une fièvre typhoïde compliquée à la fin d'une cholécystite hydropique aiguë avec ictère, fit à trois reprises espacées de quinze jours à un mois des nouvelles septicémies à Eberth, entrecoupées par des poussées aiguës de cholécystite douloureuse avec fièvre. Le tubage duodénal coupa la dernière septicémie mais fut suivie d'une colique hépatique. Cette malade ne fit en réalité pas de rechutes, comme permettent de l'affirmer les longues périodes apyrétiques, mais des fièvres typhoïdes successives, comme si la vésicule infectée était le point de départ de septicémies nouvelles. Les auteurs rapportent d'autres observations à l'appui des septicémies typiques d'origine vésiculaire. Sur ces constatations, ils ont employé dans les défervescences typhiques et dans les récidives le drainage médical des voies biliaires. Les résultats ont été des plus inconstants, démontrant que dans la fièvre typhoïde courante la part vésiculaire n'est que secondaire, et accessoire contrairement à ce qu'on observa dans l'observation rapportée.

Ictère de cinq mois par hépatite aiguë sans lésions des voies biliaires. — MM. ***Noël Fiessinger*** et ***René Toupet*** rapportent l'histoire d'un ictère franc apyrétique de cinq mois survenu sans cause apparente. Cet ictère, à plusieurs reprises, s'accompagna de colorations des matières et le tubage duodénal donnait une bile peu colorée mais certaine. Devant l'accentuation de l'ictère au quatrième mois et dans la crainte d'une erreur de diagnostic on intervint chirurgicalement et on constata l'intégrité et l'aplasie des voies biliaires extrahépatiques. L'intervention fut terminée par une cholécystostomie. Après quelques jours d'ictère grave, la bile s'écoula par la fistule biliaire bien avant d'apparaître dans le duodénum. Les auteurs assistèrent à la guérison complète de cet ictère après cinq mois. Ils insistent sur le caractère véritablement expérimental de cette observation et en tirent les constatations suivantes : nature certaine de l'intégrité des grandes voies, existence nécessaire de cholécystostomie qui semble favoriser la chasse biliaire. Ce fait rentre dans le cadre des ictères catarrhaux prolongés du professeur Dieulafoy. Les auteurs à ce fait joignent d'autres observations plus courtes dont une dans la même région que le malade précédent.

Présentation d'un appareil nouveau. — M. ***Charles Mayer.*** — Appareil nouveau obtenu par une modification de la seringue de Jubé. Un mouvement continu de rotation suffit à actionner l'appareil qui malgré son faible volume et sa petite capacité (5 cc.) donne un débit de un litre en 10 minutes. De démontage et stérilisation faciles (c'est un « sans soupapes »). Il est destiné principalement à la thoracentèse, mais peut servir également pour toutes les opérations portant sur des quantités supérieures à 20 cc. de liquide ou de gaz : ponctions d'abcès volumineux, oléothorax, injections d'oxygène, saignée...

Séance du 30 novembre 1928.

Analgésie du nerf laryngé supérieur dans les toux spasmodiques. — M. ***Halphen*** rappelle que dans les toux spasmodiques équivalentes ou non d'asthme, une thérapeutique analgésiante sur le nerf laryngé supérieur, ou sur les fibres trigemino-sympathiques au niveau du ganglion sphéno-palatin, peut amener des guérisons immédiates et définitives.

L'action inhibitrice du sulfate de magnésie sur la sécrétion hépatique de la bile. — MM. ***Chabrol*** et ***Maximin*** ont injecté du sulfate de magnésie par voie intra-veineuse à la dose moyenne de 0 gr. 15 par kgr. à des chiens porteurs de fistule cholédocienne temporaire, la vésicule étant exclue par une ligature préalable du canal cystique. Ils ont observé, par rapport aux échantillons témoins, une diminution du volume de la bile excrétée et une augmentation de sa teneur en pigments, la tension superficielle de la bile diluée au 1/50e restant sensiblement la même qu'avant l'expérience. La concentration de la bile en pigments que donne le sulfate de magnésie au cours de ces recherches, est telle que l'on peut avoir toutes les apparences d'une bile B vésiculaire chez ces animaux, dont la vésicule a été cependant exclue par la ligature du canal cystique. Le sulfate de magnésie exerce une action inhibitrice vis-à-vis de certains cholagogues éprouvés comme l'atophan et les sels biliaires. Alors que ces deux substances cholérétiques, administrées par voie veineuse, donnent toujours une hypersécrétion abondante chez les animaux témoins, leurs effets se trouvent anihilés lorsqu'on injecte au préalable dans les veines du sulfate de magnésie. Il en est de même lorsque cette substance est injectée après ces deux cholagogues. Les auteurs ne concluent pas de leurs expériences, que dans l'épreuve de Meltzer-Lyon, la bile B relève nécessairement d'une origine hépatique. Ils pensent, au contraire, que par voie duodénale, le sulfate de magnésie peut manifester son action inhibitrice sur le sphincter d'Oddi, permettant à la vésicule d'évacuer son contenu, comme l'a montré Vincent Lyon, mais il faut remarquer qu'en clinique, aussi bien qu'au laboratoire, la bile n'est pas toujours exclusivement vésiculaire et que sa coloration brûnatre, subordonnée à sa richesss en pigments, est parfois sous la dépendance d'un facteur hépatique.

Evidement total d'un cubitus par réticulo-sarcome de la moelle osseuse. (Sarcome d'Ewing) — MM. ***André Léri, Ad. Dupont*** et ***J.-A. Lièvre*** montrent une femme de 32 ans qui, depuis 18 mois, a présenté de loin en loin une crise de douleurs nocturnes très violentes au niveau de la région du cubitus droit. Objectivement on ne constate qu'une réduction importante de la pronation et une légère atrophie des muscles épitrochléens. Récemment, en soulevant un enfant, elle se fit une fracture spontanée du cubitus qui fut douloureuse et se répara très bien. A cette occasion, on fit une radiographie, et l'on constata un curieux *évidement de la totalité du cubitus*, qui était réduit sur toute sa longueur à une gaine de la minceur d'une feuille de papier. Une biopsie, pratiquée par M. Chifoliau, montre l'os rempli d'un tissu gélatineux brun rougeâtre. Histologiquement, ce tissu était constitué par une véritable « culture » de petites cellules, toutes identiques, constituées par un gros noyau clair à chromatine poussiéreuse et par très peu de protoplasma, presque sans figures de mitoses et sans substance fondamentale interposée. Ce tissu est caractéristique de la néoplasie décrite par Ewing sous le nom de *myélome endothélial*, par Connor et Kolodny, sous le nom de *sarcome d'Ewing*, par Oberling, sous le nom de *réticulo-sarcome de la moelle osseuse* : cette néoplasie aurait son point de départ dans les éléments qui constituent le réticulum de la moelle osseuse, indépendamment des éléments de la série ostéogène ou de la série hématogène. Au point de vue radiographique, elle se présente généralement, à la façon des ostéo-sarcomes, comme une néoformation exubérante et plus ou moins radiée, ou comme un estompage de l'os : il est exceptionnel qu'elle se manifeste comme un évidement de l'os, sans proéminence tumorale, et surtout qu'elle occupe la totalité d'un os long, y compris les épiphyses. Il est utile de connaître et de savoir diagnostiquer rapidement cette variété de tumeurs, dont tes manifestations *intermittentes* seraient caractéristiques d'après les auteurs américains, parce qu'elles seraient tout particulièrement *radiosensibles*, mais seulement à une periode précoce, et parce qu'elles donneraient naissance ensuite à des métastases osseuses disséminées et pulmonaires avec leur déplorable pronostic.

Azotémie au cours d'une fièvre typhoïde. — M. ***Melnotte*** (de Strasbourg) rapporte l'observation d'une typhique qui, au deuxième septénaire, fit une défervescence anticipée coïnci-

dant avec une azotémie à 4 gr. 97. Une thérapeutique énergique ayant ramené l'urée sanguine à son taux normal, la température remonta et la maladie poursuivit normalement son cours La rétention azotée a eu ici son action hypothermisante déjà signalée.

Purpura rhumatoïde traité par l'irradiation splénique.— MM. ***Aubertin, R. Lévy*** et ***Jean Lereboullet*** ont traité par l'irradiation splénique (trois séances de 200 R chacune en trois jours) un cas de purpura rhumatoïde dont les stigmates sanguins étaient très marqués : signe du lacet très fortement positif, temps de saignement à 45 minutes, plaquettes à 800.000, caillot irrétractile. Dès le début de l'irradiation, les hémorragies cutanées cessèrent d'apparaître, le surlendemain de la troisième séance, non seulement la guérison clinique était complète, mais le temps de saignement et la rétractilité du caillot étaient edevenus normaux, les plaquettes étaient à 170.000, le signe du lacet avait totalement disparu ; enfin, la rate avait repris ses dimensions normales. L'irradiation splénique agit donc non seulement sur les syndromes hémorragiques dont le substratum est un retard de la coagulation, mais sur ceux dont les stigmates de l'hémogénie.

La dioxyacétone dans le traitement du diabète. — M. ***F. Rathery, Mlle L. Levina*** et ***Maurice Rudolf***. — La dioxyacétone, contrairement aux travaux des auteurs allemands, ne peut être considérée comme une médication active dans le diabète. Elle ne saurait à aucun degré remplacer l'insuline. Si, chez certains sujets, elle paraît mieux assimilée que le glucose, chez la plus part de nos malades, elle a déterminé une élévation de la glycémie et de la glycosurie supérieure à celle qu'engendre le glucose. L'étude du quotient respiratoire, de la glycosurie, de l'excrétion des corps acétoniques urinaires, confirme les résultats précédents. On peut donc dire que la dioxyacétone se comporte comme les autres sucres en général, c'est-à-dire que son assimilation est différente suivant les diabétiques ; mais, d'une façon générale, elle est plutôt moins bien assimilée que le glucose.

Un cas de médiastinite tuberculeuse avec symphyse péricardique probable guérie par l'héliothérapie marine. — MM. ***A.-F. Armand Delille*** et ***J. Bertrand*** présentent un enfantde 10 ans 1/2 qui était entré dans leur service d'Hérold, en janvier dernier, avec de la fièvre, tachycardie et embryocardie et des signes cliniques et radiologiques de médiastinite tuberculeuse : volumineuse adénopathie trachéo-bronchique et symphyse péricardique, mais atteinte hépatique (ombre cardiaque augmentée avec contours flous, fixité de la pointe, très grosses ombres bilaires).

Sous l'influence d'uu traitement de trois mois à l'hôpital au repos complet et actinothérapie, puis grâce à un séjour de six mois à San-Salvadour. avec cure hélio-marine, le petit malade est complètement transformé et paraît guéri. Il a augmenté de 4 kg. 600 ne présente aucun symptôme pathologique, le pouls est revenu normal, les ombres ganglionnaires ont regressé et presque disparu, l'ombre cardiaque a repris sa forme normale et la pointe du cœur sa mobilité. En résumé, les signes de médiastinite et de symphyse ont complètement disparu sous l'influence de la cure hélio-marine.

Myrtille et diabète. — MM. ***Rathery*** et ***Mlle Levina***. — L'extrait de feuilles de myrtille a été très étudié en Allemagne, et en Amérique comme médicament antidiabétique. Les feuilles de myrtilles semblent bien renfermer un principe actif qui pourrait être de quelque utilité pour les diabétiques. Les auteurs ont observé des baisses de la glycémie et de la glycosurie à la suite de l'ingestion de cette substance, mais les effets ne se retrouvent pas chez tous les sujets : des recherches plus nombreuses, et d'une durée plus longue sont nécessaires pour porter une conclusion ferme.

Séance du 7 décembre 1928

Néphrites, néphrose et urémose. — M. ***Emile Feuillié*** définit comme néphrose un état diathésique ayant des manifestations de néphrites. Orage pathologique tombant sur l'égout rénal. Il y a donc fatalement dans toute néphrose intrication de symptômes extra-rénaux tels que l'œdème et de signes de néphrite. Il existe des néphroses sèches et des néphroses humides.

On doit faire rentrer dans le cadre néphroses l'immense majorité des cas décrits sous le nom de néphrite, car ce qui est le primum movens en général dans les néphrites classiques ce n'est pas le rein, mais un état diathésique. Les descriptions des néphrites classiques s'appliquent aux néphroses. L'auteur y ajoute sept notions qui découlent de ses recherches personnelles. 1° Le dosage des albumoses et des savons alcalins du plasma. 2° La leucopathie. 3° Les troubles de régulation du dédoublement acidobasique du chlorure de sodium. 4° Les cylindres lipoïdiques. 5° L'œdème par hydrophilie due à une dégénérescence protéo-lipoïdique de leucocytes et de tissus. 6° La dégénérescence cellulaire cholestérinique. 7° Le traitement thyroïdien et opothérapique des leucopathies.

L'auteur donne une classification anatomo-clinique des néphrites. Le tableau de la néphrose lipoïdique est alors facile à concevoir.

On doit donner le nom d'urémose à un ensemble de troubles identiques à ceux de l'urémie mais qui sont dus à l'état diathésique et non au barrage rénal. De l'urémie classique par barrage rénal il faut donc retrancher l'urémose et tous les troubles dus aux œdèmes ainsi que les symptômes consécutifs à l'hypertension, car l'œdème et l'hypertension ne sont pas des signes de néphrite.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — MM. ***Bezançon, Wahl et Guillaumin*** rapportent une observation de néphrose lipoïdique typique, telle que l'ont décrite Munk et Epstein, mais dont l'évolution se fit vers l'urémie. Ce cas montre que l'individualité du syndrome n'est peut-être pas aussi nette que certains auteurs l'ont affirmé. Les modifications chimiques du sang ont été suivies soigneusement et ont montré la diminution progressive de la lipémie quand l'azotémie s'éleva. L'examen histologique fait par M. Oberling montre des lésions diffuses des glomérules du tissu interstitiel et surtout des tubuli. La dégénérescence graisseuse des tubuli dominait néanmoins et le foie présentait des lésions dégénératives. Il faut donc être prudent avant de se hâter de décrire un nouveau syndrome rénal.

Un cas de staphylococcémie avec méningite suppurée ayant abouti à la guérison. — MM. ***F. Bezançon, Weismann-Netter et Destouches*** présentent l'observation d'une malade atteinte de staphylococcémie sans porte d'entrée décelable et chez laquelle l'affection a débuté par une méningite cérébro-spinale aiguë, simulant en tous points une méningite à méningocoque. L'hémoculture, la constatation du staphylocoque doré dans le liquide céphalo-rachidien, permirent le diagnostic. Après évolution favorable, relativement rapide de la méningite, la septicémie continue à évoluer avec des localisations successives dont la dernière fut une spondylite suppurée. La guérison fut acquise après plusieurs mois, bien que la malade ait réalisé une véritable cachexie, bien qu'aussi persiste encore une fistule consécutive à une spondylite. Les auteurs insistent sur la gravité extrême du pronostic de la septicémie staphylococcique avec méningite et pensent qu'une relatiou existe dans leur cas entre la méningite initiale et la spondylite, malgré l'extériorisation tardive de celle-ci. Le traitement employé chez cette malade consista en vaccinothérapie (lysat-vaccin préparé par le Dr Duchon), et en protéinothérapies variées.

Chancre syphilitique survenu chez un sujet à Wassermann positif. — MM. ***Maurice Renaud et Miget***. — Une femme dont le mari contracte un chancre syphilitique (en octobre 1927) est minutieusement examinée et régulièrement suivie pendant plus de trois mois. Elle ne présente aucune manifestation clinique d'infection, mais à plusieurs reprises la réaction de Wassermann se montre franchement positive (deux degrés de déviation par l'antigène dans la méthode de l'auteur). La malade est jugée indemne de syphilis. En décembre, le mari bien que régulièrement et fortement traité et dont le chancre s'était rapidement cicatrisé présente des lésions ulcéreuses de la verge avec tréponèmes. Dans les premiers jours de février apparaît chez la femme un chancre typique de la vulve avec tréponèmes. Elle avait été contaminée dès l'apparition des accidents de récidive. Des circonstances particulières ont donc permis de constater de

BIBLIOGRAPHIE

Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale chez l'adulte, par P. Oudart, A. Hesnard, H. Coureaud. (Clinique chirurgicale de l'hôpital Sainte-Anne de Toulon). Préface du professeur Sicard. Un volume de 256 pages avec 15 figures : 36 fr. Masson, éditeurs, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Les auteurs n'étudient pas les grands traumatismes rachidiens aisés à reconnaître, mais ils insistent sur les lésions évoluant avec un cortège de signes qui, pour être moins bruyants, n'en comportent pas moins un pronostic sérieux. Ils montrent comment il faut, dans tous les cas, examiner avec soin le rachis au point de vue morphologique, analyser les signes observés, insister sur les circonstances qui ont révélé ou provoqué l'affection, le mode de début. Ils montrent enfin comment il faut refaire rapidement non seulement toute la séméiologie du rachis (séméiologie générale s'il s'agit d'une affection sans localisation précise, séméiologie particulière à chaque segment si l'on a affaire au contraire à une lésion nettement située), mais encore l'examen des organes dont les rapports médiats ou immédiats avec la colonne vertébrale peuvent simuler une maladie rachidienne.

On appréciera d'autant plus la portée pratique de cet ouvrage que les affections du rachis occupent une place importante dans la statistique actuelle des hôpitaux, que les circonstantes générales qui en favorisent l'apparition sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois et surtout qu'il s'agit d'un organe qui joue dans la statique un rôle primordial et assure la protection de la moelle dont les lésions sont si vite irrémédiables.

Chirurgie des voies biliaires spiro-cholécystostomie, par C. Sobrè-Casas. Un volume de 120 pages avec 33 planches hors texte en noir et en couleurs : 35 fr. Masson et Cie, éditeurs, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Le Professeur Sobré-Casas pratique la cholécystostomie avec laquelle il a obtenu d'excellents résultats opératoires et post-opératoires. Il supprime ainsi la fonction physiologique de la vésicule biliaire par la ligature du canal cystique et sa nutrition par la ligature de l'artère cystique.

Cette technique décrite dans ce livre est basée jusque dans les moindres détails sur des connaissances approfondies d'anatomie normale et pathologique, de physiologie et de microbiologie que l'auteur considère comme indispensables pour éviter des erreurs chirurgicales.

Les observations présentées ont été faites sur cinquante malades. L'auteur indique pour chaque cas, avec détails, la technique employée et complète ses exposés par une riche illustration.

Une bibliographie termine l'ouvrage.

L'Etat contre le médecin vers une renaissance corporative, par le Dr P. Guérin. Préface de M. Paul Bourget, de l'Académie française. In-8°, 310 pages : 26 fr. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris-6e.

Le médecin digne de ce nom tient à son indépendance.
Le malade tient à l'indépendance de son médecin

L'un et l'autre s'inquiètent des atteintes que porte au libre exercice de l'art médical cette loi des assurances sociales dont on a pu dire qu'elle était d'inspiration plus socialiste que sociale. Ne constitue-t-elle pas une marche progressive vers la fonctionnarisation des médecins ? C'est ce qui ressort avec une lumineuse évidence de cette critique si bien résumée par son titre : «l'Etat contre le Médecin».

Vis-à-vis des utopies étatistes, l'auteur brosse un tableau magistral de l'œuvre magnifique réalisée depuis dix ans par les Caisses d'allocations familiales, vivante ébauche de ce qui pourrait être demain la corporation rénovée et adaptée aux besoins modernes.

Apôtre des principes corporatifs, le docteur Guérin conclut avec une logique impeccable à la nécessité de la Corporation médicale ; à l'heure où le corps médical français rougit des tares de certains de ses membres, où la loi des assurances sociales en facilitant les abus risque de multiplier les scandales, où une invasion de « métèques » inquiète à juste titre le praticien français, seule la Corporation peut représenter devant l'Etat les intérêts professionnels, seule elle peut défendre le métier contre les mercantis qui la déshonorent, seule, elle a le droit de juridiction et d'exclusion. Voilà enfin une étude précise et judicieuse de ce que sera demain l'Ordre des Médecins.

Tel quel, cet ouvrage vient à son heure. C'est bien ainsi qu'en ont jugé et la Faculté de Paris qui l'a proposé pour le Prix de Thèse, et M. Paul Bourget, ce chef de file de tant de générations médicales, qui a adressé à l'auteur trois admirables Préfaces.

Ecrit en un style alerte et vif, ce volume contient ce que tout médecin — et tout citoyen doit connaître de ces problèmes d'une actualité brûlante. Il constitue selon le mot du professeur J.-F. Faure « le bréviaire du praticien français ».

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Ab. : France : 95 fr. Librairie de France, 190, boul. St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de novembre 1928 : Michel-Ange de Caravage par J.-L. Vaudoyer. — Un immeuble moderne, par Marie Dormoy. — James Ensor et le double aspect de son art, par G. Marlier. — Les peintures décoratives d'A. Blanchet à Lausanne, par A. Bovy. — Les dessins de Léonard de Vinci, par T. Klingsor. — Le salon d'automne, par F. Fosca. — Maurice Asselin, par J. Alazard.

Chroniques : Chronique des expositions. — Bibliographie.

façon certaine l'apparition d'un chancre syphilitique chez une personne dont la réaction de Wassermann était manifestement positive. M. R. livre ce fait aux médications de ceux qui se contentent d'une réaction de Wassermann pour porter le diagnostic de syphilis.

MM. Chevalier et Marcel Pinard font, sur la nature véritable du prétendu chancre chez la femme du malade, des réserves qu'appuie M. Lortat-Jacob. Il a pu très bien s'agir d'une syphilide secondaire chancriforme.

Eczéma des nourrissons et lait maternel. — *M. Variot*, des observations qu'il a accumulées depuis de nombreuses années, tire cette conclusion qu'il y a des laits de femmes eczématigènes. Dans l'ensemble, l'eczéma du nourrisson est plus fréquent chez les sujets nourris au sein que chez ceux soumis à l'allaitement artificiel. Ce sont les laits trop riches en beurre qui paraissent les plus eczématigènes. Cette notion n'est pas communément acceptée et il est de tradition d'admettre que la suralimentation est la cause habituelle de l'eczéma, ce qui est erroné. Quoi qu'il en soit, la substitution du lait surchauffé et homogénéisé guérit l'eczéma du nourrisson que le lait maternel entretient.

M. Comby n'admet pas l'interprétation de M. Variot.

M. Babonneix partage au contraire l'opinion de M. Variot.

Séance du 11 décembre 1928.

L'encéphalopathie saturnine et la révision de la loi sur les maladies professionnelles. — M. *René Bénard*, envisageant la question toujours pendante de la révision de la liste limitative des maladies dues à l'intoxication saturnine et indemnisables au titre de la loi sur les maladies professionnelles, critique le terme d'encéphalopathie saturnine, que certains voudraient y voir figurer. Il montre que, sous ce vocable, les auteurs englobent les affections les plus disparates. et tout en estimant cette révison nécessaire. il propose de substituer à ce terme désuet celui beaucoup plus précis et plus exact d' « d'accidents de l'hypertension saturnine ».

Azotémie, chlorémie et réserve alcaline. — M. *Léon Blum*. — Les relations que l'on a cherché à établir entre l'azotémie, la chlorémie et la réserve alcaline se sont montrées fort irrégulières, cette irrégularité s'explique par la pathogénie différente dont peut relever l'azotémie. Selon l'origine de l'azotémie, les rapports entre l'azotémie et la chlorémie sont fort différentes ; quand il y a un fort abaissement de chlore, l'azotémie par manque de sel est certaine; quand il y a augmentation du chlore, l'azotémie d'origine rénale est également certaine. Quand l'abaissement du chlore est modéré il peut s'agir, soit d'une azotémie d'origine rénale, soit d'une azotémte par manque de sel, soit encore d'une azotémie des deux. Entre l'azotémie et la réserve alcaline, il n'existe aucune relation directe.

Diabète et tuberculose traités par l'insuline. — M. *Lenoir* représente un jeune homme, atteint de diabète avec tuberculose pulmonaire, qui a déjà fait l'objet d'une présentation et chez lequel, grâce à la collapsothérapie, associée à l'insuline, les accidents se sont très améliorés. Actuellement, le malade a reçu, depuis le début, 130.000 unités cliniques d'insuline et depuis juillet, 96.000 unités cliniques. Il a présenté en octobre, des troubles acidosiques et, depuis, il est très amélioré. On constate l'absence de sucre dans les urines, l'absence de bacilles dans les crachats, une glycémie à 1 gr. 50 et une cataracte gauche serait très améliorée.

M. *Labbé* insiste sur l'importance du régime chez les diabétiques tuberculeux et surtout sur les bons résultats qu'on obtient par l'association du régime et de l'insuline.

Sur le traitement du diabète avec acidose associé à la tuberculose pulmonaire bilatérale. — MM. *Marcel Labbé*, *R. Boulin* et *L. Justin-Besançon*. — La tuberculose bilatérale. rapidement évolutive, est une complication fréquente du diabète, particulièrement grave lorsqu'elle survient au cours du diabete avec dénutrition. Les auteurs présentent deux malades traités par le pneumothorax bilatéral. L'un et l'autre sont suivis depuis rois ans pour le diabète. Chez le premier de ces malades, l'évolution de la tuberculose est suivie depuis juillet 1927. Traité par un pneumothorax droit en octobre de la même année, il subit un pneumothorax gauche en octobre 1928. Chez l'autre malade l'insufflation du côté droit pratiquée en octobre de cette année est suivie, un mois après, de l'insufflation de la plèvre gauche. Les auteurs présentent les malades, en attirant l'attention sur leur excellente tolérance au collapsus pulmonaire bilatéral. Les conclusions, toutes provisoires, d'ailleurs, qu'ils tirent de ces observations portent sur l'évolution de leur diabète, leur état général, le développement de leur tuberculose. Au point de vue diabète, l'établissement du pneumothorax symétrique en réduisant le champ de l'hématose, ne semble pas avoir ajouté d'élément d'acidose gazeuse à l'intoxication acide relevant du diabète. Au contraire, la poussée d'acidose en rapport avec l'installation de la tuberculose a plutôt régressé depuis l'instauration du pneumothorax. Par contre, la quantité d'insuline nécessaire pour faire tolérer un régime pourtan restreint en hydrates de carbone, reste extrêmement élevée. Au point de vue de leur état général, l'effet de la collapsothérapie s'est traduit par l'arrêt de la chute du poids chez un des malades et nne reprise de 5 kgr. 1/2 chez l'autre. Au point de vue physiologique, l'expectoration s'est tarie, la fièvre est tombée. A remarquer, de plus, qu'on n'a constaté chez aucun de ses malades de signes de défaillance cardiaque en dehors d'une tachycardie passagère avec cyanose très transitoire chez l'un d'eux lors de l'établissement du deuxième pneumothorax.

M. *Kindberg* insiste sur les très intéressantes observations rapportées par les auteurs, mais, malgré les heureux résultats obtenus, fait des réserves sur le pronostic lointain.

M. *Courcoux* montre que, sans insuline, par le simple régime, on peut obtenir une amélioration de la tuberculose. Il signale surtout l'importance du pneumo-thorax sur l'évolution du diabète et rappelle que, chez le diabétiqne qui ne suit pas de régime, la tuberculose évolue toujours très rapidement.

M. *Rist* partage l'opinion de M. Kindberg et fait également des réserves sur le pronostic lointain.

M. *Carnot* fait des réserves sur le pronostic de la tuberculose chez les diabétiques et cite une observation d'une malade diabétique qui, malgré le traitement par l'insuline, a présenté une tuberculose du sommet droit. Elle présente actuellement un pyopneumo-thorax. Il conclut que les bons succès ne sont pas constants.

Volumineux pendulum néoplasique de l'oreillette droite secondaire à une tumeur dite sarcomateuse de l'estomac. Syndrome clinique d'une endocardite maligne lente. — MM. *P. Carnot* et *Lambling*.

Dystrophie osseuse généralisée, d'origine indéterminée. — MM. *André Léry*, *Le Rasle*, et *J. A. Lièvre* présentent une fillette de 15 ans, hypotrophique et aménorrhéique, dont les membres longs et grêles sont tout à fait disproportionnés avec le tronc court et tassé et la petite tête, Le long des membres, la proéminence des articulations contraste avec la minceur des régions inter-articulaires. Sur les radiographies, l'extrême gracilité des diaphyses, dont la couche compacte est généralement conservée, contraste de même avec l'hypertrophie et la transparence excessive des épiphyses. Les os courts et plats et les os membraneux de la tête et du tronc, vertèbres, côtes, clavicules, crânes, sont très amincis et très peu calcifiés. Les mains et les pieds sont particulièrement allongés et comme étirés. Toute la musculature, celle du tronc comme celle des membres, participe à l'atrophie du squelette. On constate, en outre, une grosse luxation en arrière de la tête du radius. L'incurvation des jambes, la périostose du tibia et du péroné gauches, plusieurs prématurations de la mère, font penser, malgré un Wassermann négatif, que l'hérédo-spécificité est peut-être en jeu. Mais, en réalité, cette dystrophie osseuse généralisée, tout en empruntant certains caractères au rachitisme, à l'ostéomalacie, à l'hérédo-syphilis osseuse, au rhumatisme chronique, à la dolichosténomélie, ne peut entrer dans le cadre d'aucune de ces affections.

Hypertension paroxystiqne et œdème aigu du poumon. — M. *Aubertin* cite l'observation d'une malade qui, au cours

d'une crise d'hypertension paroxystique, a présenté une crise d'œdème aigu du poumon. La malade était atteinte de maladie de Corrigan. La tension artérielle, avant la crise, était de 15 1/2 pour atteindre 28 au moment de la crise. La tension baissait graduellement et, au bout d'une heure, avait atteint 19 ; à ce moment, les râles d'œdème avaient singulièrement augmenté. Ce fait montre l'importance de l'hypertension paroxystique dans la genèse de certaines manifestations de l'insuffisance ventriculaire gauche, aussi bien dans l'œdème aigu du poumon que dans l'angine de poitrine.

Valeur de l'éosinophilie pour le diagnostic de cas d'asthme cliniquement incertain. — MM. ***Fernand Besançon*** et ***Etienne Bernard*** rappellent que dans les manifestations cliniques appelées équivalents de l'asthme, c'est la notion de l'éosinophilie du sang et des crachats qui, dans un grand nombre de cas, permet avec certitude de rapprocher de l'asthme ces manifestations où la dyspnée fait défaut. D'autre part, certaines crises de dyspnée paroxystique évoquent au premier abord, par les signes cliniques (âge du malade, polypnée, tension artérielle, etc..) un asthme cardiaque ou cardio-rénal. Souvent l'expectoration, par ses caractères macroscopiques, s'éloigne beaucoup de l'aspect classique décrit dans l'asthme. La présence des éosinophiles dans les crachats et dans le sang ramène au véritable diagnostic que confirment les succès thérapeutiques par la belladone ou l'adrénaline. L'éosinophilie des crachats reflète les altérations anatomiques observées à l'autopsie des malades morts à la suite de crises d'asthme : dans les bronches des moules muqueux littéralement bourrés de cellules éosinophiles, muqueuse et couche musculeuse également infiltrées des mêmes éléments. La signification de cette réaction leucocytaire reste encore mystérieuse. Elle ne présenta pas de rapports étroits avec l'anaphylaxie ou avec les variations pathologiques du vago-sympathique. Mais la constance de cette éosinophilie la facilité de sa recherche, la font considérer par les auteurs comme le test le plus fidèle de la crise d'asthme ou de ses équivalents.

M. ***Pasteur-Vallery-Radot*** insiste sur la valeur de l'éosinophilie et déclare qu'il l'a trouvée dans 74 % d'asthme.

M. ***Flandin*** considère que l'éosinophilie sanguine ne doit pas être considérée comme synanyme d'asthme et qu'on peut l'observer chez des malades gazés, par exemple ; de même, chez certains cardio-rénaux, certaines dyspnées peuvent être améliorées par l'atropine ou l'adrénaline, sans qu'il s'agisse d'asthme.

MM. ***Hallé***. ***Jausion***, ***Pagniez*** et ***Tzanck*** partagent la même opinion.

M. ***Pagniez*** en particulier cite le casd'une malade atteinte de toux spasmodique dans le sang de laquelle il existait 70 % d'éosinophiles. La malade avait 5 tœnias ; si bien qu'il ne s'agissait pas de toux essentielle.

Séance du 21 décembre 1928.

Erythrocyanose du bras provoquée par le mouvement. — MM. ***Pagniez*** et ***Robert Sicard*** présentent une jeune femme de 25 ans chez qui, depuis six mois, tous les actes nécessitant un effort prolongé du bras droit, comme le fait de frotter, lessiver, etc., provoquent l'apparition d'une érythrocyanose très marquée. Les mouvements du bras gauche n'amènent aucune modification circulatoire. Ce phénomène commence à se produire au bout d'une minute, va en s'accusant jusqu'au moment où le gonflement du bras et l'engourdissement qui en résulte, obligent la malade à cesser tout mouvement. La circulation se rétablit alors très lentement et demande plusieurs minutes pour redevenir normale. Ce trouble circulatoire est strictement limité au bras droit, remonte jusqu'à la région deltoïdienne et ne s'accompagne d'aucune gène apparente de la circulation veineuse, les veines ne présentant pas de dilatation importante au moment ou l'érythrocyanose est maximale.

L'examen clinique et radiologique ne montrent aucune lésion susceptible de comprimer les vaisseaux ou d'irriter les troncs nerveux. Il n'y a eu, à l'origine, aucune plaie périphérique, aucun traumatisme, aucune maladie. Il n'existe, ni au moment de la crise vasculaire, ni en dehors d'elle, aucun trouble d'ordre sympathique et, en particulier, pas de troubles sudoraux, ni de troubles de la réflectivité pilomotrice.

Le phénomène observé par MM. Pagniez et Robert Sicard et dont ils font la démonstration semble d'une exceptionnelle rareté. Peut-être est-il à rapprocher de certains cas d'urticaire par effort.

Angiomatose hémorragique héréditaire (maladie d'Osler). — MM. ***Flandin*** et ***Soulié*** présentent une malade âgée de 54 ans présentant une angiomatose hémorragique héréditaire (maladie d'Osler). Cette malade présente des hémorragies nasales très abondantes et des taches vasculaires rouge carminé sur les joues, le menton, la face supérieure de la langue et sur les doigts. Ces hémorragies et ces éléments télangiectasiques se sont développés depuis une dizaine d'années. L'examen hématologique ne montre qu'une anémie très marquée. Temps de saignement et de coagulation normaux. Caillot rétractile. Contrairement aux observations présentées par M. P.-E. Weill en 1926 et chez lesquelles un retard de la coagulation avec émiettement secondaire du caillot permettait de rapprocher cette affection de l'hémogénie, on ne trouve aucune modification de cet ordre dans l'observation actuelle. La pathogénie et l'origine de cette curieuse affection restent encore totalement inconnues.

La vitropression, graduellement appliquée, des éléments vasculaires, montre qu'il s'agit de dilatations vasculaires développées aux dépens des petits vaisseaux du type artériel du derme. Les éléments présentent en effet des battements synchrones au pouls et leur coloration rouge vif les rapproche d'éléments du type artériel.

Chirurgie et tumeurs du cerveau. — M. ***Clovis Vincent*** présente une série de malades atteints de tumeurs cérébrales opérées, l'amélioration obtenue dans tous les cas a été surprenante et rapide. L'auteur montre qu'il y a lieu de distinguer dans cette chirurgie les tumeurs de l'étage inférieur et celles de l'étage antérieur et supérieur. L'auteur insiste sur le fait que certains malades sont complètement guéris et d'autres soulagés temporairement. Il y a lieu également de distinguer la nature des tumeurs ; c'est ainsi que les méningiomes guérissent complètement, car il no s'agit pas de tumeur maligne. Quant aux kystes gliomateux, le résultat est excellent, quand on peut enlever complètement le kyste. Dans ce cas, ou il ne se reproduit pas, ou, si la récidive a lieu, elle se fait très lentement. L'auteur, à ce propos, cite un cas où la récidive n'a eu lieu qu'au bout d'une vingtaine d'années. Pour obtenir un excellent résultat, il y a lieu de faire un diagnostic précoce et d'intervenir le plus tôt possible.

Un cas d'agranulocytose. — Mme ***Pouzin Malègue*** (de Nantes) rapporte un cas d'angine avec agranulocytose postbenzénique.

Eloge de M. Louis Brocq. — M. ***P. Teissier***.

Elections de membres correspondants. — MM. ***E. Doumer*** (de Lille) ; ***Ledoux*** (de Besançon) ; ***Gaston Laurès*** (de Toulon) ; ***Barcia*** (de Montévidéo).

René Giroux.

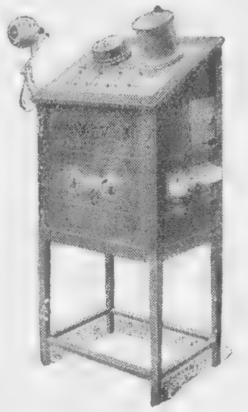
ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1928.

Vaccination contre la rage et le venin de la vipère aspic au moyen des mélanges virus-rabique-venin, avec virus en excès. — Mme ***Phisalix***, après avoir montré le pouvoir que possède le venin de vipère de détruire *in vitro* le virus rabique (1 cc. de solution au millième de venin neutralise, en tuant le microbe rabique, 1 cc. d'émulsion centésimale de virus) et rappelé ses résultats antérieurs sur la vaccination contre la rage au moyen d'inoculations intra-veineuses au lapin de venin chauffé, préconise le mélange de virus rabique et de venin qui contiennent chacun un antigène venimeux et un antigène rabique, pour créer à la fois la résistance à la rage et au venin. Les mélanges virus rabique, venin de vipère, avec virus en excès, inoculés sous la peau, non seulement n'infectent pasle lapin,


SOCIÉTÉ
GALLOIS & Cie
41, BOULEVARD DES BROTTEAUX,
LYON
Vous accroîtrez votre notoriété,
Vous agrandirez votre clientèle,
Vous augmenterez le domaine scientifique.
en utilisant les
RAYONS ULTRA-VIOLETS
Vous aurez une installation simple,
pratique et peu onéreuse avec les
LAMPES en quartz à mercure GALLOIS
avec brûleurs à haut rayonnement ultra-violet. (Brevets Gallois et H. George)
La Société GALLOIS & Cie construit aussi un
PROJECTEUR PHOTOTHERMIQUE
pour
RAYONS INFRA-ROUGES
ainsi que des
NOUVELLES ÉLECTRODES
genre Mac Intyre, en quartz pur transparent
pour applications combinées des courants à
Haute Fréquence
et des Rayons Ultra-violets (Brevet R. Gallois)
La Société Gallois et Cie se fait un plaisir de communiquer à MM. les Docteurs les résultats acquis par 20 années d'expérience et d'indiquer tous renseignements bibliographiques spéciaux aux rayons ultra-violets et infra-rouges.









comme le ferait dans 75 % des cas, d'après Hogyès, le virus rabique seul ; mais encore lui permettent de résister à une dose de venin supérieure à la dose mortelle, inoculé dans le péritoine, ainsi qu'un virus rabique introduit par le mode le plus sévère, l'inoculation directe sous les méninges après trépanation.

Cette méthode de vaccination serait aisément applicable aux animaux circulants, tels les chiens de chasse, par exemple, exposés aux morsures de leurs congénères errants atteints de rage, ainsi qu'aux morsures de vipères, qui entraînent souvent la perte de l'odorat, quand ce n'est pas celle de la vie.

La verdunisation dans la lutte contre la fièvre jaune. — *M. Bunau-Varilla* préconise le procédé de verdunisation des eaux pour lutter contre la fièvre jaune inoculée par les *Stegomya*.

Cette verdunisation consiste, comme on sait, à stériliser l'eau par l'introduction de chlore, dans les proportions de 1 gr. de chlore pour 10 mc. d'eau. Elle a fourni de très bons résultats sur les rives du golfe du Mexique où les Américains l'ont appliquée systématiquement ainsi qu'à Dakar, l'été dernier.

L'état de pureté et la capacité antiseptique conférés à l'eau sont de nature à empêcher le développement de la larve de Stegomya. Des observations biologiques faites sur la côte occidentale d'Afrique en 1917 par Barot, et confirmées par celles de Roubaud, ont montré que l'éclosion des œufs de *Stegomya* est facilitée par la pollution de l'eau par les microbes, et que les femelles pondent de préférence dans les eaux impures ; celles-ci ont une action stimulante sur l'éclosion des œufs, et enfin les larves elles-mêmes s'accroissent rapidement dans les eaux impures, tandis qu'elles ne se développent pas dans l'eau pure.

La distribution d'eau pure et antiseptique, verdunisée, peut donc contribuer dans les agglomérations citadines tropicales, à réaliser la prophylaxie de la fièvre jaune.

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1928.

Hernie épigastrique étranglée. — *MM. Spillman et Chauvet* communiquent deux cas de cette affection, qui sont rapportés par *M. Deniker*.

Fracture du calcanéum. — *M. Schultz* (de Strasbourg). *M. Deniker*, rapporteur. — L'auteur a opéré six cas. Quatre fois, il a fait la réduction sanglante et maintenu la réduction par une agrafe de Dujarier. La marche a été reprise après six semaines ; elle est indolore après cinq mois. Les deux autres cas ont été traités par arthrodèse et astragalectomie.

En somme, les auteurs ont obtenu de bons résultats. Peut-être pourrait-on ajouter dans le foyer de fracture quelques greffons ostéo-périostiques qui hâteraient la consolidation.

Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre. — *M. Grimault* (d'Algrange) communique une observation que rapporte *M. Capette*.

A la suite d'un syndrome de perforation, on opère et on trouve une perforation à la base de la vésicule qui contient un gros calcul. Cholécystostomie. Guérison spontanée de la fistule biliaire.

Kyste hydatique du grand pectoral. — *M. Pheulpin* (de Belfort). (*M. Capette* rapporteur).

Diverticule de l'œsophage. — *M. Grégoire* rapporte une observation de *M. Leclerc* (de Dijon). Celui-ci opère sous anesthésie locale et isole le diverticule. Section et suture à la base ; un petit drain. Guérison.

M. Grégoire pense qu'il vaut mieux faire la section du diverticule entre deux pinces de façon à suturer sur l'œsophage fermé.

Récidive de grossesse tubaire du même côté. — *M. Weiss* (de Strasbourg). *M. Grégoire* rapporteur. — Devant un tableau d'hémorragie interne, on pense à une grossesse tubaire du côté opposé ; or à l'intervention, la récidive s'était faite dans le moignon tubaire du côté de la première localisation.

C'est là un fait exceptionnel, dont on ne connait que neuf cas ; on a aussi cité des cas de grossesses développées dans un moignon de trompe fistulisé dans le vagin après hystérectomie vaginale.

Iléus biliaire. — *MM. Lamare et Larget* communiquent deux observations qui sont rapportées par *M. Robineau*. M. Lamare, dans le premier cas, a posé le diagnostic après avoir senti le calcul au toucher ; il opère au septième jour, extirpe le calcul et suture l'intestin. M. Larget, dans le deuxième cas, a également fait le diagnostic pré-opératoire ; il agit comme M. Lamarre et sa malade meurt en quarante-huit heures.

M. Robineau croit que la cause de la mort est souvent la résorption de liquides toxiques : aussi estime-t-il nécessaire de vidanger systématiquement l'intestin avant sa fermeture ou même de le fistuliser.

M. Gosset insiste sur l'abaissement de la chlorurémie et sur les bons résultats obtenus par les injections de sérum salé hypertonique.

M. Alglave dit que la fistulisation à la peau est dangereuse.

M. Métivet a fistulisé une fois et a pu guérir son malade.

M. Monod pense qu'on peut vidanger le grêle sans le fistuliser.

Cordotomie. — *M. Leclerc* (de Dijon) communique deux observations qui sont rapportées par *M. Robineau*. Le premier cas a trait à un cancer du sein ; une première opération unilatérale a été suivie de la suppression des douleurs ; il est réintervenu quelques mois plus tard pour faire la section du côté opposé ; mais, cette fois, il n'a pas obtenu un bon résultat.

Le deuxième malade était un syringomyélique qui n'a aucunement bénéficié de l'opération.

M. Robineau réserve la cordotomie aux cancéreux algiques, mais ne la fait pas chez les douloureux psychiques. C'est une opération bénigne, malgré la rétention d'urines post-opératoire.

Syncope cardiaque. — *MM. Paoli et Imbert* (de Marseille) donnent une observation de réanimation cardiaque par l'adrénaline.

Dilatation aiguë de l'estomac. — *M. Dujarier* rapporte une observation de *MM. Lamarre et Larget* où ils ont obtenu la guérison par gastro-entérostomie après ponction de l'estomac.

M. Duval dit qu'il faut, dans tous les cas, faire le tubage et lavage d'estomac pré opératoire.

Fermeture intra-péritonéale des fistules colo-cæcales. — *M. Duval* apporte sa statistique personnelle de trente-huit cas sans aucun accident.

M. Duval est opposé à l'emploi de la suture intra-pariétale et de l'entérotome de Dupuytren. La fermeture intra-péritonéale n'entraine pas d'accident si les indications ont été bien posées, si en particulier, toute trace d'infection, même minime, a disparu, et aussi à la condition que l'on résèque avec soin tout ce qui est scléreux et cicatriciel et que l'on suture l'intestin en parties parfaitement saines.

M. Basset a obtenu un beau résultat par ce procédé.

M. Lenormant ne voudrait pas que l'on condamne toujours les interventions extra-péritonéales. Celles-ci peuvent avoir des indications.

MM. Gosset et Roux-Berger s'associent à ce que vient de dire M. Duval.

Séance du 5 décembre 1928.

Cure des anus artificiels. — M. *Cadenat* discute les indications respectives de la fermeture intra-pariétale et de la fermeture intra-péritonéale et communique deux observations personnelles.

Fractures du calcanéum. — M. *Lenormant* discute les interventions possibles. Il estime que l'ostéosynthèse à prothèse perdue est à rejeter, car il s'agit d'un os spongieux très friable ;

il vaut mieux utiliser des greffes ostéo-périostiques. Il apportera ultérieurement sa statistique avec des résultats éloignés.

Fracture isolée des apophyses transverses lombaires. — M. *Grimault* (d'Algrange), M. *Wiart*, rapporteur. — L'auteur réunit dix observations en moins de dix-huit mois, ce qui montre la fréquence relative de cette lésion. Il s'agit presque toujours de fracture intéressant plusieurs apophyses transverses. Sur dix blessés, il y en a sept qui n'ont pas encore pu reprendre leur travail et M. Wiart cherche la raison de la gravité de cette lésion : Il s'agirait peut-être de phénomènes de névrite du plexus lombaire.

M. Wiart conseille donc l'ablation du fragment distal.

Infection puerpérale post partum. — MM. *Ferrari*, *Houel* et *Jahier*. M. *Proust*, rapporteur. — Les auteurs ont fait la ligature des deux veines iliaques primitives par voie sous-péritonéale, après une hystérectomie abdominale préalable. Guérison.

M. *Dujarier* a fait deux fois la ligature de la veine fémorale ; la première fois, le membre inférieur était œdématié et paralysé et cela pendant plus d'un mois ; la deuxième fois, l'affection s'est terminée par une amputation de jambe.

M. *Proust* ne veut pas dire que la ligature des veines iliaques est une opération bénigne ; d'autre part, il est possible que la ligature de la veine fémorale soit plus grave que celle de la veine iliaque.

Cancer de l'utérus traité par l'hystérectomie élargie avec Mickulicz. — M. *Grimault* (d'Algrange). M. *Proust*, rapporteur, ne veut pas reprendre, à l'occasion des deux cas de M. Grimault, la discussion sur le Mickulicz ; il constate simplement les bons effets de la méthode.

Torsion du cordon. — M. *Mouchet* rapporte une observation de M. *Princeteau* (de Niort). Il s'agit d'un nourrisson de cinq mois où la torsion du cordon était un bistournage d'un testicule en ectopie. Symptomatologie d'une hernie étranglée.

L'auteur fut obligé de faire la castration.

M. *Cunéo* apporte un cas personnel chez l'adulte.

Rupture de la rate et du pancréas. — MM. *Aurousseau* et *Armingeat*. Rapport de M. *Mocquot*. — Enfant de dix ans renversé par une automobile. Deux heures après, il existe une défense localisée dans l'hypocondrie gauche. Intervention : déchirure de la rate, splénectomie. Continuant l'exploration, ils découvrent dans l'arrière- cavité une section nette du corps pancréatique ; les vaisseaux spléniques sont indemnes. Suture du pancréas par deux points en U.

Suites très simples pendant lesquels on fait quotidiennement une injection d'atropine. Il n'y a pas de fistule pancréatique.

M. Mocquot insiste sur la latence des ruptures du pancréas; il apporte à cette occasion une observation de M. *Tillet*, de Tours, où les symptômes alarmants n'ont apparu que 36 heures après l'accident.

M. *Basset* a eu l'occasion d'observer une observation d'écrasement de la tête du pancréas où la réaction abdominale n'a apparu que 24 à 36 heures après l'accident. La malade a eu une fistule qui n'a guéri que par le régime de Wohlgemuth.

Cancer du sein. — M. *Fiolle* insiste sur la possibilité d'infection d'un groupe ganglionnaire situé sur le bord externe du grand dorsal, dit groupe de Sorgius.

Lipome du cæcum et invagination. — M. *Matry* (de Fontainebleau). M. *Mocquot*, rapporteur. — Femme de 46 ans présente une occlusion intestinale qui se complète peu a peu. La malade refuse une intervention immédiate. Détente légère ; mais plusieurs jours après, la malade accepte l'opération. A la laparotomie, l'auteur trouve une invagination qu'il réduit avec une tumeur du fond du cæcum ; anastomose de l'iléon et du transverse. Trois semaines après, résection de la tumeur. Il s'agit d'un lipome.

Drainage des pleurésies purulentes à thorax fermé. — M. *Grégoire* est partisan du drainage à thorax fermé pour éviter le pneumothorax et il rappelle les résultats cités par M. *Tourneix* dans sa thèse. En 1917, l'auteur a déjà décrit une technique à ouverture valvulaire. Vingt pleurésies ont été opérées par lui depuis 1923. En gros, il a 31 cas (en additionnant les cas de M. Tourneix) avec une mortalité de 12 %, et une moyenne de 30 jours pour le traitement post-opératoire ; aucun passage à la chronicité n'a été observé.

Séance du 19 décembre 1928.

Exploration intra-utérine au lipiodol. — M. *Proust* dit que M. Béclère a fait dans son service 80 explorations sans aucun incident. Il considère qu'il faut toujours utiliser une pression basse et ne jamais employer ce mode d'exploration dans les salpingites.

Sérum salé hypertonique. — M. *Küss* ne comprend pas comment la solution hypertonique employée par voie intra rectale peut agir dans l'occlusion, car la muqueuse intestinale ne peut absorber la solution que quand celle-ci est devenue isotonique.

Fracture du calcanéum. — M. *Mauclaire* apporte un cas où il y a une fracture par éclatement et non par écrasement.

Exploration intra-utérine au lipiodol. — M. *Descomps* raporte un cas où l'exploration a déterminé une double salpingite.

M. *Lecène* rapporte un cas où M. Béclère a eu des accidents : le 8e jour, frisson et fièvre. On sent deux masses de chaque côté de l'utérus. Le tout s'est calmé par un traitement médical.

Rupture du tendon du quadriceps. — M. *Cadenat* rapporte deux observations dues à M. *Vaaslan* et à M. *Guillemin*. Le premier de ces auteurs fit une suture au fil de bronze entre le quadriceps et la rotule après avoir interposé un fragment de fascia lata. Dans un deuxième cas il fit une suture en trois plans du ligament rotulien rompu.

Hygroma hémorragique de la bouche séreuse du psoas. — M. *Auvray* rapporte une observation de M. *Chastenet de Géry*. A la suite d'un traumatisme, le malade a vu se développer une petite tumeur á la face antérieure de la cuisse qui reste longtemps stationnaire. Quarante ans après, la tumeur se met à grossir. M. Chastenet de Géry le voit à ce moment et il croit être en présence d'un sarcome. Par une incision antéro-externe il découvre la tumeur qu'il reconnaît alors être un kyste, la vide, l'ouvre et voit que le kyste communique avec l'articulation de la hanche. Réduction des parois de la poche.

M. *Arrou* dit avoir observé un cas analogue.

Ligature des carotides pour cancers cervicaux et bucco-pharyngés. — M. *Auvray* fait un rapport sur un travail de M. *Chastenet de Géry* qui porte sur 11 cas, dont 8 de la carotide externe et 3 de la carotide primitive.

Mégacôlon gauche. — M. *Aumont*. Rapport de M. *Okinczye*. — Syndrôme d'occlusion chronique, douleur de la région cæco-appendiculaire. Appendicectomie. Il existe un mégacôlon sigmoïde tordu sur son axe, que l'on détord quelques mois après, résection avec abouchement à la peau des deux bouts en canon de fusil. Pose d'un entérostome 9 jours après. Fermeture extra-péritonéale sans incidents.

Disjonction de la symphyse pelvienne. — M. *Grimault* (d'Algrange). M. *Chevassu*, rapporteur. Miction spontanée quatre heures après le traumatisme et urines claires. Il y eu disjonction de la symphyse avec une fracture bilatérale des deux branches pelviennes. Suture avec deux fils de bronze de la disjonction. Bon résultat.

Occlusion post-opératoire traitée par iliocolostomie et par injections de sérum hypertonique. — M. *Duncombe*. — M. *Proust* rapporteur. La malade a reçu quatre injections de sérum salé de 10 cmc. d'une solution à 10 %. L'effet a été remarquable.

G. MENEGAUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séances du 6 décembre 1928.

Cholécystectomie ou cholécystostomie d'urgence. — M. *Desjardins* d'après une longue pratique de cette chirurgie pense que, dans les cas infectés, il faut faire la cholécystectomie toutes les fois qu'elle sera matériellement possible, et enlever ainsi, sans l'ouvrir, le foyer d'infection. C'est une opération qui n'est pas sensiblement plus longue et qui n'est pas plus grave que la cholécystostomie et qui guérit définitivement et plus rapidement le malade. La cholécystostomie ne doit être réservée, comme pis-aller, qu'aux cas où l'ectomie serait jugée trop laborieuse par l'étendue et la nature des adhérences qui empêcheraient d'isoler la vésicule

Pour M. *Victor Pauchet* cholécystectomie, cholécystostomie et cholécystotomie ont chacune leur indication suivant les cas nécessitant des interventions d'urgence.

La cholécystectomie sous-muqueuse. — M. *Victor Pauchet* fait un rapport sur un travail de M. *Coryn* (de Belgique. L'auteur décrit en détail les différents points de cette opération qu'il a adoptée comme la meilleure après l'expérience d'un millier d'opérations sur les voies biliaires.

La déligamentopexie — M. *R. Bonneau* présente l'observation suivante : une malade souffrait à la suite d'une ligamentopexie faite par un autre chirurgien ; il constata en l'opérant que les deux trompes étaient incluses et coudées dans la paroi abdominale. Il montre que, dans certains cas de brièveté de l'aileron antérieur du ligament large, il est nécessaire de sectionner le péritoine entre le ligament rond et la trompe pour éviter cet accident qui détermine des douleurs et empêche toute conception ultérieure.

Corps étrangers de la tunique vaginale. — M. *Lavenant* communique deux observations de corps étrangers fibro-cartilagineux de la vaginale trouvés au cours de cures radicales d'hydrocèles. Ces faits sont assez rares. Il s'agit probablement de débris embryonnaires subissant l'influence d'une lésion inflammatoire du carrefour uro-génital bien qu'il soit difficile de prouver si la vaginalite concomitante est primitive et productrice de corps étrangers ou secondaires à l'irritation provoquée par eux.

Evolution d'un greffon fémoral juxta-articulaire. — M. *R. Massart* présente les radiographies successives d'un cas de verrouillage de la hanche et montre qu'en six mois le greffon fait parfaitement corps avec les os voisins et qu'il a plus que doublé de volume.

A ce sujet, l'auteur insiste, en rappelant ce qu'ont écrit *Leriche* et *Policard*, sur la nécessité de régler son plan opératoire en pensant que la vie du greffon est extrêmement fragile et en l'utilisant dès qu'il est prélevé.

Pseudo-kyste séreux, d'origine traumatique, de l'arrière-cavité des épiploons. Guérison. — M. *Muller* (de Belfort), communique l'observation d'un malade de 20 ans qui, cinq semaines après un coup de pied de cheval au creux épigastrique, présenta à ce niveau une voussure déterminant une compression gastrique inférieure décelée par la radioscopie.

L'opération montre un kyste rétro-gastrique sus-mésocolique adhérent aux organes voisins. Décollement et resection d'une partie de la poche. Marsupialisation. Guérison.

Deux nouveaux cas de fractures transcervicales du fémur consolidées osseusement par l'appareil plâtré. — M. *Judet* communique deux nouveaux cas de fractures du col du fémur nettement intra-capsulaires consolidées par cal osseux après réduction sur la table à fracture et contention par un appareil plâtré. 1° Femme de 58 ans ; fracture par décapitation avec grand déplacement, ascension et rotation externe du col ; réduction 18 heures après l'accident ; 2° Femme de 54 ans ; fracture paraissant engrénée à la partie moyenne du col. Dans les deux cas, guérison avec bon résultat fonctionnel ; les radiographies montrent la production d'un cal osseux.

Sur les abcès à staphylocoques en pays chauds. — M. *Nicolas* (de la Nouvelle-Calénonie), montre par une nouvelle observation la torpidité de ces abcès dans les pays chauds.

Invagination côlocôlique chez une enfant. — M. *Duchet-Duclaux* (de Vesoul) communique une observation de ce type d'invagination assez rare. Enfant de deux ans et demi ; opération faite seulement le troisième jour ; réduction facile ; guérison.

Fractures du radius avec luxation de la tête du cubitus à travers la peau par retour de manivelle. — MM. *Barbarin* et *Mariau* en présentent chacun une observation avec excellent résultat fonctionnel.

Deux cas d'autoplastie par lambeau. — M. *Burty* présente ces deux cas opérés : 1° le premier, pour une perte de substance de la joue gauche à la suite de l'exérèse large d'un lupus tuberculeux ; 2° le deuxième pour obvier aux troubles de compression du pied consécutifs à une plaie en bracelet du tiers inférieur de la jambe due à une brûlure étendue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1928.

Traitement de la migraine. — M. *Sédillot* présente une malade chez qui la guérison a été obtenue par la cure de désintoxication associée à l'opothérapie hypophysaire. Il pense que la crise de migraine est ordinairement liée à une poussée congestive passagère de l hypophyse.

Déplissement du pavillon de l'oreille ; correction plastique. — M. *Bourguet* expose sa technique opératoire à propos d'un cas où la correction a été obtenue de façon très satisfaisante.

Sur la technique de l'auscultation pulmonaire. — M. *Mélamet* estime que l'auscultation du poumon doit se faire en deux temps, auscultation spéciale de la plèvre, d'abord ; de poumon ensuite. On peut ainsi percevoir toute une gamme de réactions pleurales qui passent inaperçues autrement. L'auteur souligne la grande importance des inflammations légères, fugaces du poumon, non seulement pour le diagnostic de la tuberculose au début, mais aussi chez les faux tuberculeux. Les entéro-pulmonaires. Pour lui, une réaction pleurale sans modification des tissus sous-jacents doit faire penser à une infection abdominale.

Cure radio-solaire et rayons infra-rouges. — M. *Mathieu-Pierre Weil* attire l'attention sur l'intérêt thérapeutique, dans certains états douloureux et vis-à-vis de certains troubles en rapport avec de petites déficiences de la nutritton, de l'action des rayons solaires sélectionnés à l'aide de coupoles arrêtant les rayons ultra-violets, mais laissant passer les rayons du spectre et les rayons infra-rouges. Aucune pigmentation cutanée ne survient à la suite de l'application de ces rayons, mais sous l'action de la température élevée, admirablement supportée par ailleurs, il se dégage une sensation générale de bien-être très remarquable, suivie de l'amendement des troubles, et souvent de leur disparition rapide et défiditive.

Chimiothérapie au cours de la fièvre de Malte. — M. *J. Seval* dans un cas, a obtenu des résultats très favorables de l'association arsenic organique-zinc.

La viciation de l'atmosphère des villes. — M. *Fildermann* appelle l'attention sur la fréquence des fuites de gaz, décelée par un signe d'alarme, l'odeur sulfureuse. Des fuites importantes dégageant cette odeur, ont pendant plus de quinze ans, exposé les habitants d'un quartier de Paris à de sérieux dangers sans que les autorités saisies aient reconnu la cause de ces émanations.

Sur l'hémospermie. — M. *Luys* montre que l'hémospermie, quelle qu'en soit la cause occasionnelle, est presque toujours liée à une spermato-cystite chronique. Un examen complet

des vésicules séminales est nécessaire dans ces cas, et particulièrement l'uréthroscopie postérieure.

Sur la radiothérapie du zona. — *M. Schaeffer* montre que ce traitement est sans effet sur les douleurs s'il y a des lésions spinales.

Sur les kystes du prépuce. — *M. Mouchet* pense qu'il s'agit pour ainsi dire toujours de kystes dermoïdes.

Présentation d'instrument. — *M. G. Rosenthal* présente une seringue et une canule très pratique pour les injections intra-tracheales du lipiodol.

Séance du 14 décembre 1928.

Hydarthrose et paraffinothérapie. — *M. Marcel Joly* présente un malade chez qui les applications de paraffine chaude ont amené la guérison rapide d'une hydarthrose post-traumatique rebelle du genou.

Cancer du poumon. — *M. Petit de la Villéon* rapporte l'histoire clinique d'un malade qu'il a opéré pour kyste hydatique suppuré du poumon, alors qu'il s'agissait en réalité d'un cancer massif du parenchyme pulmonaire avec cavité centrale due à un processus nécrosant et ouverte dans une bronche. L'auteur insiste sur les caractères diagnostiques qui séparent ces deux affections et sur les constatations qu'il a faites en cours d'opération.

Résection expérimentale du poumon chez le lapin après pneumothorax. — *M. Georges Rosenthal* pratique la chirurgie expérimentale du poumon chez le lapin en deux temps après anesthésie par injection sous-cutanée de laudanum. Dans un premier temps, il résèque une côte et établit un pneumothorax complet. Après quelques jours, il pratique sans difficulté la résection du poumon. Il faut défalquer les cas où le poumon du lapin est *fragile* et ne supporte ni traction, ni ligature.

Hémospermie toxique. — *M. Peugniez* relate l'observation d'un sujet travaillant dans une usine de *cyanamide* et chez qui il put mettre en évidence, comme cause unique de l'hémospermie, l'intoxication par ce produit et par l'alcool.

Sur les migraines hépato-hypophysaires. — *M. Léopold-Lévy* envisage, à propos de la communication de *M. Sédillot*, la séméiologie de l'hypopituitarisme et les arguments qui plaident en faveur de la migraine hypophysaire, mais n'accepte pas que le substratum anatomique de toutes les migraines sans exception soit une poussée congestive de l'hypophyse. Il rappelle l'importance de la migraine thyroïdienne, l'hypothyroïdie réactionnelle aux diverses insuffisances et montre que l'ensemble des médications fait intervenir l'appareil endocrino-sympathique.

Les faux morbus coxæ senilis et les vrais.— *M. Rœderer* pense que les arthrites évoluant sur des hanches congénitales malformées ou ayant subi des affections de l'enfance ou de l'adolescence sont moins productrices de déformations chroniques que les arthrites survenant sur des hanches restées jusqu'alors saines et normales. Ces dernières sont plus fertiles en productions ostéophytiques et en destructions et aboutissent plus volontiers à l'ankylose.

Calculs de la prostate. — *M. Ch. David* rapporte un cas de calculs multiples de la région prostatique chez un malade ne présentant qu'une rétention incomplète d'urine et des signes de cystite légère. La présence des calculs, ayant échappé au cathétérisme et au toucher rectal, ne fut révélée que par la radiographie et la cystoscopie. Il existait deux calculs inclus dans l'urèthre prostatique ; un troisième calcul qui laissait passer l'urine au début de la miction, venait sous l'influence des contractures vésicales, faire clapet entre les deux autres, fermant la vessie ; il retombait dans le bas-fond dans l'intervalle des mictions.

Ces calculs de l'urèthre prostatique ne peuvent être traités par la lithotritie. L'auteur, dans ce cas, les enleva par cystostomie.

E. Perpère.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 18 décembre 1928.

La situation démographique actuelle de Paris. — *M. Pinard* fait une longue étude sur ce sujet au cours de laquelle il traite d'abord du mariage ; il en fait l'historique et critique la conception actuelle : le mariage doit être assaini. Il expose ensuite la question des naissances avec ses corollaires : enfants prématurés, protégés, abandonnés. Après avoir envisagé les causes de décès et souligné la mortinatalité et le rôle des grands fléaux sociaux, il s'étend sur le plus grand fléau social qu'il dénomme l'oligogénie, c'est-à-dire le manque de naissances dont la cause est la prévoyance déterminant la volonté restrictive qui agit par l'avortement conceptionnel.

A cet état de choses l'auteur propose des remèdes. Il y en a de trois catégories : la société, le gouvernement, la science médicale ont tous les trois leur rôle à jouer. La société doit assurer à toute femme la possibilité d'accomplir complètement son rôle de mère, la mettre dans les conditions voulues pour le maintien de sa santé et le complet développement de son enfant. Les célibataires et les ménages sans enfant doivent contribuer pécuniairement à cette œuvre.

Au gouvernement incombe la tâche d'organiser et d'appliquer l'hygiène en France.

Enfin, la science doit mettre au point et appliquer la thérapeutique des fléaux sociaux : syphilis, tuberculose, cancer ; perfectionner la puériculture, étudier la sélection scientifique dans la famille humaine, étudier les conditions les meilleures pour l'amphimixie.

Sur la valeur de la prémunition dans la tuberculose et son insuffisance dans la prophylaxie de cette maladie. — *M. Lignières.* — La vaccination des veaux par le B.C.G. agit de la même manière que celles qui ont été très largement expérimentées antérieurement avec des bacilles de Koch atténués, notamment le vaccin Behring et les bacilles de type humain. Le B.C.G. a sur ces derniers le grand avantage d'avoir été mieux fixé dans son atténuation par MM. Calmette et Guérin.

La caractéristique de ces vaccinations est qu'elles donnent une résistance très marquée aux bovins qui l'ont reçue comparativement aux témoins non vaccinés.

Malheureusement, cette résistance n'est que relative, pour la juger, il faut attendre au moins une année ; elle n'est pas de très longue durée, elle va en s'affaiblissant assez rapidement jusqu'à permettre l'infection tuberculeuse naturelle ou expérimentale des vaccinés après un délai variable en rapport avec leur sensibilité et avec le degré d'infection auquel ils sont soumis. Six mois après l'infection on peut déjà rencontrer des lésions tuberculeuses sur les animaux prémunisés ; dans d'autres cas, les sujets vaccinés résistent plus longtemps ; *mais toujours ils finissent par devenir tuberculeux si l'épreuve a quelque rigueur.*

Les revaccinations peuvent retarder un peu l'infection tuberculeuse mais elles ne l'empêchent pas.

Puisque jusqu'ici tous les expérimentateurs sont d'accord pour reconnaître que le B.C.G. est inoffensif pour les veaux, il est indiqué de l'employer dans les étables envahies par la tuberculose pour retarder l'évolution de cette maladie chez les prémunisés ; mais d'aucune manière et pour les raisons indiquées plus haut, le B.C.G. ne peut remplacer les mesures sanitaires seules susceptibles, par l'éloignement des malades, d'assurer l'assainissement complets des étables.

Ce sont les résultats expérimentaux obtenus sur des animaux et plus particulièrement sur les bovidés qui ont permis à M. Calmette et à ses collaborateurs d'appliquer le B.C.G. dans la prophylaxie de la tuberculose humaine.

Cependant les conditions sont différentes chez l'homme pour des raisons multiples, mais surtout à cause de sa sensi-

bilité plus grande au B.C.G. et du mode d'emploi de ce vaccin qui se prend par le tube digestif chez les nouveau-nés, tandis qu'il est inoculé sous la peau des veaux.

Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que le vaccin Calmette et Guérin ne peut donner qu'une résistance seulement relative et momentanée qui s'affaiblit et disparaît assez vite.

Lorsqu'on en fait usage chez les enfants nés de parents bacillifères et vivant dans un milieu contaminé, il est de toute nécessité de ne pas négliger les mesures d'hygiène. Celles-ci sont toujours la base essentielle de la lutte contre la tuberculose, le B.C.G. est impuissant à les remplacer.

En accordant au B.C.G. des qualités prémunisantes exagérées qu'il n'a pas, on donne aux intéressés une fausse et dangereuse sécurité.

Le problème de la vaccination des nouveau-nés élevés dans un milieu bacillifère reste à l'étude, ainsi que l'a très bien indiqué le Comité d'hygiène de la Société des Nations.

La vaccination des enfants sains non exposés à la contagion de la tuberculose ne se justifie d'aucune manière, pas plus que la vaccination en masse de tous les enfants.

Les statistiques de M. Calmette sont entachées d'erreurs graves qui leur enlèvent toute valeur.

M. *Brouardel*. — Rapport sur les vœux présentés par M. Truc au sujet de la prophylaxie tuberculeuse des conscrits de faible constitution aux conseils de révision.

Discussion du rapport de M. *Jeanselme* sur les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi du 17 avril 1832.

Discussion du rapport de M. *Délépine* sur les gaz de combat.

Elections. — M. Ménétrier est élu vice-président et M. Jules Renault est réélu secrétaire annuel pour l'année 1929.

MM. Delezenne et Babinski sont élus membres du Conseil.

REVUE DE PRESSE DÉPARTEMENTALE ET COLONIALE

Tuberculose.

La tête de méduse capillaire dorsale est un signe de tuberculose fibreuse évolutive (V. Cordier, *Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1928). Les malades présentent, sur la nuque et les fosses sus-épineuses, des arborescences capillaires, groupées en tête de méduse ou en réseaux plus ou moins riches ; il ne faut pas les confondre avec les varicosités des hépatiques, car les cirrhotiques en ont rarement dans le dos, et les tuberculeux, qui en ont, sont rarement des hépatiques. La tête de méduse est un phénomène local, une maladie capillaire de voisinage, un témoin de l'état circulatoire de foyers pulmonaires, inflammatoires, un reflet de lésions profondes du type fibro-caséeux évolutif avec symphyse active de la plèvre. Au point de vue pratique, 125 observations, suivies pendant des mois, permettent d'affirmer chez un malade non suspect de tuberculose une lésion ancienne et d'un type anatomo-clinique de pronostic plutôt sévère.

Syphilis.

Les manifestations viscérales de la syphilis acquise relèvent du traitement antisyphilitique. Sans perdre un temps précieux à en discuter les chances de succès Jean Gaté, *Journal de médecine de Lyon*, 5 octobre 1928), 1° Le traitement doit être institué systématiquement, avec prudence, avec intensité si possible, mais surtout avec persistance et ténacité. 2° L'iodure de potassium par son action résolutive doit être à l'honneur. 3° Le mercure, surtout sous sa forme la moins toxique (cyanure intraveineux), est le médicament de base 4° Le bismuth, plus actif, peut irriter le rein. 5° Le novarsénobenzol, le plus actif de tous et par surcroît très eutrophique, est nocif pour la cellule hépatique.

Système nerveux.

Les névrites sériques passent inaperçues à cause de leur symptomatologie souvent fruste G. Etienne, *Revue de l'Est*, 1er août 1728). Elles se présentent sous quatre formes cliniques fondamentales : motrice pure, mixte à prédominance motrice, sensitivo-motrice, sensitive pure. Ces troubles sont plus ou moins diffus, à topographie très variée, selon la localisation, l'extension et la profondeur de la lésion de la partie touchée de l'appareil nerveux. Leur anatomie n'est pas douteuse. Leur pathogénie est obscure. Il semble bien cependant qu'actuellement on puisse l'attribuer à une localisation nerveuse de nature urticarienne liée à un accident d'ordre colloïdo-clasique, sans que l'anaphylaxie proprement dite paraisse intervenir habituellement.

Pathologie exotique.

Le typhus exanthématique marocain se caractérise par deux signes essentiels ; un exanthème spécial et un masque typhique pathognomonique (Campreton, *Maroc Médical*, 1er n° spécial, avril 1928). Le traitement doit suivre les indications suivantes : supprimer tous les antithermiques ; faire boire le plus possible ; soutenir le cœur avec de l'huile camphrée ; combattre l'intoxication par de l'adrénaline ; pratiquer des injections de sang total de convalescents.

Orthopédie.

Pourquoi y a-t-il autant d'infirmes par luxation congénitale de la hanche, alors que la réduction par les méthode non sanglantes est devenue classique ? René Le Fort passe en revue les raisons, dont certaines constituent des fautes professionnelles (*Echo médical du Nord*, 17 novembre 1928). 1° Les parents n'ont jamais fait examiner leur enfant. 2° Le médecin de la famille ne fait pas le diagnostic par négligence ; il laisse boîter l'enfant sans savoir pourquoi et sans le faire radiographier. 3° Le médecin fait le diagnostic, mais conseille d'attendre ou déclare qu'il ne faut rien tenter avant 7 ans. 4° Le chirurgien non spécialisé aggrave le pronostic en immobilisant en position non réduite. 5° Les enfants et même les adultes, victimes d'un *sabotage* médical ou familial, peuvent bénéficier des nouvelles méthodes et plus spécialement de l'emploi des butées osseuses, qui permet presque toujours de faire disparaître les douleurs, de réduire sinon de supprimer la boiterie et surtout d'empêcher l'aggravation progressive qui est de règle.

Obstétrique.

La radiographie du fœtus est une excellente méthode, à condition d'employer l'antidiffuseur qui donne des ombres très nettes et d'examiner le cliché au négatoscope (Favreau, *Journal de médecine de Bordeaux* 10 octobre 1928). 1° Les résultats sont incontestants dans la première moitié de la gestation. 2° Le diagnostic différentiel entre grossesse et tumeur est considérablement facilité. 3° La grossesse extra-utérine est difficile à reconnaître. 4° Les malformations et la gémellité peuvent être reconnues. 5° La mort du fœtus peut être reconnue grâce au chevauchement des os du crâne. 6° La présentation, la position et la variété de position sont diagnostiquées facilement. 7° Les temps de pose étant très courts, les rayons X sont inoffensifs.

Oto-rhino-laryngologie.

A quel âge doit-on opérer les amygdales et les végétations adénoïdes ? Il n'y a pas d'âge à proprement parler, répond J. Mordret (*Archives médicales d'Angers*, septembre 1928). Les masses adénoïdiennes ou amygdaliennes *obstruantes* doivent être enlevées dès que diagnostiquées, même chez le nourrisson, de manière à dégager au plus tôt les voies respiratoires et digestives. Les végétations et les amygdales *infectantes* seront opérées seulement après que les enfants auront été frappés de leurs maladies infectieuses (rougeole, coqueluche, scarlatine, etc.), qui, autrement don-

neraient une hypertrophie du tissu laissé en place et pourraient nécessiter une seconde intervention.

Hygiène.

La méthode Knapen, pour l'assainissement des immeubles, consiste à drainer les murs humides avec des tubes prismatiques en terre poreuse, espacés de soixante-quinze centimètres et légèrement inclinés de haut en bas et du centre de la maçonnerie vers ses deux surfaces où ils débouchent ; c'est ainsi qu'on vient d'assainir le château de Versailles. Ce système était pratiqué de longue date, en Limousin (Boulland, *Gazette médicale limousine*, octobre 1928), au moyen de dispositions exactement semblables et qui consistaient à intercaler dans les murs des os de bœuf, principalement des tronçons de diaphyse fémorale ; le canal médullaire servait de drain, tandis que les canalicules vasculaires et les lacunes osseuses réalisaient l'état de porité des tuyaux en terre cuite.

La question du rat est à l'ordre du jour ; A. Loir prononce, dans les *Archives médico-chirurgicales de Normandie* (septembre 1928), un plaidoyer en faveur du chat ; il montre que les procédés de destruction les plus scientifiques sont insuffisants, que les ennemis naturels des rats (putois, belette, martre, hermine, hibou, chouette) disparaissent du fait de la civilisation et que le chat peut rendre de réels services ; il rappelle la formule des anciens permis de navigation : « le navire est en état de naviguer, il y a deux chats à bord », il signale enfin que tous les chats ne sont pas tous ratiers et qu'il y a lieu de procéder à leur sélection, comme il le fait à la *chatterie* et au *ratodrome* du Muséum d'Histoire naturelle du Havre.

Varia.

Les varices internes sont un mythe (Raymond Louvel, de Bagnoles-de-l'Orne).

Une vie complète de praticien est souvent trop courte pour permettre une opinion définitive sur la valeur d'une thérapeutique, surtout lorsqu'elle est nouvelle (M. Daguet, de Besançon).

Il est surprenant que l'état morbide, connu sous le nom d'obésité et dont le principal symptôme est l'adiposité, ait attiré depuis si longtemps l'attention des artistes, des littérateurs et du public alors qu'il retient à peine celle des médecins (M. Verdeau, de Vichy).

Il est des cas où la tuberculose du rein est latente, muette et demande à être recherchée systématiquement (de la Marnière, de Brest).

Il faut souvent se résigner délibérément à rompre avec la vieille tradition : (Dans bien des cas) *l'examen du tympan est un mauvais moyen d'ausculter l'oreille*. Lorsqu'il existe, il peut paraître normal, même au cours des pires complications ; le tympan s'est cicatrisé sur une lésion ancienne. S'il a été détruit en partie, on pourra constater les signes d'une ostéite du cadre tympanal ou de la paroi interne de la caisse, mais la plupart du temps, la banalité des signes constatés ne fournit aucune indication. La lésion importante est *celle qu'on ne voit pas* énorme cholestéatome en arrière, du côté de l'antre, ou même lésion endocranienne. (H. Aloin, de Lyon).

J. Lafont.

THERAPEUTIQUE SPECIALISEE

L'Eumictine.

« Propter solam therapeian ars medica ».
(Celse),

Combinaison balsamo-antiseptique raisonnée de santalol, salol et hexaméthylène-tétramine, dans un extrait stabilisé de végétaux amis de la fonction urinaire, l'eumictine (heureuse miction) est indiquée contre tous les symptômes uropathiques : urines troubles, mucosités, purulences, graviers, tenesme, gonococcie, cystite, prostatite, etc... C'est, par excellence, la préparation préférée du praticien soucieux de la détersion microbienne. Elle modifie les tractus de la muqueuse et, par une sorte d'antisepsie descendante, régénère son revêtement épithélial.

Les replis et cryptes multipliés de l'appareil génital expliquent pourquoi les agents pathogènes se plaisent à s'y propager, en profondeur et en surface, perpétrant insidieusement les plus désastreuses lésions. Seul un traitement général, *totius substantiae*, modificateur du sang et des sécrétions, sera susceptible de déloger les éléments septiques des repaires où leur flore pullule comme à plaisir. L'avantage évident de la diffusibilité des pilules sur les interventions localisées (dont il serait, toutefois, injuste, de dénier la fréquence nécessitée est dû au respect constant de la muqueuse, à l'extirpation des germes virulents et des toxines urinaires et à la défense des épithéliums protecteurs. C'est par une action modificatrice sur le sang que nous marchons à la conquête de l'allergie assurée.

Outre sa puissance bactéricide, l'eumictine recèle un pouvoir calmant, sédatif, analgésique, contre la douleur et surtout contre le spasme, qui joue un si grand rôle dans les pollakiuries, les stranguries, les rétrécissements et les hypertrophies prostatiques. Mictions impérieuses « bégaiement urinaire » brûlures à l'émission des dernières gouttes, lourdeurs du périnée et du bas-ventre, urines épaisses avec dépôts de phosphates et de sable rouge, trouveront dans l'élimination balsamo-antiseptique par la voie rénale, le lavage évacuateur et le modificateur antiphlogistique indispensables. Lorsqu'il y a cystite, l'examen histo-bactériologique signale l'infection des urines par le gonocoque, le coli-bacille, le bacille tuberculeux. La vessie alors est des plus intolérantes, la dysurie allant parfois jusqu'à la rétention. Une dose un peu forte d'eumictine (6 à 8 capsules par jour) «surprend le canal » (Fournier) attaque les germes *à tergo* et triomphe de tous les symptômes.

Dans l'évolution de la blennorragie, le gonocoque partage, aujourd'hui, avec d'autres microbes associés, son rôle pathogénique qui reste, toutefois, de premier plan. On a pu raisonnablement fonder certains espoirs dans la vaccinothérapie, pour cette sorte de septicémie qu'est l'infection uréthrale. La sérothérapie a donné des résultats encore plus capricieux, contre les complications rhumatismales et nerveuses de la gonococcie. Mais ces modernes méthodes n'excluent aucunement l'emploi des balsamo-antiseptiques: l'eumictine notamment, s'emploie tous les jours contre la blennorragie et a paru souveraine pour éloigner le vésico-prostatisme, renforcer les défenses anatomiques et obvier aux désintégrations cellulaires de l'appareil urinaire.

Un intérêt capital, individuel et social, s'attache à la guérison radicale de la gonococcie avant le mariage. On sait que la salpingite bilatérale, la pelvi-péritonite, l'avortement et la stérilité sont les tristes résultats du gonocoque transmis à l'épouse. Le diplococcus neissérien colonisant volontiers dans les vésicules séminales, la spermoculture peut dépister sa permanence, chez ces porteurs de germes, socialement si dangereux. On n'autorisera les fiançailles qu'en l'absence de tout élément microbien dans le sperme et les filaments consciencieusement cultivés. Ayons, comme le veut Cathelin « la religion de notre canal ». L'eumictine nous permettra le débarras des écoulements rebelles, sans interruption des occupations. L'imprégnation des tissus et des humeurs par ses principes actifs nous protège contre les fatidiques rechutes d'une gonococcie chronique latente, réactivée par les excès alimentaires et sexuels, la bière, l'alcool, etc... Pour terminer, observons que l'eumictine ne fatigue ni les lombes (congestion rénale) ni les téguments (érythémies) ni les voies digestives (éructations traîtresses). Et cela ne gâte rien.



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANÉE

Agenda P. L. M. pour 1929

L'Agenda P. L. M. pour 1929 va paraître incessament. Si vous désirez vous en assurer un exemplaire (son prix est de 10 francs) retenez-le, dès maintenant chez votre libraire ; plus tard, vous n'en trouveriez plus. Vous vous le procurerez aussi dans les agences, bureaux de ville, gares et grands trains du réseau P. L. M. ; ainsi que dans les agences de voyages et les grands magasins de nouveautés à Paris. Vous pouvez également le recevoir à domicile, par envoi recommandé en adressant à cet effet au Service de publicité de la Cie P. L. M. 20, Boulevard Diderot à Paris un mandat-poste de 12 fr. 65 pour la France, de 17 fr. 50 pour l'étranger. tous les bibliophiles savent que l'Agenda P. L. M. est un ouvrage d'une présentation artistique, littéraire et typographique irréprochable. L'édition de 1929 contient seize illustrations hors texte en couleurs qui, à elles seules, valent plus que son prix ; douze cartes postales en héliogravure s'y ajoutent encore. Ces compositions et les chroniques, contes, nouvelles, légendes qu'elles accompagnent et qui s'ornent, en outre d'une suite nombreuse de photographies et de dessins, sont l'œuvre d'excellents artistes et écrivains.

BIBLIOGRAPHIE

La vocation de nos enfants, par le Dr Paul CHAVIGNY. Paris. Librairie Delagrave, 15 rue Soufflot.

Mens sana in corpore sano.

Ces mots latins viennent tout de suite à l'esprit lorsqu'on voit le Dr Chavigny ou lorsqu'on lit ses ouvrages.

Robustesse physique et morale, pondération, activité, bon sens, ordre, voilà le professeur de Strasbourg.

Son existence, en partie double, toute remplie d actes justes et méritoires, n'a pas cessé, ne cesse pas d'être infiniment utile. Mais si de précieuses aptitudes innées ont permis à Chavigny de faire front à des tâches difficiles et disparates, il le doit aussi à la façon dont il a su ordonner et coordonner ses efforts.

On peut aussi considérer cette disposition comme un véritable don naturel, mais c'est un don fait avant tout de sens commun et de réflexion.

Ces facultés sont-elles accessibles à tous ?

Chavigny, qui est philanthrope, s'essaye à en faire bénéficier à tout le moins ceux qui n'y sont pas rebelles.

De là ses derniers ouvrages : *L'organisation du travail intellectuel. — L'initiation générale aux études médicales. — La vocation de nos enfants.*

Ce dernier vient de paraître. Le sujet est d'importance.

Les adolescents se trompent assez fréquemment sur leur vocation. Il advient aussi que des parents ignorent leurs enfants ou bien sont hypnotisés sur un but qu'il leur paraît indispensable d'atteindre, quelquefois encore pèchent par négligence ou par manque de savoir.

Le médecin est particulièrement apte à redresser les erreurs, à déceler déficits et supériorités, à empêcher que soit prise la voie défavorable, à aiguiller vers la bonne.

Que d'effets lamentables ne devons-nous pas aux erreurs de vocation ! Tel médiocre militaire eût fait un bureaucrate accompli d'une grande utilité sociale ; tel bureaucrate sans ardeur au travail d'écriture eût été un chef, un entraîneur d'hommes, un soldat hors pair. Tel praticien de valeur moyenne serait un artiste de premier plan, tel fade romancier serait un commerçant habile. Berlioz ne dut qu'à une ténacité incoercible d'échapper à la profession ancestrale pour devenir... Berlioz.

Il est superflu de multiplier les exemples. Nous en avons tous sous les yeux. Engagée dans une carrière pour laquelle elle n'est pas faite, il est souvent presqu'impossible à la victime de l'erreur de se dégager. L'homme honnête s'applique tout de même et malgré l'erreur à faire de son mieux et il advient que ce mieux est bien. Mais quelle différence dans le rendement (rendement pour la Société, rendement pour soi-même) entre celui du labeur aimé, celui pour lequel on se sent en quelque sorte créé et celui du travail imposé auquel on ne satisfait que par rectitude ou par souci du point d'honneur.

Des ignorances détestables sur les aptitudes des jeunes gens conduisent fréquemment à faire d'hommes utilisables et qui pourraient exceller en certaines professions de simples déchets. Chavigny en cite des exemples.

Un malheureux adolescent considéré comme de nullité intégrale par les siens et... par les autres, eut la chance de rencontrer le professeur de Strasbourg. Celui-ci après examen méthodique, se convainquit que ce qui manquait au jeune homme c'était seulement, en matière littéraire l'imagination créatrice, en géométrie la possibilité de se représenter les figures dans l'espace.

C'est beaucoup, dira-t-on. D'accord. Mais, orienté par Chavigny notre sujet abandonna les études classiques où il était un objet de dérision et se révéla mécanicien hors ligne, ayant devant lui un avenir — un avenir beau, fructueux plein de promesses et d'utilité

Donc, médecins, nous devons nous tenir sur nos gardes. Conseillers des familles, nous ne devons pas nous borner à être des physiologistes et des cliniciens ; nous devons aussi être des psychologues.

Que le mot *psychologie* ne vous effraie pas. Vous n'avez ici rien à redouter. Chavigny ne vous perdra pas dans les nues. Sa psychologie à lui s'appelle : observation, expérience, bon sens.

Mais encore faut-il avoir une méthode et *penser à bien des facteurs*.

C'est pour nous munir de ces ressources, c'est pour faciliter notre tâche d'*orienteur de la jeunesse*, que Chavigny a écrit son petit livre, plein de matière : *la vocation de nos enfants.*

En voici très résumé le plan général :

Historique.

Orientation professionnelle *a*) après l'enseignement primaire supérieur ; *b*) après l'enseignement secondaire.

Vocations précoces ; causes des erreurs d'orientation — rôle des concours d'accès aux carrières — orientation par les enfants eux-mêmes, par les parents, par les professeurs.

Qui doit-on choisir comme *orienteur* professionnel ? — méthodes de l'orienteur — époque à laquelle doit être faite l'orientation.

Caractères et qualités dominantes au regard de l'*orienteur.*

Caractéristique des professions.

Les qualités du sujet comparées aux qualités requises par chaque profession.

Orientation professionnelle des jeunes filles *a*) après l'enseignement secondaire ; *b*) après l enseignement primaire supérieur.

Organisation d'un service d'orientation professionnelle après les études secondaires.

Conseils généraux.

Ce à quoi s'ajoutent, bien entendu, *préface, conclusions* et *bibliographie*.

Il est évident que l'on peut n'être pas d'accord avec Chavigny (et c'est mon cas) sur tous les points.

Mais j'attire l'attention sur les considérations suivantes :

L'auteur, professeur de médecine légale à la Faculté, est un homme d'expérience, connaissant parfaitement ce dont il parle.

Il n'est pas de page du volume qui ne remémore ou n'incite à penser, *à se poser à soi-même des questions*, à rechercher des solutions pratiques aux problèmes de l'orientation, problèmes qui ne cessent pas de s'offrir à nous et auxquels, dans l'intérêt de nos clients, de nos amis, de nos propres enfants, il convient de donner la solution bienfaisante.

L'*orienteur*, s'il n'est pas médecin lui-même, *ne peut pas se passer du médecin*, lequel doit être à hauteur de la tâche. Il est donc là, pour nous nous médecins, une voie neuve dans laquelle nous pouvons, *nous autres médecins*, comme nous le faisons en beaucoup d'autres directions, servir incomparablement l'intérêt social.

Ne nous laissons pas endormir par ces esprits exagérément traditionnalistes, qui, jaloux de leur quiétude ou de leur réputation, détestent novateurs et novations.

Allons franchement, lorsque l'intérêt l'exige, aux novateurs, du moins aux novateurs prudents et expérimentés, à ceux qui, comme Chavigny ne peuvent que *servir* la corporation médicale, puisqu'il lui revèle de nouveaux *services* à rendre à l'individu et à la Société.

L'ouvrage de Chavigny est un de ces services.

Je ne crois pas me tromper en promettant à la *Vocation de nos enfants* le même juste succès, échu à un autre ouvrage de Chavigny, l'*Organisation du travail intellectuel* lequel, traduit en plusieurs langues, épuise son dixième mille de l'édition française.

Mais que le succès vienne ou non, le dernier ouvrage du professeur Chavigny est un nouveau fleuron à notre Université de Strasbourg tendrement vénérée et affectionnée.

(*Reproduction autorisée.*) Dr E. de M.

L'adénolymphoïdite aiguë bénigne avec hyperleucocytose modérée et forte mononucléose, par M. le Dr Paul Chevallier. Prix : 20 francs. Un vol. in octavo de 196 pages. Paris. Editions de la « Revue de Pathologie comparée », 1928.

Le Dr P. Chevallier résume les symptômes de cette maladie qui a été décrite en Allemagne et dans les pays anglo-saxons sous les noms de fièvre glandulaire, réaction lymphatique, mononucléose infectieuse, lymphadenose aiguë bénigne, angine à monocytes, etc.

Elle atteint tout particulièrement les enfants et les jeunes adultes. Elle correspond, chez les premiers, à la fièvre glandulaire, dont la spécificité fut longtemps discutée, par suite de l'absence d'examens hématologiques adéquats. Chez les seconds, elle englobe les états leucémoïdes lymphocytaires (fausses leucémies lymphatiques aiguës), dont Türk publia en 1907 la première observation.

Si la contagion de l'affection est indiscutable, on ne possède aucune donnée certaine concernant son étiologie. L'association fuso-spirillaire, le streptocoque ont été incriminés ; mais l'auteur pense qu'il s'agit plutôt d'un virus spécifique inconnu.

Après avoir confronté dans un court chapitre les deux théories pathogéniques proposées : celle de la réaction banale et celle de la maladie spécifique, pour laquelle il ne cache pas ses préférences, M. Paul Chevallier aborde la description analytique des symptômes. Puis l'évolution.

L'auteur passe ensuite en revue, en s'appuyant sur de nombreuses observations les diverses formes cliniques groupées suivant leur gravité, leur mode de début, les formes cervicales avec et sans angine, les formes non-cervicales, inguinales, axillaires, thoraciques, abdominales, spléniques, ictériques. Rappelons que c'est au Dr Chevallier que l'on doit l'identification de la forme inguinale. Les formes compliquées de périadénite sont rares

quant aux suppurations ganglionnaires, elles sont, sauf exceptions douteuses, la conséquence d'une infection secondaire. L'auteur termine en signalant les formes exceptionnelles s'accompagnant d'éruption, de conjonctivite; d'hémorragies, de néphrite hématurique, enfin les formes sans atteinte clinique des organes lymphoïdes, dont l'étude, en l'absence de donnée étiologique certaine ne peut être qu'ébauchée.

Les actualités physiothérapiques. I. Electrothérapie. Les courants continus. Les courants faradiques, par MM. L. Delherm et A. Laquerrière. 2 volume in-8 de 90 pages, avec 24 figures, 1928, 10 fr. Gauthier-Villars et Cie, 53, quai des Grands-Augustins, Paris (6e.)

Le premier volume est consacré au courant de piles et aux usages, de l'antique machine statique. Après avoir étudié l'instrumentation et les effets physiologiques de ces deux sources d'électricités Delherm et Laquerrière passent en revue les diverses applications thérapeutiques dont ils ont été à même, depuis plus de trente ans, d'apprécier la valeur. Ils exposent en particulier l'intérêt d'une simple boîte de piles pour un malade non transportable. Ils font l'inventaire de ce qui doit être gardé des anciennes méthodes, qu'ils ont été à même de comparer, avec les procédés plus modernes au fur et à mesure de leur apparition.

Ils s'efforcent d'ailleurs, autant que l'exiguïté de l'ouvrage le leur permet, de discuter cliniquement les indications. Ils n'ont pas eu la prétention de faire œuvre de haute science, mais ont surtout cherché à exposer de façon pratique les résultats de leur expérience.

Pathologie du foie. (Fascicule XVI du Nouveau Traité de médecine), publié sous la direction de MM. G.-H. Roger, Fernand Widal, P.-J. Teissier. 1 volume grand in-8 de 1048 pages, avec 163 figures et 40 planches hors texte, dont 11 en couleurs : 125 fr. Masson, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Peu d'organes ont une pathologie devenue aussi « riche » que celle du foie et la table des matières de ce livre étonnerait vivement un médecin non averti des recherches biologiques de ces vingt dernières années.

La variété de la pathogénie du foie s'explique d'ailleurs par la multiplicité des fonctions que doit remplir cet organe :

Le foie a une action propre sur la digestion ; — c'est une glande dont les fonctions dans le domaine de la nutrition sont importantes ; — c'est un organe qui tient en réserve des substances utiles à la vie des cellules ; — c'est un filtre qui arrête les produits toxiques introduits accidentellement ou formés dans le tube digestif ; — c'est encore un réservoir qui accumule dans son réseau vasculaire des quantités considérables de sang et joint à son action proprement biologique le rôle d'un barrage qui régularise l'hydrostatique de la circulation. Chacune de ces multiples fonctions, à son tour, est l'occasion d'actions variées : pour ne parler que du rôle digestif du foie, la bile neutralise les acides, accroît l'action des ferments, favorise l'absorption des graisses, entrave les putréfactions intestinales, etc...

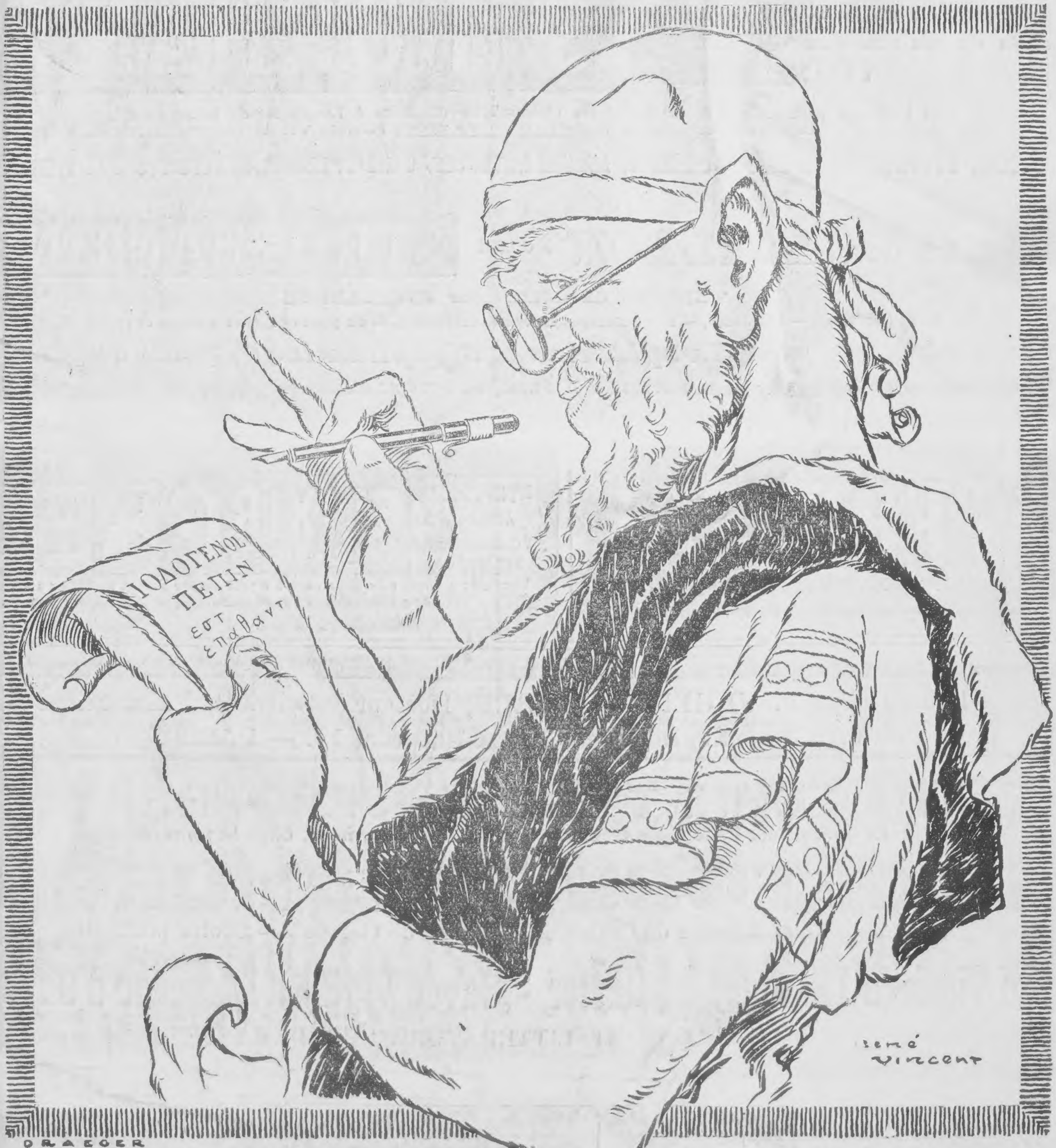
Il est donc naturel que dans un Traité de médecine le volume consacré à la pathologie du foie soit l'un des plus étendus, l'un des plus richement illustrés et l'un des plus variés de la série : il doit conduire le médecin à travers le dédale des formes nosologiques les plus compliquées. et également les plus fréquentes qui se puissent rencontrer au carrefour de la médecine et de la chirurgie.

Les fous, les pauvres fous et la sagesse qu'ils enseignent, par le Dr Maurice de Fleury, de l'Académie de médecine. Un volume in-16, broché : 12 francs. Librairie Hachette.

Le nouvel ouvrage du savant et du maître écrivain à qui nous devons l'« Introduction à la Médecine de l'esprit », le « Corps et l'âme de l'enfant », « l'Ame du criminel », le Médecin, paraît appelé à un grand retentissement.

Quelques pages rassurantes pour le lecteur qu'un tel sujet pourrait effaroucher : Un aperçu des maladies mentales accidentelles et puis de celles qui naissent d'une constitution et qui sont comme des destinées. Toute une psychologie renouvelée, le pont jeté du pathologique au normal ; une nouvelle classification des facultés de l'âme ; une critique de la méthode scientifique appliquée à la philosophie ; la conception moderne du génie ; la psychologie de la volonté ; une ébauche de morale. Et, pour finir, en forme d'aphorismes, le résumé de la doctrine, une réplique à Auguste Comte, aux métaphysiciens de l'Ecole allemande à Taine, et Renan

Une lettre préface dédie l'ouvrage à Henri Bergson.



Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce Clermont : 4264.
Maison spéciale pour publications et périodiques médicaux.